

09.xxx

**Bundesgesetz
betreffend die Aufsicht über die soziale Kranken-
versicherung
(Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz, KVAG)**

**Bericht für das Vernehmlassungsverfahren
Januar 2011**

Kommentar

1 Ausgangslage

1.1 Geltende Regelung

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) ist primär auf die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung, freiwillige Taggeldversicherung) ausgerichtet. Nach Artikel 21 KVG überwacht der Bundesrat die Durchführung der Krankenversicherung. Die Aufsicht über die Krankenversicherung ist insbesondere in den Artikeln 11 bis 23 KVG, 60 bis 66a KVG, 80 bis 91 KVG, 92 bis 94 KVG, 95a f. KVG sowie in verschiedenen Bestimmungen der Verordnungen zum KVG geregelt, insbesondere in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102). Der Bundesrat hat die Aufsicht über die Krankenversicherung gemäss KVG dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) übertragen. Die Aufsicht über die Krankenzusatzversicherung gemäss Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz; VVG; SR 221.229.1) wird von der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht FINMA wahrgenommen. Die entsprechenden rechtlichen Grundlagen sind im Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz; VAG; SR 961.01) zu finden.

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

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

Missachtet eine Krankenkasse die gesetzlichen Vorschriften oder die Weisungen (Art. 21 KVG), kann das BAG je nach Art und Schwere der Mängel folgende Massnahmen ergreifen: 1) Es sorgt auf Kosten des Versicherers für die Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes. 2) Es warnt den Versicherer und fällt Ordnungsbussen (max. CHF 5'000) aus. 3) Es beantragt dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Das BAG kann ferner die Öffentlichkeit über die oben erwähnten Massnahmen informieren. Die Krankenkassen können die Verfügungen des BAG beim Bundesverwaltungsgericht und beim Bundesgericht anfechten.

1.2 Aktuelle Probleme

Bei Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1996 waren nur teilweise Bestimmungen zur Versicherungsaufsicht enthalten. Zu diesem Zeitpunkt erachtete man die Aufsicht über die Krankenkassen noch als weniger wesentlich, zumal die Krankenkassen sich auch ohne die entsprechenden rechtlichen Grundlagen an die Vorgaben des Bundes hielten. Die Praxis zeigte jedoch, dass mangels angemessener Zwangsmassnahmen die Krankenkassen nicht immer bereit waren, sich an die Gesetzesvorschriften zu halten. Per 1. Januar 2001 hat der Gesetzgeber deshalb zusätzliche Sanktionsmöglichkeiten (Ordnungsbussen inkl. Publikation) eingeführt.

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

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

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

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

Zwei vom Bundesrat angenommene Postulate (Po 09.3976, SGK-N und Po 09.4327, Humbel) verlangen die Erstellung eines Berichtes einerseits zur Stärkung der Aufsicht, insbesondere in den Bereichen risikobasierte Reserveberechnung und Corporate Governance und andererseits zur Frage der Instanz, welche die Aufsicht ausüben sollte.

1.3 Auftrag

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

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

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

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

1.4 Aufsichtsinstanz

Damit die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung möglichst unabhängig ihre Funktion ausüben kann, wird sie in eine eigenständige, von der Verwaltung unabhängige Behörde übergeführt, die mit einem Verwaltungsrat und einer Geschäftsleitung analog zur FINMA ausgestattet ist.

Die Ziele der Aufsicht über Sozialversicherungen unterscheiden sich von denjenigen über Privatversicherungen. Während das Versicherungsaufsichtsgesetz dem Schutz der Versicherten vor Missbrauch und Insolvenz dient, hat die Aufsicht über die Krankenversicherung primär das Funktionieren der sozialen Krankenversicherung als System sicherzustellen. Dies natürlich auch im Dienste des Versicherten. Da Sozialversicherer andere Interessen ausgesetzt sind als die Akteure, die einer Finanzmarktaufsicht unterstehen, ist es nicht möglich, dass die Organe der Aufsichtsbehörde beide Bereiche abdecken. Aus diesem Grund ist die Beaufsichtigung der sozialen Krankenversicherung durch die FINMA nicht zweckmässig.

Da einerseits der Aufbau einer neuen Organisation eine gewisse Zeit benötigt und andererseits eine Verschiebung einer Organisationseinheit immer mit Effizienzverlusten verbunden ist, hat der Bundesrat entschieden, die Aufsicht über die soziale

Krankenversicherung nicht bei Inkrafttreten des Gesetzes in die neue Organisation überzuführen, sondern vorerst im BAG zu belassen. Dies, um die dringend notwendige Stärkung der Aufsicht nicht durch organisatorische Änderungen zu verzögern. Spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes soll die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung jedoch in eine eigenständige und von der Verwaltung unabhängige Behörde übergeführt werden.

1.5 Wesentliche Neuerungen

Vorgesehen sind insbesondere neue Anforderungen im Bereich der Finanzierungsvorschriften, im Speziellen zur Solvenz der Krankenkassen. Die Berechnung der erforderlichen Reserven soll nun in Abhängigkeit der Risiken erfolgen, und nicht mehr wie bisher anhand der Versichertenzahlen festgelegt werden. Zudem werden im Sinne eines allgemeinen Risikomanagements Vorgaben an die Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken festgehalten. Im Weiteren werden mit der Einführung von Corporate Governance Richtlinien auch Anforderungen an die geschäftsleitenden Organe gestellt. Ferner sollen nun auch die konzerninternen Beziehungen beaufsichtigt werden können. Zudem enthält das Aufsichtsgesetz sichernde Massnahmen, welche die Aufsichtsbehörde im Falle von finanziellen Schieflagen gegenüber den Krankenkassen anordnen respektive ergreifen kann. Und schliesslich werden die Strafbestimmungen in dem Sinne ergänzt, dass angemessene Sanktionen verhängt werden können, falls sich eine Krankenkasse nicht an die Vorgaben hält.

Auch die Finanzierung der Aufsicht wird geregelt. Und zwar sollen neu die Aufsichtskosten mittels Abgaben gedeckt werden. Die Abgaben werden proportional zu den Prämien auf die Krankenkassen und die Rückversicherer aufgeteilt. Der vorliegende Gesetzesentwurf regelt des Weiteren die Organisation der verwaltungsunabhängigen Behörde, in die die Aufsicht übergeführt wird.

Der vorliegende Bericht erläutert das neue Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung im Einzelnen.

1.6 Laufende Revisionsbestrebungen

Die an dieser Stelle vorgebrachten Vorschläge für eine gezielte Stärkung und Professionalisierung der Aufsicht tangieren die parlamentarischen Beratungen zur laufenden KVG Revision in den Bereichen Vertragsfreiheit, Kostenbeteiligung sowie Managed Care inklusive der weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs (BBl 2004 4323 4361 und 5599) nicht. Sollte sich aus den genannten Vorlagen Regelungsbedarf ergeben, der in dieses Gesetz aufgenommen werden muss (z.B. weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs), so wird diese Vorlage entsprechend angepasst.

Der Vollständigkeit halber weisen wir auf verschiedene Verordnungsänderungen hin, die zurzeit in Bearbeitung sind. So ist beabsichtigt auf den 1. April die Krankenversicherung von Nothilfebezüglern zu regeln. Die Berechnung der Reserven in Abhängigkeit der Risiken, wie auch der Korrekturmechanismus bei zu viel bezahlten Prämien, sollen in einem ersten Schritt bereits auf Verordnungsebene eingeführt werden. Es ist geplant, diese Verordnungsänderungen auf den 1. Juli 2011 in Kraft zu setzen. Die Ausführungsbestimmungen zu den Änderungen bei Nichtbezahlung

der Prämie und Kostenbeteiligung (Art. 64a KVG) sowie die entsprechenden Bestimmungen zu den Änderungen der Prämienverbilligung durch die Kantone (Art. 65 KVG) sollen am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

1.7 Zielsetzung

Die bisherigen Erfahrungen der Aufsichtsbehörde über die Krankenkassen haben gezeigt, dass neue umfassende gesetzliche Massnahmen notwendig sind, um eine griffige Aufsichtstätigkeit im Bereich des KVG gewährleisten zu können. Um das Funktionieren und insbesondere die finanzielle Sicherheit des Sozialversicherungssystems zu gewährleisten, sind modernisierte Aufsichtsinstrumente dringend notwendig. Auf der Basis dieses Gesetzes soll eine gestärkte Aufsicht über die soziale Krankenversicherung gewährleistet werden. Dieses neue Gesetz verfolgt das politische Ziel, wonach die Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung auch in Zukunft garantiert werden sollen. Im Übrigen dient dieses Gesetz als Grundlage für eine effektive Aufsicht und fördert die Transparenz bei den Aktivitäten der sozialen Krankenversicherung, um so den regulierten Wettbewerb zu stärken.

2 Grundzüge des Gesetzes

2.1 Kapitel 1: Gegenstand, Zweck und Geltungsbereich

Das erste Kapitel des Gesetzes enthält eine allgemeine Umschreibung von Gegenstand und Zweck des Gesetzes, eine Umschreibung des Geltungsbereiches, in welchem die Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung zum Tragen kommen und eine Legaldefinition der Krankenkasse. Mit dem Gesetz wird gegenüber den im Geltungsbereich des ersten Kapitels aufgeführten juristischen Personen eine gewichtige Stärkung der Aufsichtstätigkeit erreicht. Die Stärkung erfolgt zum Vorteil der Versicherten, welche von der stringenten Umsetzung der sozialen Krankenversicherung profitieren können. Dabei geht es vor allem um die in der sozialen Krankenversicherung verankerten Prinzipien der Gleichbehandlung und der Solidarität unter den Versicherten, den Verzicht der Krankenkassen auf einen Erwerbszweck, um ihre finanzielle Sicherheit, um die Zweckbindung der von den Versicherten eingesetzten Prämien und um die Gewährleistung der ordentlichen Geschäftsführung und Organisation.

Dies ermöglicht die Anwendung der vorstehend beschriebenen Grundprinzipien des KVG sowie der Corporate Governance und der Transparenz auf alle Institutionen, welche an der Umsetzung der sozialen Krankenversicherung beteiligt sind. Die Ausweitung erfolgt einerseits auf neu definierte Beteiligte, andererseits wird die bereits bestehende Aufsicht im Tätigkeitsbereich der gemeinsamen Einrichtung besser auf Gesetzesstufe verankert. Damit wird die Sicherheit der sozialen Krankenversicherung bedeutend erhöht.

Mit der teilweise erweiterten Umschreibung des Geltungsbereichs wird der Aufsichtsbereich über die Zusatzversicherungen nach VVG durch die FINMA nicht tangiert. Durch die verbesserte und mit der Aufsicht im Bereich der Zusatzversicherung abgestimmte Aufsichtskompetenz kann die Zusammenarbeit mit der FINMA jedoch deutlich gestärkt werden. Die Versicherungstätigkeiten der Krankenkassen

werden für die Versicherten und die Aufsichtsbehörden wesentlich transparenter gestaltet.

Eine Straffung der Aufsicht im Bereich der Versicherungsträger erfolgt durch die gegenüber dem KVG eingeschränkte Legaldefinition der bisher tätigen Krankenkassen, welche neu nur noch als "Krankenkassen" bezeichnet werden. Durch die Einschränkung der Rechtsformen werden viele rechtliche Probleme beseitigt, andererseits wird dadurch die Möglichkeit, öffentlichrechtliche Kassen zu gründen, nicht beschnitten.

2.2 Kapitel 2: Bewilligung zur Ausübung der Versicherungstätigkeit

Zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung und der sozialen Rückversicherung bedarf es einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde. Eine entsprechende Bewilligungserteilung ist bereits im KVG vorgesehen und soll sicherstellen, dass die soziale Krankenversicherung resp. soziale Rückversicherung nur anbieten darf, wer gewisse Voraussetzungen erfüllt, welche von der Aufsichtsbehörde eingehend geprüft werden. Da die Aufsicht von einer von der Verwaltung unabhängigen Behörde wahrgenommen wird, erfolgen neu auch die Bewilligungserteilung und der Entzug der Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde selbst und nicht mehr durch das EDI. Neu soll die Bewilligung nur noch an Krankenkassen erteilt werden, womit die Möglichkeit, die soziale Krankenversicherung anzubieten, für private Versicherungseinrichtungen wegfällt. Diese Möglichkeit soll gestrichen werden, da bisher nie davon Gebrauch gemacht wurde; die Änderung hat somit keine Auswirkungen auf die Praxis.

Als weitere Neuerung gegenüber dem KVG sollen Krankenkassen nur noch in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft oder Genossenschaft anerkannt werden. Es sind aber weiterhin sowohl juristische Personen des privaten wie auch des öffentlichen Rechts zugelassen. Bei diesen Rechtsformen kann die Aufsichtsbehörde, falls erforderlich, gezielter auf die leitenden Organe Einfluss nehmen als beispielsweise bei einem Verein oder einer Stiftung, und diese Rechtsformen sind im Allgemeinen flexibler. Krankenkassen, die ihre Rechtsform aufgrund dieser Bestimmung umzuwandeln haben, wird eine Übergangsfrist von fünf Jahren gewährt.

Da Beteiligungen auch auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung nicht mehr wegzudenken sind, soll eine entsprechende Regelung, welche den Vorschriften der Europäischen Union über Beteiligungen von und an Versicherungsunternehmen entspricht, übernommen werden. Die Bestimmung zielt darauf ab, qualifizierte Beteiligungen an Krankenkassen oder sozialen Rückversicherern sowie deren Herabsetzungen oder Auflösungen transparent zu machen.

2.3 Kapitel 3: Ausübung der Versicherungstätigkeit

Auch im KVG und seinen Ausführungsbestimmungen gibt es Bestimmungen zur Finanzierung und zur Rechnungslegung, die von den Krankenkassen angewandt und von der Aufsichtsbehörde geprüft werden. Diese konnten teilweise in das neue Aufsichtsgesetz übernommen werden. Die Krankenkassen haben, wie bereits heute, angehalten, das Ausgabenumlageverfahren (vgl. Art. 11) anzuwenden und risikobasierte Reserven (vgl. Art. 12) und Rückstellungen (vgl. Art. 13) zu bilden. Zudem

müssen die Versicherer der Aufsichtsbehörde wie bisher mit einem Geschäftsbericht über das abgelaufene Jahr Bericht erstatten (vgl. Art. 24), und auch der externen Revisionsstelle (vgl. Art. 25 - 27), welche insbesondere die Jahresrechnung überprüfen muss, kommt weiter eine besondere Bedeutung zu.

Neu wird mit diesem Gesetz jedoch die Grundlage für die risikobasierte Reservenberechnung auf Gesetzesstufe (vgl. Art. 12) eingeführt, und wie für den Bereich der Zusatzversicherungen muss neu auch für den Bereich der sozialen Krankenversicherung die Sicherstellung der Ansprüche der Versicherten durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung (vgl. Art. 14) erfolgen. Die Möglichkeit der Nichtgenehmigung der Prämien verbunden mit der Kompetenz der Aufsichtsbehörde, angemessene Prämien zu verfügen (vgl. Art. 15-16) wird neu im Gesetz verankert. Zudem wird der bereits auf Verordnungsstufe eingeführte Korrekturmechanismus neu auf Gesetzesstufe geregelt. Mit Artikel 20 und Artikel 21 wird die Grundlage für Corporate Governance-Bestimmungen geschaffen. Auch Bestimmungen zum Risikomanagement und zum internen Kontrollsystem (vgl. Art. 22 und 23) sind neu im Bereich der sozialen Krankenversicherung.

In Kapitel 3 des neuen Gesetzes werden wesentliche Bestimmungen, welche der Stärkung der Aufsicht dienen, eingeführt: Der Übergang von einem System, das die Mindestreserven in Prozent der Prämien, abgestuft nach der Anzahl der Versicherten, zu einer risikobasierten Berechnung der Reserven der Krankenkassen, erhöht die Transparenz und die Sicherheit des Krankenversicherungssystems. Durch die Aufnahme des Grundsatzes der risikobasierten Reservenberechnung in dieses Gesetz - die risikobasierte Reservenberechnung wird bereits auf den 1. Juli 2011 auf Verordnungsstufe eingeführt - kommt der Bestimmung und damit auch der Devise der Unabhängigkeit der Aufsichtsbehörde von der Politik eine grössere Bedeutung zu.

Die Einführung von Bestimmungen zur Sicherstellung der Ansprüche der Versicherten durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung, soll die Sicherheit der Krankenkassen und damit den Schutz der Versicherten erhöhen und so zur Sicherheit des Krankenversicherungssystems generell beitragen.

Neu erhält die Aufsichtsbehörde explizit die Möglichkeit, bei Nichtgenehmigung einer von einer Krankenkasse eingereichten Prämie, selbst eine angemessene Prämie zu verfügen. Damit wird eine Gesetzeslücke im Bereich der Aufsicht geschlossen und der Handlungsspielraum der Aufsichtsbehörde erhöht. Die Aufsichtsbehörde erhält so eine wirksame Handhabe, um bei Gefährdung der Solvenz einer Krankenkasse und missbräuchlichen Prämien einzuschreiten.

Die neue, risikobasierte Aufsicht beschränkt sich jedoch nicht nur auf quantitative, sondern umfasst auch qualitative Aspekte. Mit den Artikeln 20 und 21 (Abschnitt 2) werden die Bedingungen im Bereich der Corporate Governance abgesteckt. Mit dem Artikel 20 werden die Anforderungen an die Entscheidungs- und Verantwortungsträger bei den Krankenkassen erhöht. Der Artikel bildet die formellgesetzliche Grundlage für sämtliche Verordnungsbestimmungen zu Corporate Governance. Dieser neue Gesetzesartikel sollte einerseits zu einer Professionalisierung in der Krankenkassenbranche führen und es der Aufsichtsbehörde andererseits auch ermöglichen, bei Missständen wirksam einzugreifen. Des Weiteren soll mit der Offenlegung der Gesamtsumme der Entschädigungen für das Kontrollorgan (Verwaltungsrat bzw. Vorstand), wie auch für die Geschäftsleitung mehr Transparenz erzielt und das Vertrauen in die sozialen Krankenversicherung erhöht werden.

Die neuen Bestimmungen zum Risikomanagement, zum internen Kontrollsystem und zur internen Revisionsstelle (3. Abschnitt) dienen der Sicherstellung der zweckmässigen Organisation der Krankenkassen und ermöglichen diesen, den Risiken, welchen sie ausgesetzt sind, besser Rechnung zu tragen. Zusätzlich stärken diese Gesetzesartikel die Aufsichtsbehörde und damit die Aufsicht, da diese die Grundlagen bieten für eine bessere Kontrolle der Krankenkassen.

Der 5. Abschnitt umfasst drei Bestimmungen betreffend die externe Revisionsstelle. Die Kontrolle der Krankenkassen durch die externe Revisionsstelle ist und bleibt ein wichtiges Aufsichtsinstrument, da die Aufsichtsbehörde selbst nicht bei jeder Krankenkasse vor Ort jährlich Prüfungen vornehmen kann. Neu werden die externen Revisionsstellen und deren Aufgaben im Bereich der sozialen Krankenversicherung auf Gesetzesstufe geregelt. Der Kontrolle durch die Prüfgesellschaft wird somit ein höheres Gewicht beigemessen.

2.4 Kapitel 4: Rückversicherung

Das KVG regelt das Rückversicherungsgeschäft nur rudimentär und lückenhaft. Bestimmungen, die für das Rückversicherungsgeschäft Gültigkeit haben, finden sich primär auf Verordnungsebene oder sind sogar auf Weisungsebene festgehalten.

Mit der Stärkung der Aufsicht sollen die Regelungen über die aktive Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung verbessert und ergänzt werden.

Mit der Rückversicherung hat die Krankenkasse die Möglichkeit, einen Teil der versicherungstechnischen Risiken, die sie selbst trägt, via Risikotransfer auf einen Rückversicherer zu übertragen. Dieser kann seinerseits das übernommene Risiko minimieren, indem er einen Teil des Geschäfts weiter retrozediert und selber Risikoschutz in Anspruch nimmt. Wie bis anhin sind zur Betreibung des Rückversicherungsgeschäftes Krankenkassen mit einem vom Bundesrat festgesetzten Mindestversichertenbestand, Rückversicherer nach VAG wie auch soziale Rückversicherer zugelassen. Die sozialen Rückversicherer nach diesem Gesetz betreiben nur die Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung und unterliegen neu ähnlich strengen aufsichtsrechtlichen Anforderungen und Bestimmungen wie die Krankenkassen. Sie müssen jedoch nicht über einen festgesetzten Mindestversichertenbestand verfügen. Rückversicherer nach VAG unterstehen weiterhin der Aufsicht durch die FINMA. Sie benötigen jedoch eine zusätzliche Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung im Bereich der sozialen Krankenversicherung durch die Aufsichtsbehörde.

2.5 Kapitel 5: Aufsicht

Das Gesetz bezweckt, die Aufsicht über die Krankenkassen und die sozialen Rückversicherer zu verstärken. Es beschreibt die wesentlichen Aufgabenbereiche der Aufsichtsbehörde, damit ihr Auftrag klar ist. Es grenzt die Aufgabenbereiche jedoch nicht ein. Die zur Verfügung gestellten Mittel gehen weiter als im geltenden Recht, da die Aufsichtsbehörde namentlich die Möglichkeit erhält, Dritten Aufgaben zu übertragen.

Die Artikel 34 bis 36 bilden eine Gruppe von Bestimmungen im Rahmen der Aufsichtstätigkeit. Artikel 34 umschreibt die Aufgaben der Aufsicht. In Artikel 35 wird das Verhältnis zwischen den beaufsichtigten Einrichtungen und der Aufsichtsbehörde im Bereiche der Auskunftspflicht für Erstgenannte geregelt. Schliesslich finden die wichtigen Regelungen zum Informationsaustausch und der Amtshilfe in Artikel 36 ihre gesetzliche Basis. Damit ist gewährleistet, dass die zentralen Punkte des Informationsflusses bzw. des Informationsschutzes in einem Kapitel in diesem Gesetz geregelt sind. Artikel 37, welcher die Veröffentlichung der Entscheide behandelt, dient der Transparenz im Bereiche von ausgesprochenen Straf- und Administrativ Massnahmen.

Das KVG erlaubt der Aufsichtsbehörde, den Versicherern Weisungen zu erteilen und Auskünfte von ihnen zu verlangen. Wenn sie gesetzliche Bestimmungen missachten, kann es den gesetzmässigen Zustand wiederherstellen und die Versicherer verwarnen oder büssen. Als stärkste Aufsichtsmassnahme kann sie zudem dem EDI beantragen, einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zu entziehen (Art. 21 KVG).

Für die privaten Versicherungsunternehmen sieht das VAG vor, dass die FINMA verschiedene sichernde Massnahmen treffen kann, um die Interessen der Versicherten zu wahren (Art. 51 bis 54 VAG). Um die Aufsicht in der sozialen Krankenversicherung zu stärken, werden der Aufsichtsbehörde ähnliche Massnahmen zur Verfügung gestellt.

Die geplanten Massnahmen lassen sich grundsätzlich in drei Stufen einteilen:

Die unterste Stufe bilden die Massnahmen, die die Aufsichtsbehörde ergreifen kann, ohne dass bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Insbesondere kann sie jederzeit Weisungen erteilen (Art. 34) und Auskünfte einholen (Art. 35).

Als zweite Stufe kann die Aufsichtsbehörde vorbeugende Massnahmen ergreifen, wenn die finanzielle Lage einer Krankenkasse oder eines sozialen Rückversicherers gefährdet ist, diese aber noch keine rechtliche Vorgabe verletzt haben. Namentlich kann sie eine Krankenkasse verpflichten, ihr einen Plan zur Sanierung oder zur unterjährigen Prämienerrhöhung zu unterbreiten (Art. 39 Abs. 3).

Als dritte Stufe kann die Aufsichtsbehörde sichernde Massnahmen treffen (Art. 39 Abs. 1 und 2), wenn eine Krankenkasse oder ein sozialer Rückversicherer rechtliche Vorgaben missachtet oder die Interessen der Versicherten anderweitig gefährdet sind. Diese Massnahmen entsprechen weitgehend denjenigen des VAG, teilweise werden sie ergänzt. Insbesondere kann die Aufsichtsbehörde in die Vermögensrechte und in die Organisation des Versicherers eingreifen. Zudem kann sie eine Person beauftragen bei einer Krankenkasse oder einem sozialen Rückversicherer aufsichtsrechtliche Massnahmen umzusetzen. Sie kann des Weiteren einen Versichertenbestand übertragen. Weiter kann der Konkurs über einen Versicherer nur mit ihrer Zustimmung eröffnet werden (Art. 40 bis 42).

Es besteht nicht nur die Gefahr der Insolvenz einer Krankenkasse, sondern auch die Gefahr eines Dominoeffekts oder die Insolvenz eines grossen Versicherers, was das ganze System der sozialen Krankenversicherung in Mitleidenschaft ziehen kann. Aus diesem Grund hat das BAG Herrn Prof. Dr. Herbert Lüthy, Lehrbeauftragter in Actuarial Science an der Universität Basel, beauftragt eine Studie über das Thema "Insolvenz von Krankenkassen und Systemkrise" zu verfassen. In seinem Bericht vom 30. April 2010, kommt Herr Lüthy zum Schluss, dass eine Krise innerhalb des sozialen Krankenversicherungssystems nicht ausgeschlossen werden kann, auch

wenn die Aufsicht substantiell gestärkt wird. Da in einem solchen Fall eine grosse Dringlichkeit besteht, muss bereit im Voraus geregelt sein, welche Massnahmen der Bundesrat ergreifen kann. Entsprechend sind auf Gesetzesebene ausserordentliche Massnahmen vorzusehen für den Fall einer konkreten Gefährdung des sozialen Krankenversicherungssystems und nur zum Zwecke der Rettung dieses Systems.

Zusätzlich zu den Massnahmen, welche die Aufsichtsbehörde gegenüber einzelnen Versicherern ergreifen kann, kann der Bundesrat deshalb Massnahmen zur Sicherung des Systems der sozialen Krankenversicherung treffen (Art. 43).

Dazu wird dem Bundesrat die Befugnis übertragen, während einer befristeten Zeit auch gesetzliche Regelungen zu ändern. Diese Befugnisübertragung setzt voraus, dass das Krankenversicherungssystem gefährdet ist. Dies ist insbesondere der Fall, wenn mehrere Krankenkassen, die zusammen mehr als 30 Prozent der Versicherten versichern, nicht mehr über die erforderlichen Reserven verfügen oder wenn eine Krankenkasse zahlungsunfähig wird und der Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung die Kosten für deren gesetzlichen Leistungen nicht mehr innerhalb eines Monats vergüten kann. Ist das Krankenversicherungssystem gefährdet, kann der Bundesrat insbesondere im KVG vorgesehene Leistungen einschränken, Tarife der Leistungserbringer senken oder die Versicherten stärker an den Kosten beteiligen. Da die Leistungserbringer und die Versicherten durch eine solche Massnahme stark betroffen sein können, werden die Senkung der Tarife und die Erhöhung der Kostenbeteiligung auf zehn Prozent beschränkt. Zudem werden diese Massnahmen auf ein Jahr befristet.

Zusätzlich kann der Bundesrat, wenn er die oben aufgeführten Massnahmen ergriffen hat, der gemeinsamen Einrichtung zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen ein Darlehen geben, das zu Marktbedingungen zu verzinsen ist (Art. 43 Abs. 2). Dadurch soll das Erliegen des sozialen Krankenversicherungssystems, aufgrund von Liquiditätsproblemen der Gemeinsamen Einrichtung, vermieden werden.

2.6 Kapitel 6: Besondere Bestimmungen zur Aufsicht über Versicherungsgruppen

Die Umgestaltung des Krankenversicherungs-Aufsichtsrechts erfolgt zu einer Zeit, in der immer mehr strukturelle Veränderungen unter den Krankenkassen erkennbar werden.

In den letzten Jahren haben sich vermehrt kleine und kleinere Krankenkassen einem grösseren Anbieter angeschlossen oder angelehnt. Der Trend zu Konzentrationen und verdichteten Angebotsstrukturen unter den Krankenkassen hat zugenommen. Es entstehen immer grössere und organisatorisch komplexere Gebilde, welche Angebotsmacht, Knowhow, Strukturen, Finanzen und Organisation bündeln und Synergien und positive Skalenerträge zu realisieren suchen.

Es finden sich Krankenversicherungsgruppen, die sich konzernähnlich oder in einem Konzern zusammengefasst haben, daneben finden sich Gruppen, die finanziell oder organisatorisch kooperieren. Krankenversicherungsgruppen bestehen weiter nicht nur aus Krankenkassen. So betreiben Gruppen nebst verschiedenen Krankenkassen auch weitere Versicherungstätigkeiten (z. Bsp. Schadenversicherungen oder Lebensversicherungen). Alle diese Organisationseinheiten sind personell, finanziell und organisatorisch unterschiedlich miteinander verflochten. Um diese strukturellen und finanziellen Abhängigkeiten und Vernetzungen sichtbar zu machen und deren

Risiken aufzudecken, genügt eine nur die Krankenkasse isoliert überwachende Einzelaufsicht den Mindestanforderungen einer modernen Aufsicht hinsichtlich Transparenz, Good Governance, Wahrheit und Klarheit nicht.

Die besonderen Bestimmungen zur Aufsicht über Versicherungsgruppen dieses Gesetzes haben zum Ziel, der Aufsicht die notwendigen Informationen zu verschaffen, um diese ausserhalb der Krankenkasse liegenden finanziellen und strukturellen Risiken zu erfassen. Mit gezielter Informationsbeschaffung soll für die Aufsichtsbehörde ein möglichst genaues Bild über die Einzelgesellschaft hinaus über die Einflüsse durch die Versicherungsgruppe entstehen.

Dabei gibt es unterschiedliche Graduierungen, wie die Aufsicht über Versicherungsgruppen ausgestaltet und umgesetzt werden kann. Die sogenannte Solo-Plus-Gruppenaufsicht besteht darin, die gegenseitigen Vernetzungen, Einflüsse und Änderungen der Einzelgesellschaften untereinander und zur Gruppe aufzuzeigen, um gegebenenfalls situativ intervenieren zu können. Die Solo-Plus-Gruppenaufsicht erfolgt ergänzend zur Einzelaufsicht. Anders als die vollständige Aufsicht über Versicherungsgruppen nach VAG verzichtet die Solo-Plus-Gruppenaufsicht auf die risikobasierte Reserveberechnung der Versicherungsgruppe. Somit steht nach wie vor die Solvenz des Einzelunternehmens im Fokus und nicht die Solvabilität auf Gruppenebene.

Die Solo-Plus-Gruppenaufsicht hat zum Zweck, eine verbesserte Beurteilung der finanziellen Situation des Einzelunternehmens unter Einbezug der Gruppe zu ermöglichen. Sie statuiert die Pflicht zu angemessenen internen Kontrollen und zu einem den spezifischen Unternehmensrisiken entsprechenden Risikomanagement der Gruppe, führt zu Transparenz über gruppeninterne Transaktionen, welche die Solvenz des Einzelunternehmens gefährden können und ermöglicht, generelle Bestimmungen einer Good Governance zu etablieren. Zusätzliche Aufsichtsbefugnisse werden damit auch gegenüber andern Unternehmen der Gruppe eingeräumt.

Die meisten Versicherungsgruppen sind nach Artikel 663e des Obligationenrechts vom 30. März 1911 (OR; SR 220) verpflichtet, eine konsolidierte Jahresrechnung (Konzernrechnung) zu erstellen. Die Aufsichtsbehörde kann die Versicherungsgruppen, welche die gesetzlichen Kriterien nach dem 6. Kapitel über die Versicherungsgruppen erfüllen, unter die Solo-Plus-Gruppenaufsicht stellen. Dabei kann die Aufsichtsbehörde die inhaltlichen Mindestanforderungen zum Konzernbericht definieren und auch Mindestauflagen der Berichterstattung zur Organisation und zur Struktur erlassen.

Der Bundesrat kann Vorschriften zur Überwachung gruppeninterner Vorgänge (Darlehen, Garantien und ausserbilanzmässige Geschäfte, Beteiligungen, Rückversicherungsgeschäfte, Kostenteilungsvereinbarungen u.a.), zum Risikomanagement, zum internen Kontrollsystem sowie zur gruppenweiten Risikokonzentration erlassen.

Es kann dabei nicht darum gehen, sämtliche gruppeninternen Vorgänge zu erfassen; sowohl der Zweck der Aufsicht über Versicherungsgruppen als auch das Verhältnismässigkeitsprinzip der Verwaltungstätigkeit werden die Analyse auf die wesentlichen Vorgänge fokussieren.

Die Aufsichtsbehörde wird entsprechend dem sich unter Umständen dynamisch entwickelnden Überwachungsbedarf darüber zu entscheiden haben, ob die Überwa-

chung in Form der Berichterstattung oder aber durch strengere Massnahmen zu erfolgen hat.

2.7 Kapitel 7: gemeinsame Einrichtung KVG

Die gemeinsame Einrichtung KVG, die ursprünglich durch Artikel 18 KVG eingeführt wurde, ist eine Stiftung, die von den Krankenversicherern im Auftrag des Bundes gegründet wurde. Nach dem Gesetz ist sie verpflichtet, eine Reihe von Tätigkeiten auszuüben, die allen Versicherern gemeinsam sind, unter anderem sind dies Regulierungstätigkeiten zugunsten der Versicherer, der Versicherten und des Krankenversicherungssystems.

Die Zuständigkeit zur Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung war bisher aufgrund ihrer Rechtsform zwischen der Stiftungsaufsicht des Eidgenössischen Departements des Innern und dem Bundesamt für Gesundheit geteilt (Art. 26 KVV). Neu wird die Aufsicht vollständig auf die Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz übertragen. Dieser Schritt rechtfertigt sich, da die Genehmigung der Stiftungsurkunde und der Reglemente nur ein sehr kleiner Teil der Aufsichtstätigkeit ausmacht. Die Zusammenfassung der bisher geteilten Zuständigkeit zwischen der Stiftungsaufsicht des Eidgenössischen Departements des Innern und der übrigen Aufsichtstätigkeit des Bundesamtes für Gesundheit unter einem gemeinsamen Dach vereinfacht die Aufsicht und deren Abläufe zusätzlich. Da auch die Krankenkassen neu die Rechtsform der Aktiengesellschaft oder der Genossenschaft haben, wird die gesamte Aufsicht über die soziale Krankenversicherung einheitlich von der nunmehr eigenständigen und unabhängigen Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz übernommen.

So hat sie den Auftrag, die Kosten für die gesetzlichen Leistungen zu übernehmen, wenn ein Versicherer zahlungsunfähig wird. Zu diesem Zweck führt sie einen Insolvenzfonds. Durch die Aufsichtstätigkeit lassen sich Insolvenzfälle zwar weitgehend verhindern. Mit dem vorliegenden Gesetz werden zudem die Massnahmen ausgebaut, um künftige Insolvenzfälle proaktiv zu verhindern. Da sich ein Insolvenzfall dennoch nicht völlig ausschliessen lässt, bleibt ein solcher Fonds weiterhin notwendig.

Die weiteren Aufgaben, welche der Bundesrat bisher der gemeinsamen Einrichtung übertragen hat, werden neu in das Gesetz übernommen. Die Durchführung der internationalen Aushilfe im Bereich der Krankenversicherungsleistungen und die Durchführung des Risikoausgleichs gemäss der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA; SR 832.112.1) wurde deshalb in den gesetzlich festgelegten Aufgabenbereich der gemeinsamen Einrichtung übernommen.

Die Krankenkassen können ihr zudem im gegenseitigen Einvernehmen bestimmte Aufgaben von gemeinsamem Interesse anvertrauen. Auch die Kantone können ihre Dienste gegen Entschädigung in Anspruch nehmen; so bearbeitet sie für bestimmte Kantone die Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht.

Da die gemeinsame Einrichtung KVG gemäss Artikel 1 wie die Krankenkassen und Rückversicherer ebenfalls diesem Gesetz untersteht und ihre Tätigkeiten denen einer Regulationsbehörde ausreichend nahekommen, rechtfertigt es sich, die sie betreffenden Bestimmungen in das Gesetz zu übernehmen. Selbstverständlich wird durch das Gesetz keine neue gemeinsame Einrichtung eingeführt, sondern es bleibt jene beste-

hen, die gestützt auf Artikel 18 KVG gegründet wurde. Deshalb werden die Bestimmungen, die bei Inkrafttreten des KVG eingeführt wurden, sowie jene, die später in das KVG und in die KVV aufgenommen wurden, vor allem im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens, grösstenteils in angepasster Form in das Gesetz übernommen. Bezüglich der gemeinsamen Einrichtung kann deshalb auf die Botschaft des Bundesrates vom 31. Mai 2000 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (00.047, BBl 2000 4083) verwiesen werden, die den eidgenössischen Räten im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens vorgelegt worden war.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass einige wichtige Punkte dem freien Ermessen der gemeinsamen Einrichtung KVG überlassen worden waren, die sie in ihren Reglementen festlegte. Diese Reglemente müssen zwar von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Dennoch war es nicht angebracht, gewisse Bedingungen, unter denen der Insolvenzfonds beansprucht werden kann, nur auf der Stufe eines Reglements vorzusehen. Auch die Meldepflicht in Bezug auf die Insolvenz einer Krankenkasse wurde im Reglement dem EDI zugewiesen. Das Gesetz sieht nun vor, dass die Aufsichtsbehörde die Insolvenz einer Krankenkasse von Amtes wegen festlegt und informiert hierüber die gemeinsame Einrichtung. Ausserdem ist im Gesetz geregelt, wie der Insolvenzfonds finanziert wird, wer die Höhe des Insolvenzfonds festsetzt, ab welchem Zeitpunkt des Insolvenzfonds leistungspflichtig ist und welche Kosten vom Insolvenzfonds zu übernehmen sind.

Mit einer Bestimmung über den Rückgriff und die Rückforderung wird den Anforderungen an die Legitimation der gemeinsamen Einrichtung im Prozess entsprochen. Die Bestimmung ist Artikel 72 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) bzw. Artikel 56a Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) nachgebildet und ermöglicht der gemeinsamen Einrichtung, gegen die verantwortlichen Organe der Krankenkasse (insbesondere den Verwaltungsrat bzw. die Verwaltung, die Geschäftsleitung und die Revisionsstelle) oder Dritte bei Eintritt der Zahlungsunfähigkeit vorzugehen. Der Rückgriff kann im gleichen Umfang erfolgen, in dem sich die gemeinsame Einrichtung die Forderungen der Masse abtreten lässt. Artikel 15 KVG wird mit diesem Gesetz aufgehoben. Eine Haftung der Versicherten für die Verpflichtungen der Krankenkassen besteht auch in den neueren gesetzlichen Grundlagen nicht; die Versicherten haben nicht für zahlungsunfähige Krankenkassen einzustehen.

2.8 Kapitel 8: Verfahren

Es ist notwendig, in einem Artikel, welcher der einzige des 8. Kapitels ist, zu regeln, dass die Aufsichtsbehörde dasungsverfahren anwendet, soweit das Gesetz nicht davon abweicht. Diese Wiederholung hebt alle möglichen Zweifel über das durch diese Behörde anwendbare Verfahren auf und garantiert den betroffenen Personen und an erster Stelle den Versicherern Rechtssicherheit.

Die Wiederholung ist um so nützlicher, wenn die Behörde einen vom Bund juristisch unabhängigen Status erlangt, wie es der Gesetzesentwurf vorsieht.

2.9 Kapitel 9: Organisation der Aufsichtsbehörde

Wie unter Punkt 1.4 ausgeführt, wird die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung in eine eigenständige, von der Verwaltung unabhängige Behörde überführt. Damit wird die Aufsicht politisch unabhängiger und Interessenkonflikte können vermieden werden. Die neue Behörde, soll analog zur FINMA oder zum Heilmittelinstitut (Swissmedic), als selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts zur dezentralen Bundesverwaltung gehören.

Die Bestimmungen dieses Kapitels sind in Anlehnung an die entsprechenden Bestimmungen im FINMAG formuliert.

Die neue Behörde wird unter dem Namen "Aufsicht über die sozialen Versicherungen im Bereich Gesundheit; SASO" figurieren und von einem durch den Bundesrat zu wählenden Verwaltungsrat strategisch geleitet. Der Verwaltungsrat wird aus fachkundigen Mitgliedern bestehen, welche von Interessenvertretern unabhängig sind und die entsprechenden Qualifikationen und Berufserfahrungen mitbringen. Der Verwaltungsrat hat unter Anderem die Aufgaben, die Ziele der Aufsichtsbehörde festzulegen und diese dem Bundesrat zu unterbreiten. Es bedarf zudem einer operativen Geschäftsleitung, welche die Aufsichtsaufgabe wahrnimmt. Der Verwaltungsrat wird dabei das Organisationsreglement der SASO erstellen und diese operative Geschäftsleitung überwachen. Ferner kann er auch personellen Einfluss auf das operative Organ nehmen, indem er, unter Vorbehalt der Genehmigung durch den Bundesrat, die Direktorin oder den Direktor der Geschäftsleitung wählt. Die Geschäftsleitung erlässt demgegenüber die Verfügungen nach Massgabe des Organisationsreglements. Sie erstellt zudem die Entscheidungsgrundlagen des Verwaltungsrats und berichtet ihm regelmässig. Als zusätzliches drittes Organ der SASO wird eine externe Revisionsstelle amten.

Die SASO wird ihr Personal weiterhin öffentlich-rechtlich anstellen. Die Mitarbeitenden haben detaillierte Einblicke in die finanzielle und rechtliche Situation der sozialen Krankenversicherung. Es rechtfertigt sich daher, wenn diese Mitarbeitenden und allenfalls mandatierte Personen, explizit dem Amtsgeheimnis unterstellt werden.

Die Aufsichtsbehörde erhebt zur Deckung der Aufsichtskosten, bereits mit Inkrafttreten des Gesetzes, von den Krankenkassen und den sozialen Rückversicherern eine kostendeckende Aufsichtsabgabe. Diese Bestimmung zur Finanzierung der Aufsichtskosten regelt auch die Finanzierung der neuen Behörde. Die Finanzierung der SASO über Aufsichtsabgaben wird die Prämien mit weniger als einem Promille belasten.

Zusätzlich muss die SASO auch eine Reserve im Umfang eines Jahresbudgets öffnen. Die Eidgenössische Finanzverwaltung verwaltet im Rahmen ihrer zentralen Tresorerie die liquiden Mittel der SASO. Die SASO ihrerseits unterliegt den allgemein anerkannten Standards der Rechnungslegung.

Schliesslich werden in diesem Gesetz die Verantwortlichkeiten der SASO, ihrer Organe, des Personals und der Beauftragten Dritten geregelt.

2.10 Kapitel 10: Strafbestimmungen

Der Revisionsentwurf erneuert einerseits die aufsichtsrechtlich relevanten Tatbestände, welche in Übertretungs- und Vergehenstatbestände sowie Widerhandlungen gegen Verfügungen, Weisungen und das Gesetz eingeteilt werden. Andererseits wurden gegenüber dem geltenden Recht die Bussen deutlich angehoben. In einem wirtschaftlichen Umfeld, in dem teilweise Milliardenumsätze erzielt werden, sind die bisherigen Ansätze nicht mehr angemessen und bleiben wirkungslos. Die vorliegenden Strafbestimmungen lehnen sich an diejenigen des VAG an.

Aus den genannten Gründen sieht der Revisionsentwurf vor, dass bei Widerhandlungen gegen Verfügungen und Weisungen Sanktionen gegen beaufsichtigte Unternehmen von bis zu 100'000 Franken ausgefällt werden können. Bei Übertretungen können nach dem Revisionsentwurf zudem Personen mit Bussen von bis zu 500'000 Franken und Vergehen mit Gefängnis oder Geldstrafe bis zu 1'000'000 Franken bestraft werden (vgl. auch die allgemeinen Regeln des Schweizerischen Strafgesetzbuches vom 21. Dezember 1937 [StGB; SR 311.0] insbesondere Artikel 34 StGB). Die Bussenhöhen wurden damit den anderen im Finanzmarktsektor geltenden Gesetzgebungen angeglichen und erscheinen daher als angemessen.

Die Übertretungs- und Vergehenstatbestände können zu einer Bestrafung von natürlichen Personen durch die zuständigen kantonalen Strafverfolgungsbehörden führen. Bei den Widerhandlungen gegen Verfügungen und Weisungen werden die Krankenkassen, die sozialen Rückversicherer und die Unternehmen einer Gruppe – also die Unternehmen selbst – nach dem Bundesgesetz vom 22. März 1974 über das Verwaltungsstrafrecht (VwStrR; SR 313.0) durch die zuständige Aufsichtsbehörde und weitere Bundesbehörden bestraft. Dabei sollen Bussenhöhen von bis zu 100'000 Franken möglich sein. Die neue Einteilung der Übertretungs- und Vergehenstatbestände richtet sich nach der Strafdrohung (Busse/Gefängnis oder Busse), welche sich wiederum an der Schwere des in Frage stehenden Delikts orientiert.

2.11 Kapitel 11: Schlussbestimmungen

Die Schlussbestimmungen im Kapitel 11 beauftragen den Bundesrat, den Zeitpunkt für das Inkrafttreten der Gesetzesbestimmungen zu wählen und die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Der Zeitpunkt hängt grundsätzlich vom Entscheid des Bundesrates ab; die Bestimmungen zur Gründung einer selbständigen öffentlich-rechtlichen Aufsichtsbehörde hat der Bundesrat jedoch spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes umzusetzen. Zudem regeln die Schlussbestimmungen den Übergang der Arbeitsverhältnisse des Personals der Versicherungsaufsicht.

Eine Schluss- bzw. Übergangsbestimmung gewährt den Krankenkassen eine fünfjährige Frist, bis zu deren Ablauf sie eine der gesetzlich zulässigen Rechtsformen übernehmen müssen. Eine weitere Frist von zwei Jahren verpflichtet sie zur Umsetzung von Bestimmungen zum Risikomanagement und zum Einsetzen einer internen Revision, soweit sie über solche Instrumente noch nicht verfügen, sowie zur Einführung eines gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung.

3 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln

Artikel 1 Gegenstand und Zweck

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

Absatz 1

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

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

Buchstabe a

Die Legaldefinition beschreibt die Krankenkassen, welche bereits nach dem KVG hauptsächlich die soziale Krankenversicherung durchführen und bisher vom EDI und neu von der Aufsichtsbehörde anerkannt sind (vgl. Punkt 2.2). An der Aufgabenteilung zwischen der FINMA, welche das Zusatzversicherungsgeschäft beaufsichtigt, und der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung nach diesem Gesetz ändert sich nichts.

Mit der Unterstellung der Krankenkassen unter die Aufsicht nach diesem Gesetz wird Artikel 11 KVG aufgehoben. Dies führt dazu, dass die obligatorische Krankenversicherung nur noch nach Artikel 2 dieses Gesetzes durchgeführt werden darf. Damit entfällt die Möglichkeit, dass private Versicherungsunternehmen, die dem VAG unterstehen, eine Bewilligung zur Durchführung der Krankenversicherung erhalten könnten. Aus diesem Grund wurde in Artikel 3 dieses Gesetzes, welcher Artikel 13 KVG entlehnt ist, die Terminologie der "Versicherer" bzw. der "Versicherungseinrichtungen" geändert und nur noch der Ausdruck "Krankenkasse" ver-

wendet. Diese Änderung hat aber keine praktischen Auswirkungen, da bisher private Versicherungsunternehmen nie von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, die soziale Krankenversicherung anzubieten.

Buchstabe b

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

Buchstabe c

Rückversicherer der sozialen Krankenversicherung bedurften bereits bisher einer Bewilligung des EDI. Da die Rückversicherung in Kapitel 4 des Gesetzes neu geregelt wird, kann Artikel 14 KVG aufgehoben werden. Zur Durchführung der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung sind Krankenkassen mit einem vorgegebenen Mindestbestand, Rückversicherer gemäss VAG sowie soziale Rückversicherer zugelassen. Bei letzteren handelt es sich um Aktiengesellschaften oder Genossenschaften, welche nur die soziale Krankenversicherung rückversichern und institutionell von der Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz beaufsichtigt werden. Die Rückversicherer nach VAG werden hingegen - wie bisher - institutionell von der FINMA beaufsichtigt und unterstehen nur für das Rückversicherungsgeschäft im Bereich der sozialen Krankenversicherung diesem Gesetz. Soziale Rückversicherer im Sinn dieses Gesetzes gibt es bisher nicht. Sie führen entweder alle auch Versicherungen im VVG-Bereich durch oder sie sind in den Rechtsformen eingebunden, welche auch die soziale Krankenversicherung durchführen.

Soziale Rückversicherer stellen ein Systemrisiko für die soziale Krankenversicherung dar und gehören vollständig zum System der sozialen Krankenversicherung. Sie unterstehen deshalb erhöhten Anforderungen in Bezug auf die Sicherheit und müssen so beispielsweise über ein gebundenes Vermögen für die soziale Krankenversicherung verfügen.

Obwohl bisher keine Rückversicherer ausschliesslich die Rückversicherung für die soziale Krankenversicherung betreiben, wird mit dieser Lösung die Kompetenz zwischen den Aufsichtsbehörden abgegrenzt. Künftig müssen sich Rückversicherer entscheiden, ob sie die soziale Rückversicherung mit oder ohne das Zusatzversicherungsgeschäft nach VVG anbieten wollen. Die Aufsichtszuständigkeit ergibt sich aus diesem Entscheid.

Buchstabe d

Mit Buchstabe d erhält die bereits bestehende Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung, welche bisher nur auf Verordnungsstufe festgelegt war (Art. 19 ff. und Art. 26 KVV), neu auch die notwendige gesetzliche Grundlage. Die Ausweitung des Geltungsbereichs führt zu keiner Änderung der bisherigen Situation. Die Aufsicht

betreffend der Konstitution und Organisation der gemeinsamen Einrichtung wird grundsätzlich durch das Departement wahrgenommen. Artikel 53 dieses Gesetzes übernimmt denn auch vollständig Artikel 26 KVV, der die Aufgabenteilung zwischen dem Departement und der Versicherungsaufsicht des BAG umschreibt. Die Aufsichtsbehörde unterstützt das Departement bei der Durchführung der Aufsichtsaufgabe in den ihm zugewiesenen Bereichen. Bei diesen handelt es sich vornehmlich um den Bereich der Durchführung der sozialen Krankenversicherung und den damit verbundenen Aufgaben, welche an die gemeinsame Einrichtung durch das Gesetz oder die Verordnung delegiert worden sind. Die Unterstützung der Aufsicht durch das Departement betrifft somit vor allem die Überwachung der operativen Tätigkeiten der gemeinsamen Einrichtung (Erfüllung internationaler Verpflichtungen, Durchführung des Risikoausgleichs, Unterstützung der Kantone bei der Prämienvverbilligung, Übernahme der Kosten für zahlungsunfähige Versicherte u.a.).

Die Unterstellung der gemeinsamen Einrichtung unter den Geltungsbereich des Gesetzes erlaubt die Übernahme von ausgewählten Bestimmungen der Verordnung und von Artikel 26 KVV in das Gesetz.

Absatz 2

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

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

Artikel 2 Krankenkassen

Artikel 12 KVG wird vollständig im Artikel 2 dieses Gesetzes übernommen. Grundsätzlich erfährt dadurch die bisherige Regelung keine Änderungen. Die Legaldefinition der Krankenkassen bleibt unverändert. Der Begriff der sozialen Krankenversicherung ist identisch mit der Umschreibung des Geltungsbereichs nach Artikel 1a KVG, welcher nebst der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch die freiwillige Taggeldversicherung umfasst. Die Aufsicht umfasst somit die Versicherungstätigkeit der Versicherungsrisiken bei Krankheit, Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt, Mutterschaft und Erwerbsausfall im Rahmen der

freiwilligen Taggeldversicherung. Die Aufsicht umfasst somit auch "Krankenkassen", welche nur noch die Taggeldversicherung durchführen (siehe Art. 4 Abs. 1 Bst. h nachfolgend und Artikel 68 Abs. 2 KVG). Wie bereits vorstehend zu Artikel 1 Buchstabe a des Gesetzes erwähnt, wird Artikel 11 KVG aufgehoben. Für die Versicherer, welche die obligatorische Krankenversicherung durchführen können, gibt es somit keine anderen Unternehmen mehr als die in der Legaldefinition von Artikel 2 Absatz 1 genannten Krankenkassen.

Absatz 1

Krankenkassen können juristische Personen des privaten oder des öffentlichen Rechts sein. Unabhängig von ihrer Rechtsform zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie, soweit sie in einer einzigen juristischen Person sowohl die soziale Krankenversicherung als auch das Zusatzversicherungsgeschäft betreiben, auch im Bereich der Zusatzversicherungen keinen Erwerbszweck verfolgen dürfen. Sie sind ihrem Wesen nach Institutionen der Sozialversicherung und müssen die soziale Krankenversicherung als Hauptzweck durchführen. Die Anerkennung der Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde ist nach wie vor eine unerlässliche Bedingung und Teil der Legaldefinition. Dennoch wird die Legaldefinition der Krankenkassen indirekt enger gefasst, indem die zur Verfügung stehenden Rechtsformen auf die Aktiengesellschaft und die Genossenschaft eingeschränkt wird (siehe nachfolgend Artikel 4 Abs. 1 Bst. a des Gesetzes), sie können jedoch wie bisher auf Basis des öffentlichen Rechts in diesen vorgegebenen Rechtsformen ("öffentliche" Kassen) bestehen bzw. gegründet werden. Eine Gründung von Krankenkassen in diesen Rechtsformen auf kantonaler oder gar kommunaler Ebene wird somit nach wie vor möglich sein. Diese öffentlich-rechtlichen Krankenkassen würden jedoch in Konkurrenz zu den andern Krankenkassen stehen, welche auf privatrechtlicher Basis gegründet wurden.

Absatz 2

Die Krankenkassen können wie bisher Zusatzversicherungen anbieten und im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben. Diese Versicherungen unterstehen den Bedingungen des VVG und werden von der FINMA beaufsichtigt. Der entsprechende Verweis der Aufsichtszuständigkeit der FINMA wird mit der Aufgabenteilung zwischen der Versicherungsaufsicht nach diesem Gesetz und der FINMA in Artikel 34 Absatz 4 dieses Gesetzes unterstrichen. Die Absätze 2 und 3 von Artikel 12 KVG werden in Artikel 2 Absatz 2 dieses Gesetzes übernommen.

Der Vollständigkeit halber wird in Absatz 2 aufgeführt, dass die Krankenkassen auch die Kurzfristleistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) durchführen dürfen. In Artikel 70 Absatz 2 UVG ist festgehalten, dass die Krankenkassen die Versicherung der Heilbehandlung einschliesslich der Sachschäden, der Reise-, Transport- und Rettungskosten sowie des Taggeldes durchführen können.

Artikel 3 Bewilligungspflicht

Sowohl für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung als auch der Rückversicherung nach KVG ist eine Bewilligung der Aufsichtsbehörde erforderlich. Die Bewilligungspflicht ist bereits im KVG statuiert und somit nicht neu, allerdings erfolgt die Bewilligungserteilung nach KVG durch das Departement, was jetzt infolge der Neustrukturierung der Aufsichtsbehörde aber ändert (vgl. Kap. 10 dieses

Gesetzes). Die Bewilligungspflicht soll sicherstellen, dass die soziale Krankenversicherung und die soziale Rückversicherung nur anbieten darf, wer gewisse Voraussetzungen erfüllt. Die zu erfüllenden Voraussetzungen werden eigens in einem neuen Artikel aufgezählt (Art. 4).

Absatz 1

Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen Artikel 13 Absatz 1 KVG, welcher die Bewilligungspflicht zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung festhält. Zu beachten ist, dass die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung aufgrund des Geltungsbereiches nach Artikel 1 dieses Gesetzes nur noch an Krankenkassen erteilt wird, nicht aber an private Versicherungsunternehmen wie Artikel 11 Buchstabe b KVG dies noch vorsieht. Beim Ausschluss der privaten Versicherungsunternehmen handelt es sich aber um eine rein formelle Änderung, da in der Praxis bisher kein privates Versicherungsunternehmen die soziale Krankenversicherung angeboten hat (siehe Kommentar zu Art. 1).

Absatz 2

Diese Bestimmung entspricht Artikel 14 Absatz 2 KVG zur Rückversicherung. Auch wer die Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung anbieten will, muss über eine Bewilligung der Aufsichtsbehörde verfügen. Die Bewilligung ermächtigt nur zur Rückversicherung von Risiken nach KVG. Näheres dazu unter Artikel 28 ff dieses Gesetzes.

Die Aufsichtsbehörde führt eine Liste mit den zugelassenen Krankenkassen und Rückversicherern und veröffentlicht diese zu Informationszwecken.

Artikel 4 Voraussetzungen

Diese Norm enthält die Voraussetzungen, welche eine Krankenkasse erfüllen muss, damit ihr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt werden kann. Die Voraussetzungen entsprechen grösstenteils den Anforderungen nach Artikel 12 KVG, teilweise wurden die Kriterien aufgrund der gemachten Erfahrungen überarbeitet, einige wurden neu hinzugefügt. Die „neuen“ Voraussetzungen werden zum Teil aus Artikel 12 KVV übernommen, welcher die Voraussetzungen zur Anerkennung als Krankenkasse statuiert. Es ist zu beachten, dass mit dem vorliegenden Gesetz die Unterscheidung zwischen den Anerkennungs- und den Bewilligungsvoraussetzungen wegfällt, und dass der Einfachheit halber alle für eine Krankenkasse und für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung wesentlichen Voraussetzungen in einem Artikel zusammengefasst werden. Dies ist möglich, da nur noch Krankenkassen um eine Durchführungsbewilligung ersuchen können und daher für alle die gleichen Anforderungen gelten.

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

Absatz 1

Buchstabe a

Neu werden Krankenkassen nur noch in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft oder Genossenschaft anerkannt. Nicht mehr möglich wird eine Anerkennung als Verein oder Stiftung sein. Grund dafür bildet insbesondere die Stärkung der Corporate Governance Vorschriften im Rahmen der neuen Aufsichtsgesetzgebung. Dies bedeutet, dass die Aufsichtsbehörde allgemein eine allfällig erforderliche Massnah-

me gezielt gegenüber den leitenden Organen anordnen kann, ohne dass die Rechtsform des Unternehmens dem entgegen steht. Die Rechtsform des Vereins ist aufgrund der Mitgliedschaftsrechte eher schwerfällig, und es ist schwierig, auf die Führungsstruktur (Mitgliederversammlung) Einfluss nehmen zu können. Bei einer Stiftung ist aufgrund des zu einem bestimmten Zweck gewidmeten Vermögens eine Fusion mit einer anderen Krankenkasse, welche nicht auch eine Stiftung ist, aufgrund des Bundesgesetz vom 3. Oktober 2003 über Fusion, Spaltung, Umwandlung und Vermögensübertragung (Fusionsgesetz, FusG; SR 221.301) ausgeschlossen. Auch diese Rechtsform ist daher nicht flexibel und damit den heutigen Bedingungen nicht angepasst. Krankenkassen, die ihre Rechtsform den neuen Anforderungen anpassen müssen, wird eine Übergangsfrist von fünf Jahren gewährt (Art. 85).

Buchstabe b

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

Buchstabe c

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

Buchstabe d

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

Buchstabe e

Das Erfordernis einer zugelassenen externen Revisionsstelle ergibt sich aus dem Obligationenrecht und wird zudem aus der Verordnung über die Krankenversicherung übernommen (Art. 86 KVV). Die Anforderungen betreffend Zulassung der externen Revisionsstelle richten sich nach dem Bundesgesetz über die Zulassung und Beaufsichtigung der Revisorinnen und Revisoren (Revisionsaufsichtsgesetz; RAG, SR 221.302; siehe dazu insbes. Art. 6 RAG).

Buchstabe f

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

Buchstabe g

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

Buchstabe h

Auch die Pflicht zur Durchführung der Einzeltaggeldversicherung nach KVG ist bereits im KVG vorgesehen und wird beibehalten (Art. 13 Abs. 2 Bst. d KVG).

Buchstabe i

Die Pflicht zur Aufnahme jeder im örtlichen Tätigkeitsbereich versicherungspflichtigen Person gehört zu den wesentlichen Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung und wird daher aus Artikel 4 Absatz 1 KVG übernommen.

Buchstabe j

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

Absatz 2

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

Artikel 5 Übertragung von Aufgaben

Das sogenannte Outsourcing von Aufgaben der Krankenkassen ist alltäglich geworden. Gerade in grossen Konzernen werden eigens dafür Dienstleistungsgesellschaften gegründet, welche hauptsächlich administrative Tätigkeiten für die anderen Gesellschaften erledigen. Oft werden die einzelnen Unternehmen aber auch durch die Muttergesellschaften gesteuert. Die vorliegende Bestimmung hält die Aufgaben, die ausgelagert werden dürfen, abschliessend fest. Die Hilfstätigkeiten, die übertragen werden dürfen, führt das vorliegende Gesetz nicht auf, es wird jedoch festgehalten, welche Tätigkeiten nicht darunterfallen und somit nicht übertragen werden dürfen. Diese Norm soll sicherstellen, dass alle Entscheidungs- und Verantwortungsträger des Unternehmens der Krankenkasse selber angehören und damit der direkten Aufsicht der Aufsichtsbehörde sowie deren Weisungsbefugnis unterstehen.

Absatz 1

Absatz 1 hält die Aufgaben fest, welche die Krankenkassen übertragen dürfen, und er führt die Institutionen, die diese Aufgaben übernehmen dürfen, abschliessend auf; es sind dies ein anderes Unternehmen innerhalb derselben Versicherungsgruppe oder ein Verband der Krankenkassen. Mit Buchstabe a und b werden vorliegend die Aufgaben erwähnt, welche aktuell durch den Verband santésuisse wahrgenommen werden, bisher aber über keine ausdrückliche gesetzliche Grundlage verfügten. Diese durchaus sinnvollen Aufgabenübertragungen werden somit gesetzlich verankert. Andere als die aufgeführten zentralen Aufgaben dürfen nur mit dem Einverständnis der Aufsichtsbehörde übertragen werden.

Absatz 2

Hilfstätigkeiten dürfen die Krankenkassen an die in Absatz 1 erwähnten Institutionen (andere Unternehmen innerhalb derselben Versicherungsgruppe, Verband der Krankenkassen) oder aber an Dritte übertragen.

Absatz 3

In Anlehnung an Absatz 2 hält Absatz 3 fest, was nicht als Hilfstätigkeit gilt und demnach unbedingt durch die Krankenkassen selber durchgeführt werden muss. Es sind dies insbesondere die Oberleitung und Kontrolle durch den Verwaltungsrat und sonstige zentrale Führungsaufgaben, welche hier aber nicht aufgezählt werden.

Absatz 4

Der Aufsicht dieses Gesetzes unterstehen nur die in Artikel 1 dieses Gesetzes aufgeführten juristischen Personen. Die Aufsichtsbefugnis über eine Krankenkasse darf nicht dadurch beschränkt oder behindert werden, dass Tätigkeiten auf Dritte ausgelagert werden, welche der Aufsicht nicht unterstehen. Die Krankenkasse muss dafür sorgen, dass die Aufsichtsbehörde alle zur Ausübung ihrer Tätigkeit erforderlichen Informationen und Unterlagen erhält.

Artikel 6 Bewilligungsgesuch

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

Absatz 1

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

Absatz 2

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

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

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

Der Rückversicherungsplan nach Buchstabe i hat insbesondere der Name des Rückversicherers sowie den entsprechenden Vertrag zu enthalten. Die allenfalls noch notwendigen Bewilligungen sind rechtzeitig bei der Aufsichtsbehörde zu beantragen (weiteres in Art. 28 ff dieses Gesetzes).

Bei Buchstabe l betreffend Outsourcing ist zu beachten, dass die wichtigen Funktionen, welche ausgelagert werden sollen, nicht die Oberleitung, die Aufsicht, die durch den Verwaltungsrat vorgenommene Kontrolle oder zentrale Führungsaufgaben betreffen dürfen; diese sind nach Artikel 5 Absatz 3 dieses Gesetzes durch die Krankenkasse selber auszuüben.

Artikel 7 Änderungen des Geschäftsplans

Die im Geschäftsplan enthalten Elemente sind für die Aufsicht über die Krankenkassen wesentlich und dürfen daher nur mit der vorgängigen Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde geändert werden. Es ist unerlässlich, dass die Aufsichtsbehörde rechtzeitig intervenieren bzw. ein Vorhaben einer Krankenkasse nicht genehmigen kann, wenn diese durch ein Vorhaben beispielsweise die Rechte der Versicherten nicht genügend berücksichtigt, oder wenn sich die Kasse selbst in finanzielle Schwierigkeiten bringt oder gar das System gefährdet.

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

Artikel 8 Änderung der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Versichertenbestandesübertragung

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

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

Artikel 9 Beteiligungen

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

Artikel 10 Weitere Zustimmungen

Bei Änderungen der rechtlichen Struktur einer Krankenkasse sowie beim Erwerb von Beteiligungen kann zum Teil nicht nur die Zustimmung der Aufsichtsbehörde erforderlich sein, sondern beispielsweise auch diejenige der Wettbewerbskommission (WEKO). Nach Artikel 10 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 1995 über Kartelle und andere Wettbewerbsbeschränkungen (KG; SR 251) unterliegen meldepflichtige Zusammenschlüsse der Prüfung durch die WEKO, sofern sich in einer vorläufigen Prüfung Anhaltspunkte ergeben, dass sie eine marktbeherrschende Stellung begründen oder verstärken. Diesfalls kann der Zusammenschluss untersagt werden.

Währenddem die Aufsichtsbehörde den Schutz der Versicherten sowie das Funktionieren des sozialen Krankenversicherungssystems im Allgemeinen anstrebt, stehen bei der WEKO die Verhinderung schädlicher Auswirkungen von Kartellen und anderen Wettbewerbsbeschränkungen und damit die Förderung des Wettbewerbs im Interesse einer freiheitlichen marktwirtschaftlichen Ordnung im Vordergrund. Die Zustimmung der Aufsichtsbehörde und diejenige der WEKO verfolgen unterschiedliche Ziele und stehen daher in keinem Zusammenhang. Die Zustimmung der Aufsichtsbehörde zu einer Fusion beispielsweise greift demnach dem Entscheid der WEKO in dieser Sache nicht vor und kann durch diese immer noch untersagt werden.

Artikel 11 Ausgabenumlageverfahren

Der Grundsatz, wonach die Finanzierung im Ausgabenumlageverfahren erfolgt, entspricht im Wesentlichen dem ersten Satz in Artikel 60 Absatz 1 KVG. Neu erhält der Finanzierungsgrundsatz im Gesetz einen separaten Artikel, wodurch die Transparenz erhöht wird. Das heute in der sozialen Krankenversicherung geltende Ausgabenumlageverfahren soll auch unter dem neuen Recht beibehalten werden. Dies bedeutet, dass die laufenden Ausgaben grundsätzlich durch die laufenden Einnahmen zu decken sind. In der sozialen Krankenversicherung müssen die Prämien so festgesetzt werden, dass damit die für die gleiche Periode geschuldeten Leistungen gedeckt werden können. Ob dies tatsächlich der Fall ist, wird aufgrund der Jahresrechnung festgestellt. Aus den Einnahmen sind aber auch Rückstellungen und Reserven zu bilden.

Das Ausgabenumlageverfahren gilt auch für die sozialen Rückversicherer und für die freiwillige Taggeldversicherung (vgl. Art. 75 Abs. 1 KVG).

Artikel 12 Risikobasierte Reserven

Die gesetzliche Grundlage für die Reserven befindet sich bisher in Artikel 60 Absatz 1 KVG. Neu wird für die Vorschriften betreffend Reserven ein separater Gesetzesartikel geschaffen. Bereits für Mitte 2011 ist geplant, mit einer Revision der KVV auf eine risikobasierte Reservenberechnung umzustellen. Mit dem Gesetz wird die risikobasierte Reservenberechnung auf Gesetzesstufe verankert. Ziel der risikobasierten Reserveberechnung ist es, die Transparenz und die Sicherheit zu erhöhen.

Der erste Satz orientiert sich im weitesten Sinn an Artikel 60 Absatz 1 KVG. Die heute ebenfalls unter Artikel 60 Absatz 1 KVG geregelten Rückstellungen und der Finanzierungsgrundsatz werden neu in separaten Artikeln geregelt. Die Versicherer haben aus ihren Einnahmen Reserven zu bilden. Den Reserven stehen keine eigent-

lichen Verpflichtungen gegenüber, sie sollen die längerfristige Zahlungsfähigkeit des Versicherers garantieren, indem sie die Risiken abdecken, die eine Krankenkasse dadurch eingeht, dass sie das Geschäft betreibt. Im zweiten Satz werden die Risiken, welche die Versicherer zur Ermittlung ihres Reservebedarfs berücksichtigen müssen, mit den offenen Rechtsbegriffen Versicherungs-, Markt- und Kreditrisiken umschrieben. Die risikobasierte Reserveberechnung muss auf Verordnungsstufe konkretisiert werden. Diese Bestimmungen können dabei aus dem auf Mitte 2011 revidierten Artikel 78 ff KVV übernommen werden, mit dem die risikobasierte Reservenberechnung eingeführt wurde.

Artikel 13 Rückstellungen

Die gesetzliche Grundlage für die Rückstellungen der Krankenkassen befindet sich bisher in Artikel 60 Absatz 1 KVG. Allerdings wird dort statt von "Rückstellungen" von "Reserven für bereits eingetretene Krankheiten" gesprochen. Erst auf Verordnungsstufe (Art. 83 KVV) findet man heute den treffenderen Begriff "Rückstellungen". Mit dem neuen Gesetz wird bereits auf Gesetzesstufe der Begriff "Rückstellungen" eingeführt und ein separater Gesetzesartikel zu den Rückstellungen geschaffen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, angemessene Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle zu bilden. Die Rückstellungen müssen also nicht wie bis anhin in Artikel 60 Absatz 1 KVG erwähnt "ausreichend", sondern neu "angemessen" hoch sein. Damit soll aufgezeigt werden, dass es nicht angeht, dass Krankenkassen übermässige Rückstellungen bilden, mit dem einzigen Zweck, stille Reserven zu schaffen. "Angemessen" meint also, dass die zulässige Rückstellungshöhe sowohl gegen oben als auch gegen unten gewisse Begrenzungen hat. Nach wie vor ist jedoch der individuelle Rückstellungsbedarf der Krankenkassen entscheidend zur Beurteilung der Angemessenheit. Der Rückstellungsbedarf kann sich nämlich von Krankenkasse zu Krankenkasse unterscheiden und hat in den vergangenen Jahren, beispielsweise aufgrund der Einführung der elektronischen Leistungsabrechnung, abgenommen. Es ist daher nicht sinnvoll, die Höhe der Rückstellungsquote im Gesetz oder der Verordnung vorzugeben. Vielmehr haben die Krankenkassen die Rückstellungen nach aktuariellen Grundsätzen zu bestimmen.

Artikel 14 Gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung

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

Absatz 1

Die Regelung wurde dem Artikel 17 Absatz 1 VAG entnommen und leicht modifiziert. Das KVG enthält keine Bestimmung zur Sicherstellung der Ansprüche der Versicherten durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung. Bis anhin gibt es zu diesem Zweck lediglich den von der gemeinsamen Einrichtung

KVG verwalteten Insolvenzfonds, welcher die Kosten für die gesetzlichen Leistungen übernimmt (Art. 18 Abs. 2 KVG).

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

Absatz 2

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

Absatz 3

Die Werte des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung dienen der Sicherstellung bzw. der Befriedigung der Ansprüche aus Versicherungs- und Rückversicherungsverträgen. Für die Werte, die dem gebundenen Vermögen zugeordnet werden, muss ein separates Depot eingerichtet werden. Wenn eine Krankenkasse beispielsweise den gesetzlichen Bestimmungen nicht nachkommt, hat die Aufsichtsbehörde zudem die Möglichkeit, das gebundene Vermögen, zum Schutz der versicherten Personen, zu verwerten (vgl. Art. 39 Abs. 2 Bst. e).

Artikel 15 Genehmigung der Prämientarife

Die Grundsätze zur Prämienfestlegung und die Rabattierungsvorschriften werden im KVG bzw. in der KVV belassen und finden keinen Eingang in dieses Gesetz. Dasselbe gilt für die relevanten Bestimmungen betreffend Prämienverbilligung, Prämien EU und Prämienverbilligung in der EU (Art. 61 Abs. 4 KVG; Art. 61a KVG, Art. 65-66a KVG und die dazugehörigen Verordnungsbestimmungen). Um die Transparenz zu erhöhen, wird ein eigener Artikel betreffend Prämiengenehmigung im Gesetz eingeführt. Die Prämiengenehmigung wird in Artikel 61 Absatz 5 KVG dem Bundesrat übertragen. Der Bundesrat hat diese Kompetenz der Aufsichtsbehörde übertragen. Aus diesem Grunde genehmigt die Aufsichtsbehörde die Prämien im Rahmen der Aufsicht (vgl. Art. 92 KVV). Gesetz und Verordnung sind im heutigen Recht nicht aufeinander abgestimmt. Dies soll mittels Schaffung einer klaren Delegationsnorm geändert werden. Wie im geltenden Recht bildet der vorliegende Artikel die gesetzliche Grundlage für sämtliche Verordnungsbestimmungen zum Prämiengenehmigungsverfahren. Das heute in Artikel 61 Absatz 5 KVG vorgesehene Recht der Kantone, vor der Genehmigung eine Stellungnahme zu den Prämientarifen der Krankenkassen abzugeben, wird nicht in das neue Aufsichtsgesetz übernommen. Die Zuständigkeit für die Prämiengenehmigung liegt, wie die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung, beim Bund. Da das Prämiengenehmigungsverfahren generell vereinfacht und auf klare Kriterien abgestellt wird, ist eine Mitwirkung der Kantone nicht mehr notwendig.

Absatz 1

Die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Einzeltaggeldversicherung dürfen erst nach erfolgter Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde angewendet werden. Die Prämientarife der Krankenkassen haben vor der Genehmigung keine Gültigkeit. Die Genehmigung der Prämien durch die Aufsichtsbehörde hat konstitutive Wirkung.

Absatz 2

Absatz 2 beschreibt die Grundsätze, nach welchen die Prämien geprüft werden. Die Prämien müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen einhalten und die Solvenz der Krankenkassen gewährleisten. Sie dürfen zudem nicht missbräuchlich sein. Unter "missbräuchlichen Prämien" versteht man einerseits Prämien, welche die zu erwartenden Kosten des gleichen Jahres nicht decken und andererseits Prämien, die so angesetzt sind, dass sie zu übermässiger Reserven- oder Rückstellungsbildung beitragen. Mittels konsequent kostendeckenden Prämien erübrigt sich die Quersubventionierung mittels Gelder aus anderen Versicherungszweigen oder der Holding. Übermässige Reserven- und Rückstellungsbildung sind aus folgenden Gründen störend: Erstens ist die soziale Krankenversicherung im Ausgabenumlageverfahren finanziert, zweitens handelt es sich bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um eine obligatorische Sozialversicherung.

Absatz 3

Die Nichtgenehmigung der Prämien sowie das Verfügen einer angemessenen Prämie durch die Aufsichtsbehörde sind heute nicht explizit im KVG und seinen Ausführungsbestimmungen geregelt. Es ist lediglich festgehalten, dass die Prämien der Genehmigung bedürfen und dass nicht genehmigte Prämien nicht angewandt werden dürfen. Mit der neuen Bestimmung erhält die Aufsichtsbehörde nun ausdrücklich die Kompetenz, Prämien nicht zu genehmigen und gleichzeitig angemessene Prämien zu verfügen (vgl. Art. 16 dieses Gesetzes).

Buchstabe a

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

Buchstabe b

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

Buchstabe c

Die Prämien sollten idealerweise weder zu hoch noch zu tief sein sondern kostendeckend. Wenn die Prämien zu hoch sind, führt dies zur Anhäufung von Reserven respektive Rückstellungen, was aber infolge des hier geltenden Ausgabenumlageverfahrens, welches bestimmt, dass die laufenden Ausgaben grundsätzlich durch die laufenden Einnahmen zu decken sind (vgl. Art. 11 dieses Gesetzes), nicht Sinn und Zweck der sozialen Krankenversicherung ist.

Artikel 16 Nichtgenehmigung der Prämientarife

Absatz 1

Mit der Bestimmung in Absatz 1 wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass die Aufsichtsbehörde eigens eine Prämie nach der wirtschaftlichen Situation der Kasse festlegt und verfügt. Wird die Nichtgenehmigung der Prämie verfügt, muss dies bereits heute begründet werden. D.h. die Aufsichtsbehörde muss heute auch ohne direkte Verfügung der Prämie wissen, was sie an der eingegebenen Prämie beanstandet und welche Prämie sie als angemessener erachtet. Bisher stellte sich das Problem, dass bei Nichtgenehmigung einer Prämie eine weitere Prämieeingabe durch die Krankenkasse und eine erneute Prämienprüfung und -genehmigung durch die Aufsichtsbehörde erfolgen müsste. Aufgrund der geltenden Fristen für die Information der Versicherten und die Kündigung der Versicherung ist jedoch die Zeit für eine solche weitere Genehmigungsrunde zu knapp. Auch diesem Problem wird neu mit dem direkten Verfügen einer Prämie begegnet. Heute schon übernimmt die Aufsichtsbehörde bei der Genehmigung der Prämientarife eine gewisse Verantwortung. Die mit der Festlegung der Prämien zusätzlich übernommene Verantwortung wird als vertretbar angesehen.

Absatz 2

Mit der Verfügung der Prämie ist aber noch nicht geregelt, welche Prämie im Beschwerdefall zur Anwendung kommt bis ein rechtskräftiges Urteil gefällt wird. Im Absatz 2 wird der Aufsichtsbehörde die Kompetenz übertragen, im Beschwerdefall die höhere von beiden als die provisorisch, bis zum Gerichtsurteil anwendbare, Prämie festzulegen. Auf diese Weise wird verhindert, dass eine Krankenkasse bei den Versicherten Prämiennachforderungen vornehmen muss, und es kommt damit höchstens zu Rückzahlungen der zu viel bezahlten Prämien an die Versicherten.

Artikel 17 Rückerstattung von übermässigen Prämieeinnahmen

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

Absatz 1

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

Absatz 2

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

Artikel 18 Modalitäten der Rückerstattung

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

Artikel 19 Verwaltungskosten

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

Absatz 1

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

Absatz 2

Die Auslagen für Makler und weitere Vermittler sowie für die Werbung, welche die Versicherer betreiben, um neue Versicherte zu akquirieren, werden in den Verwaltungskosten der Versicherer verbucht. Erfahrungen haben gezeigt, dass die Personen, die diese Akquisition betreiben, zu stets aggressiveren Methoden greifen. Aus diesem Grund wird der Bundesrat in Artikel 19 Absatz 2 ermächtigt, auf diesem Gebiet Vorschriften zu erlassen. Ziel ist der Schutz der Versicherten vor der Risiko-selektion der durch die Versicherer beauftragten Vermittler, aber auch Einsparungen auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung zu erzielen. Daher erhält der Bundesrat die Kompetenz, insbesondere die Vermittlergebühren zu limitieren. Zudem kann er Vorschriften betreffend der Werbekosten erlassen.

Artikel 20 Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit

Im geltenden KVG gibt es keine Möglichkeit der Kontrolle von beruflicher Eignung und moralischer Unbescholtenheit der obersten Leitungsorgane der Krankenkassen. Angesichts der Forderung nach einer stärkeren Professionalisierung und der Berücksichtigung von wirtschaftsethischen Grundsätzen im Krankenkassenbereich, erscheint es notwendig, künftig eine besondere Bestimmung zu den Anforderungen vorzusehen, welche die Entscheidungs- und/oder Verantwortungsträger einer Krankenkasse erfüllen müssen. Die Aufsichtsbehörde hat dabei nicht nur die Kompetenz zur Festlegung der erforderlichen beruflichen Fähigkeiten von Einzelpersonen zu beachten: Es ist auch denkbar, dass gestützt auf diese Bestimmung Anforderungen an die Qualifikation der betreffenden Organe gestellt werden. Beispielsweise sollte die Mehrheit des Verwaltungsrates über ein ausgewiesenes Versicherungsfachwissen verfügen.

Dieser Artikel lehnt sich generell an Artikel 14 VAG an. Der Absatz 3 ist dem Artikel 13 der Verordnung vom 9. November 2005 über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (Aufsichtsverordnung, AVO; SR 961.011) AVO nachgebaut und Absatz 4 orientiert sich an Artikel 53a BVG, wenn auch in stark abgeänderter Form. Diese Bestimmung bildet die formellgesetzliche Grundlage für sämtliche Verordnungsbestimmungen zu Corporate Governance.

Absatz 1

Nach Absatz 1 benötigt die Führung einer Sozialversicherung spezifisches Know-how und persönliche wie fachliche Qualifikationen, um eine einwandfreie Geschäftstätigkeit zu gewährleisten. Neu werden solche Anforderungen gesetzlich verankert.

Absatz 2

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

Absatz 3

Doppelmandate, das heisst, dass eine Person gleichzeitig dem Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung vorsitzt, werden verboten. Doppelmandate gelten heute gemäss breit akzeptierten Corporate Governance-Grundsätze nicht mehr als ideale Führungsmethoden, denn sie benötigen zusätzliche Kontrollmechanismen und verstossen gegen das Prinzip von Checks and Balances.

Absatz 4

Im Gegensatz zum VAG soll diese Bestimmung auf gesetzlicher Ebene verankert werden. Gerade in der sozialen Krankenversicherung gilt es, Interessenkonflikte zu vermeiden, da es sich um eine Sozialversicherung handelt. Aus diesem Grund wird der Bundesrat in Absatz 4 befugt, zusätzliche Bestimmungen zur Offenlegung von Interessenbindungen und zur Vermeidung von Interessenkonflikten zu erlassen.

Artikel 21 Offenlegung der Entschädigung

Die Offenlegung von Entschädigungssummen an Mitglieder des Verwaltungsrates beziehungsweise an den Vorstand oder die Geschäftsleitung einer Krankenkasse und

von Entschädigungsformen ist ein akzeptierter Grundsatz der Corporate Governance. Informationen zu den Löhnen der obersten Entscheidungsgremien werden bereits von vielen Krankenkassen freiwillig im Geschäftsbericht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Mit dem neuen Gesetz werden die Krankenkassen verpflichtet, die Gesamtsumme der Entschädigungen des Verwaltungsrates bzw. des Vorstandes wie auch der Geschäftsleitung offenzulegen. Eine solche Offenlegungspflicht erhöht die Transparenz und wurde auch politisch bereits gefordert (vgl. Postulat Teuscher 08.3318 und Motion Giezendanner 10.3799).

Artikel 22 Risikomanagement

Absatz 1

Analog zur Botschaft zum VAG vom 9.5.2003 (BBl **2003** 3789) gilt auch für dieses Gesetz, dass die speziellen Organisationsanforderungen, welche die Aufsicht an Krankenkassen stellt, nicht abstrakt definiert werden. Verlangt wird vielmehr eine Organisation, welche ein alle wesentlichen Risiken des Unternehmens erfassendes Risikomanagement erlaubt. Im Fokus stehen primär die qualitativen Kriterien. Unter Risikomanagement wird die Erfassung, Beurteilung und Berücksichtigung der Risiken verstanden. Dies bedeutet, dass eine Krankenkasse auch in der Lage sein muss, die finanziellen Risiken gegebenenfalls zu limitieren. Die Quantifizierung der Risiken erfolgt im Rahmen der risikobasierten Reserveberechnung.

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

Absatz 2

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

Artikel 23 Interne Überwachung der Geschäftstätigkeit

Dieser Artikel entspricht im Wesentlichen Artikel 27 VAG. Das Interne Kontrollsystem (IKS) umfasst die unternehmensintern angeordneten Vorgänge, Methoden und Massnahmen, die dazu dienen, eine angemessene Sicherheit bezüglich der Risiken der Geschäftsführung zu gewährleisten. Dabei ist insbesondere an die Wirksamkeit von Geschäftsprozessen, die Zuverlässigkeit der finanziellen Berichterstattung und die Befolgung von Gesetz und Vorschriften zu denken. Da die beaufsichtigten Krankenkassen von ganz unterschiedlicher Grösse und entsprechender Komplexität in der Ausgestaltung ihrer Organisation sind, kann nicht von allen Kassen ein gleiches IKS verlangt werden. In Ergänzung dazu müssen die Krankenkassen über eine von der Geschäftsführung unabhängige interne Revisionsstelle verfügen. Von dieser Pflicht kann sie die Aufsichtsbehörde jedoch in begründeten Einzelfällen befreien (Abs. 2). Der Bericht, der von der internen Revisionsstelle erstellt wird, ist der externen Revisionsstelle einzureichen. Damit soll sichergestellt werden, dass die externe Revisionsstelle von den Erkenntnissen der internen Revision profitieren kann (Abs. 3).

Artikel 24 Berichterstattung

Um über ihre Tätigkeit Rechenschaft abzulegen, werden Krankenkassen und soziale Rückversicherer wie bisher angehalten, jeweils per Ende Jahr, einen Geschäftsbericht, gemäss den geltenden Bestimmungen zu erstellen. Der Geschäftsbericht ist im KVG in Artikel 60 Absatz 5 KVG und Artikel 85 KVV geregelt. Der vorliegende Artikel lehnt sich im Aufbau an Artikel 25 VAG an.

Absatz 1

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

Die Pflicht zur Erstellung einer Konzernrechnung ergibt sich für Konzerne mit Sitz in der Schweiz aus Artikel 663e OR. Der Aufsichtsbehörde muss dieser Bericht von der Konzernzentrale eingereicht werden.

Absatz 2

Die Verstärkung der Solvenzkontrolle hat zur Folge, dass die Unternehmen der Aufsichtsbehörde die Berichterstattung möglichst früh unterbreiten müssen. Die Krankenkassen haben der Aufsichtsbehörde jährlich bis zum 31. März einen Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr einzureichen. Die Bestätigung über die Genehmigung der Rechnung kann bis zum 30. Juni nachgereicht werden. Betreffend Fristen in Zusammenhang mit der Einreichung des Geschäftsberichts wird die bisherige Praxis fortgeführt.

Absatz 3

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

Absatz 4

Gemäss Artikel 60 KVG hat der Bundesrat die Kompetenz, Bestimmungen über die Rechnungslegung zu erlassen. Mit den Ausführungen der Artikel 81 bis 85a KVV hat er davon Gebrauch gemacht.

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

Im Gegensatz zum geltenden Recht, sollen künftig die geltenden Rechnungslegungsvorschriften von der Aufsichtsbehörde als verbindlich erklärt werden. Gemäss Artikel 82 KVV ist es bisher die Aufgabe der Krankenkassen, gemeinsam, einen einheitlichen Kontenplan und einheitliche Regeln für die Rechnungsführung zu erarbeiten und diese der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung einreichen. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass diese Regelung unpraktikabel ist und der benötigte Kontenplan nicht in angemessener Zeit an die aktuellen Entwicklungen in der Branche angepasst werden kann. In der Verordnung zu diesem Gesetz sollen Bestimmungen betreffend Kontenplan und Kontierungsrichtlinien festgelegt und konkretisiert werden.

Die Aufsichtsbehörde hat weiterhin die Kompetenz, Anforderungen an die Berichtserstattung zuhanden der Aufsichtsbehörde zu stellen. Insbesondere kann die Aufsichtsbehörde Weisungen dazu erlassen, in welcher Form und in welchem Detaillierungsgrad die Jahresrechnung einzureichen ist.

Artikel 25 Externe Revisionsstelle

Absatz 1

Das KVG enthält keine Regeln zur Rolle und zu den Aufgaben der externen Revisionsstelle. Von nun an sind die Krankenkassen und die Rückversicherer nach Artikel 6 bzw. Artikel 30 verpflichtet, eine zugelassene externe Revisionsstelle zu bezeichnen, die eine ordentliche Revision gemäss Artikel 727 OR vornehmen muss. Damit lässt sich erhöhte Transparenz bei der Führung der Krankenkassen, eine vermehrte Beachtung der Verhaltensregeln sowie eine bessere Nachverfolgung der Geschäfte erreichen.

Absatz 2

Nach Absatz 2 legt der Bundesrat die Bedingungen für die "Zulassung" der externen Revisionsstelle fest. Er kann dabei eine der Kategorien auswählen, die in Artikel 15 des Bundesgesetzes über die Zulassung und Beaufsichtigung der Revisorinnen und Revisoren (RAG) beschrieben sind.

Artikel 26 Aufgaben der externen Revisionsstelle

In dieser Bestimmung sind die Aufgaben der externen Revisionsstelle genauer festgelegt, insbesondere in Bezug auf die Jahresrechnung. Nach Absatz 2 kann die Aufsichtsbehörde die externe Revisionsstelle mit der Durchführung von besonderen Prüfungen beauftragen; die Kosten dieser Prüfungen tragen die betreffenden Krankenkassen und sozialen Rückversicherer. Dabei handelt es sich um punktuelle Aufträge. Denn die Aufsichtsbehörde muss in bestimmten Situationen, zum Beispiel, wenn sie über Informationen verfügt, die bestätigt oder widerlegt werden müssen, die Möglichkeit haben, den externen Revisionsstellen besondere Aufträge zu erteilen. Absatz 3 verpflichtet die externen Revisionsstellen, einen Bericht über ihre Untersuchung und ihre allfälligen Feststellungen zu erstellen. Die Anforderungen, die derzeit in Artikel 87 KVV festgelegt sind, wurden somit sinngemäss in das Gesetz übernommen.

Artikel 27 Meldepflicht der externen Revisionsstelle

Die Informationen, über die die externe Revisionsstelle verfügt, sind nicht nur im Bereich der eigentlichen Aufsicht, sondern auch im Hinblick auf einen wirksamen Schutz der Versicherten von grosser Bedeutung. Neben Straftaten (z. B. Betrug, ungetreue Geschäftsführung, Urkundenfälschung), schwerwiegenden Unregelmässigkeiten (wie eine falsche Anwendung der Prämien- oder der Leistungstarife), Verstössen gegen die Grundsätze einer einwandfreien Geschäftstätigkeit (z. B. Verhalten, das nicht der Lauterkeitserklärung im Rahmen der Corporate Governance entspricht) sowie Sachverhalten, die die Solvenz der Krankenkasse oder des sozialen Rückversicherers gefährden können, muss die Prüfgesellschaft deshalb der Aufsichtsbehörde auch jene Sachverhalte unverzüglich melden, die geeignet sind, die

Interessen der Versicherten zu beeinträchtigen (z. B. das Einfordern eines Prämienbetrags, der höher ist, als ihn die Aufsichtsbehörde genehmigt hat). Eine Überprüfung durch die externe Revisionsstelle kann sich auch auf die Verletzung von Datenschutzvorschriften oder eine unzureichende Beachtung des Datenschutzes durch den Versicherer beziehen.

Artikel 28 Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung

Die juristischen Personen, welche Versicherungsrisiken der Krankenkassen rückversichern dürfen, werden im Gesetz abschliessend genannt. Es sind:

- Krankenkassen gemäss Artikel 2 mit einem vom Bundesrat festgelegten Mindestbestand an Versicherten.
- Soziale Rückversicherer gemäss Artikel 31. Dies sind Rückversicherer, die ausschliesslich die Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung betreiben und von der Aufsichtsbehörde anerkannt sind. Unter dem aktuellen Recht gibt es in der Praxis keinen solchen Rückversicherer.
- Private Versicherer, die nach VAG zur Rückversicherung zugelassen sind. Diese Rückversicherer verfügen nebst der Bewilligung zum VVG-Rückversicherungsgeschäft auch über eine Bewilligung zum Betreiben der sozialen Rückversicherung. Sie unterstehen institutionell der FINMA. Die Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz überwacht nur die Verträge im Bereich der sozialen Krankenversicherung.

Artikel 29 Bewilligungsvoraussetzungen

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

Artikel 30 Bewilligungsgesuch

Eine Gesellschaft, welche die Versicherungsrisiken der sozialen Krankenversicherung rückversichern will, hat der Aufsichtsbehörde ein Gesuch zu stellen und den Geschäftsplan beizulegen. Der Geschäftsplan wird in Anlehnung an das VAG übernommen und stimmt weitgehend mit den Vorgaben von Artikel 6 Absatz 2 dieses Gesetzes überein (vgl. Kommentar zu Artikel 6). Die Geschäftspläne sind die bestimmenden Kriterien, welche über Organisation, Geschäftsführung, Risikokontrolle, finanzielle Situation, der zu versichernden Risiken und Retrozessionen verbindlich Auskunft geben.

Artikel 31 Soziale Rückversicherer

Dieser Artikel spezifiziert den Rückversicherer in der Ausprägung als sozialer Rückversicherer. Ein sozialer Rückversicherer darf nur die soziale Krankenversicherung rückversichern. Es ist ihm nicht erlaubt, zusätzlich zur Grundversicherung beispielsweise auch das Zusatzversicherungsgeschäft in der gleichen rechtlichen

Organisationseinheit zu betreiben. Will ein sozialer Rückversicherer auch das Zusatzversicherungsgeschäft rückversichern, so ist er verpflichtet, dieses Geschäft in eine separate juristische Gesellschaft auszulagern, welche institutionell der Aufsicht der FINMA unterstellt ist.

Die gegenüber früher klareren Schnittstellen zwischen VAG und KVAG gerade auch im Rückversicherungsgeschäft sind nicht zuletzt deshalb möglich geworden, als erst mit Inkraftsetzen des neuen VAG per 1.1.2006 das Rückversicherungsgeschäft neu umfassend geregelt wurde.

Absatz 2

Analog zu den Krankenkassen, die keinen Erwerbszweck verfolgen dürfen, sind auch die Mittel der sozialen Rückversicherer zweckgebunden.

Artikel 32 Anwendbare Regelungen auf die soziale Rückversicherer

Für die sozialen Rückversicherer gelten im Wesentlichen die gleichen Auflagen und Anforderungen, wie sie an die Krankenkassen gestellt werden. So sind sie auch im Ausgabeumlageverfahren finanziert und haben analoge Anforderungen an die Reserven und Rückstellungen zu erfüllen. Auch die Artikel zur Good Governance, zum Geschäftsbericht und zur Rechnungslegung sind sinngemäss anwendbar. Wie alle Krankenkassen, müssen auch die sozialen Rückversicherer die Ansprüche aus den Versicherungsverträgen mit einem gebundenen Vermögen sichern, und zudem müssen sie über eine den Vorgaben für die Krankenkassen entsprechende externe Revisionsstelle verfügen und Änderungen der rechtlichen Struktur sowie Vermögensübertragungen der Aufsichtsbehörde melden respektive durch diese bewilligen lassen.

Artikel 33 Rückversicherungsverträge

Absatz 1

Wie für die Krankenkassenprämien gilt auch für die Rückversicherungsverträge, dass die Prämien kostendeckend sein müssen. Zudem müssen sie den übernommenen Risiken entsprechen. Gemäss Artikel 6 Absatz 2 Buchstabe i sind die Rückversicherungsverträge Bestandteil des Geschäftsplanes der Krankenkassen. Gemäss Artikel 7 sind die Änderungen des Geschäftsplanes genehmigungspflichtig. Damit unterstehen auch Rückversicherungsverträge einer Genehmigungspflicht durch die Aufsichtsbehörde

Absatz 2

Der Bundesrat legt, analog der geltenden Regelung im KVV, den Mindestanteil der Versicherungsrisiken fest, welchen die Krankenkassen selber übernehmen müssen. Damit soll verhindert werden, dass eine Krankenkasse einem Rückversicherer ihr ganzes Versicherungsrisiko weitergibt und sich so den Anforderungen dieses Gesetzes entziehen kann. Nach KVG ist der Selbstbehalt der Krankenkassen auf mindestens 50% der von den Versicherten geschuldeten Prämien fixiert.

Artikel 34 Aufgaben

Die Aufgaben der Aufsichtsbehörde betreffen zwei Bereiche: einerseits den Schutz der Versicherten und andererseits die Solvenz der Krankenkassen und der sozialen Rückversicherer. Auch dieser zweite Teil der Aufsicht soll den Schutz der Versicherten gewährleisten, da die finanzielle Lage eines Versicherers die Situation seiner Versicherten beeinflusst. Die Aufzählung der in Artikel 34 Absatz 1 genannten Aufgaben ist nicht abschliessend.

Die Überprüfung der einwandfreien Geschäftstätigkeit der Krankenkassen und sozialen Rückversicherer bedeutet, dass die beaufsichtigten Rechtsträger der Aufsichtsbehörde alle Auskünfte erteilen und alle Unterlagen abgeben müssen, die diese benötigt. Die Aufsichtsbehörde muss somit auf Verlangen insbesondere einen Strafregisterauszug der Mitglieder des Verwaltungsrats und der Geschäftsleitung erhalten, damit sie überprüfen kann, ob diese Personen die vom Bundesrat festgelegten Kriterien erfüllen. Weigert sich eine Krankenkasse oder ein sozialer Rückversicherer, die erforderlichen Informationen oder Unterlagen abzugeben oder hegt die Aufsichtsbehörde aus anderen objektiven Gründen den Verdacht, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit nicht erfüllt sind, kann sie als sichernde Massnahme die Abberufung der betreffenden Person verlangen (Art. 39 Abs. 2 Bst. f).

Der Schutz der Versicherten gegen Missbräuche (Art. 34 Abs. 1 Bst. e) ist auf Verhaltensweisen ausgerichtet, die zwar keinen Verstoß gegen die gesetzlichen Bestimmungen darstellen, aber einer unlauteren Haltung der Krankenkassen oder der sozialen Rückversicherer entsprechen. Dies betrifft insbesondere jene Bereiche, in denen die Versicherer über einen gewissen Spielraum verfügen. Zu erwähnen ist beispielsweise die Frist für die Vergütung der Leistungen. Das Gesetz schreibt diesbezüglich keine Frist vor und in der Praxis hat sich die Regel der angemessenen Frist etabliert, die der Zahl der vom Versicherer zu bearbeitenden Rechnungen und der Schwierigkeit des konkreten Falls Rechnung trägt. Ein einzelner Fall darf allerdings noch nicht als missbräuchliches Verhalten des Versicherers gewertet werden. Die Aufsichtsbehörde darf erst dann auf einen Missbrauch schliessen, wenn sie feststellt, dass sich eine Situation wiederholt.

Artikel 34 Absatz 2 übernimmt den derzeitigen Artikel 21 Absatz 3 KVG. Da der Zweck des Gesetzes darin besteht, die Aufsicht über die Krankenversicherer zu stärken, werden die bestehenden Instrumente, die sich bewährt haben, logischerweise beibehalten. So kann die Aufsichtsbehörde den Versicherern Weisungen erteilen, deren Nichteinhaltung sanktioniert werden kann (Art. 82). Sie kann auch Inspektionen durchführen, ohne dies der Krankenkasse oder dem Rückversicherer im Voraus mitzuteilen. Die Pflicht der beaufsichtigten Rechtsträger, der Aufsichtsbehörde alle notwendigen Informationen abzugeben, ist an sich in der Auskunftspflicht nach Artikel 35 enthalten. Angesichts ihrer Bedeutung wird sie jedoch in Artikel 34 Absatz 2 nochmals betont. Behindert eine Krankenkasse oder ein sozialer Rückversicherer eine Kontrolle, indem sie zum Beispiel die Abgabe der Informationen verweigern, droht ihnen die in Artikel 81 Absatz 1 Buchstabe f vorgesehene Strafe.

Gestützt auf Artikel 34 Absatz 3 kann die Aufsichtsbehörde Dritte beiziehen, um die Einhaltung des Aufsichtsrechts zu überprüfen. Dabei handelt es sich um Fachleute mit spezifischen Kenntnissen, die der Aufsichtsbehörde abgehen. Artikel 26 Absatz 2 ermöglicht der Aufsichtsbehörde bereits, der Revisionsstelle besondere Aufträge zu erteilen. Artikel 34 Absatz 3 dehnt diese Möglichkeit auf weitere Dritte aus: private Anwaltskanzleien, Audit-Unternehmen. Ausser in Situationen, in denen die Aufsichtsbehörde unter Zeitdruck handeln muss, wird der beaufsichtigte Rechtsträ-

ger angehört, bevor der Dritte bestimmt und dessen Aufgabe auf dem Verfügungsweg festgelegt wird.

Artikel 34 Absatz 4 übernimmt Artikel 21 Absatz 2 KVG und verpflichtet die Aufsichtsbehörde und die FINMA, ihre Tätigkeiten zu koordinieren. Diese Koordinationspflicht geht über die Amtshilfe und den Datenaustausch hinaus, die in Artikel 36 vorgesehen sind, da sie von der FINMA ein aktives Verhalten verlangt, während diese im Rahmen von Artikel 36 Absatz 2 dem Ersuchen der Aufsichtsbehörde entspricht. Es werden sich Situationen ergeben, in denen die FINMA die Initiative für die Koordination ergreifen muss, zum Beispiel, weil sie vor der Aufsichtsbehörde Kenntnis von einem Fall erhält, der in die Zuständigkeit der beiden Behörden fällt. Zudem informieren sich die beiden Aufsichtsbehörden, wenn sie Vorkommnisse erfahren, die für die andere Aufsichtsbehörde bedeutend sein können.

Artikel 35 Auskunftspflicht

Diese Bestimmung orientiert sich weitgehend am Artikel 21 Absatz 3 und 4 KVG und regelt das Verhältnis des Informationsflusses von den Versicherern zur Aufsichtsbehörde. Sie ergänzt Artikel 24, wo die Berichterstattung der Krankenkassen geregelt ist.

Die Folgen der Nichteinhaltung der Auskunftspflicht (Sanktionsrecht) sind im ersten Abschnitt des 10. Kapitels unter dem Titel "Strafbestimmungen" geregelt.

Absatz 1

Die Auskunftspflicht dient als eigentlicher Dreh- und Angelpunkt einer Aufsichtstätigkeit. Die direkt beaufsichtigten Krankenkassen und sozialen Rückversicherer sind verpflichtet, der prüfenden Aufsichtsbehörde, der von ihr beauftragten Person oder der externen Revisionsstelle die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen, welche zur Überwachung der Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendig sind. Da bereits Artikel 24 regelt, dass die Krankenkassen den Geschäftsbericht innert Frist bei der zuständigen Aufsichtsbehörde einreichen müssen, handelt es sich bei den „erforderlichen Auskünften“ von Absatz 1 dieser Bestimmung insbesondere um ergänzende Informationen zu Gunsten der Aufsichtsbehörde (beispielsweise: zusätzliche Informationen zu den Jahresrechnungen etc.).

Absatz 2

Die Bestimmung beinhaltet die Pflicht der Krankenkassen und sozialen Rückversicherer gegenüber der Aufsichtsbehörde alle Angaben zu machen, welche im Rahmen der Versicherungstätigkeit anfallen. Es geht dabei nicht um Angaben im Rahmen der Überwachung der Tätigkeit der Aufsichtsbehörde im Sinne des Auftrags, wie in Absatz 1 dieser Bestimmung. Absatz 2 gewährleistet vielmehr, dass die Krankenkassen und Rückversicherer verpflichtet sind, der Aufsichtsbehörde die notwendigen statistischen Daten zukommen zu lassen, um die Umsetzung der Vorgaben des KVG und dieses Gesetzes zu gewährleisten.

Absatz 3

Das Finanzmarktaufsichtsgesetz vom 22. Juni 2007 (FINMAG, SR 956.1) sieht vor, dass die Beaufsichtigten der FINMA unverzüglich Vorkommnisse melden müssen, die für die Aufsicht von wesentlicher Bedeutung sind (Art. 29 Abs. 2 FINMAG). In Anlehnung an diese Bestimmung werden die Krankenkassen und die sozialen Rückversicherer verpflichtet, der Aufsichtsbehörde unverzüglich Vorkommnisse zu

melden, die für die Aufsicht von wesentlicher Bedeutung sind. Von wesentlicher Bedeutung sind insbesondere Ereignisse, welche den weiteren Bestand der Krankenkasse oder des sozialen Rückversicherers gefährden können. Es ist dabei an Kapitalverluste (Börse oder Missmanagement), kriminelle Akte (Veruntreuung/Betrug) oder organisatorische Umgestaltungen (Ernennung/Abberufung der Geschäftsführerin oder des Geschäftsführers, Rücktritte/Wahl von neuen Verwaltungsrätinnen oder -räten etc.) zu denken. Im Zweifelsfall gilt eine Informationspflicht der Geschäftsleitungen gegenüber der Aufsichtsbehörde. Dies ermöglicht eine rechtzeitige Einleitung von allfälligen erforderlichen Massnahmen durch die Aufsichtsbehörde.

Artikel 36 Informationsaustausch und Amtshilfe

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

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

Absatz 1

Personen, die an der Durchführung sowie Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze beteiligt sind, haben gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren (Art. 33 ATSG). Da das ATSG grundsätzlich auf die Krankenversicherung anwendbar ist (Art. 1 KVG), unterstehen grundsätzlich auch die Aufsichtsbehörden dieser Schweigepflicht.

Der vorliegende Artikel gibt der Aufsichtsbehörde über die soziale Krankenversicherung eine gesetzliche Grundlage, um in Abweichung von Artikel 33 ATSG anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden und den Kantonen Informationen zu übermitteln.

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

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

Absatz 2

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

Die Pflicht zur Amtshilfe besteht grundsätzlich und ungeachtet einer allfälligen Geheimhaltungspflicht für sämtliche Behörden und Amtsstellen des Bundes und der Kantone gegenüber der Aufsichtsbehörde. Dies gilt namentlich auch in Bezug auf

Akten von Zivil-, Straf- und Verwaltungsverfahren, sofern sie für die Ausübung der Arbeit der Aufsichtsbehörde sachlich notwendig sind. Es genügt, dass die verlangten Auskünfte für die richtige Anwendung des Gesetzes im Hinblick auf eine bestimmte Situation oder einen bestimmten Geschäftsvorfall notwendig sind. Es ist nicht Sache der um Amtshilfe ersuchten Behörde oder Amtsstelle, darüber zu entscheiden, welche Tatsachen für die Erfüllung der Aufsichtstätigkeit im Bereiche der sozialen Krankenversicherung von Bedeutung sein können. Über die Notwendigkeit, Zweckmässigkeit und den sachlichen Umfang der Amtshilfe entscheidet alleine die ersuchende Aufsichtsbehörde. Der Aufsichtsbehörde dürfen für die Inanspruchnahme der Amtshilfe keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

Artikel 37 Veröffentlichung der Entscheide

Die Bestimmung dient in erster Linie der Transparenz. Sie wurde Artikel 21 Absatz 5^{bis} KVG entnommen und als Verweisnorm sprachlich auf das System des vorliegenden Gesetzes angepasst.

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

Andererseits dient die Norm auch als präventives Instrument, um die Krankenkassen zu einem Verhalten zu animieren, welches keine Straf- bzw. administrative Massnahmen erforderlich macht.

Die Massnahmen dürfen erst publiziert werden, wenn die Straf- bzw. administrative Massnahme mit keinem ordentlichen Rechtsmittel mehr angefochten werden können. Die Massnahme darf zudem durch die Aufsichtsbehörde publiziert werden, wenn die Krankenkasse die Straf- bzw. Administrativmassnahme ausdrücklich akzeptiert hat. Die Publikationen gewährleisten Transparenz im Handeln der Aufsichtsbehörde: Aufsichtsmassnahmen zeigen Aussenwirkung.

Artikel 38 Finanzierung der Aufsichtsbehörde

Die FINMA erhebt Gebühren für Aufsichtsverfahren im Einzelfall und für Dienstleistungen. Zudem erhebt sie von den Beaufsichtigten jährlich pro Aufsichtsbereich eine Aufsichtsabgabe für ihre Kosten, die durch die Gebühren nicht gedeckt sind (Art. 15 Abs. 1 FINMAG). In Anlehnung an diese Bestimmung wird im vorliegenden Artikel die Finanzierung der Aufsichtsbehörde geregelt, wobei sie sich auf die jährliche Aufsichtsabgabe beschränkt und keine Gebühren für Aufsichtsverfahren im Einzelfall oder für Dienstleistungen erhebt und so die Finanzierung vereinfacht und den entsprechenden Aufwand bei der Aufsicht vermindert.

Absatz 1

Dieser Absatz sieht vor, dass die Aufsichtsbehörde zur Deckung der Aufsichtskosten von den Krankenkassen und sozialen Rückversicherern eine kostendeckende Aufsichtsabgabe erhebt. Somit werden die Aufsichtskosten vollständig von den Beaufsichtigten finanziert. Mit der Aufsichtsabgabe werden die Aufsichtskosten gedeckt, die den Beaufsichtigten als Gruppe zugerechnet werden können.

Absatz 2

Die Aufsichtsbehörde erhebt die Aufsichtsabgabe aufgrund der Kosten, die ihr während des Rechnungsjahres anfallen.

Das FINMAG schreibt vor, dass für die Bemessung der Aufsichtsabgabe eines Versicherungsunternehmens nach VAG dessen Anteil an den gesamten Prämieinnahmen aller Versicherungsunternehmen massgebend ist (Art. 15 Abs. 2 Bst. c FINMAG). In Anlehnung an diese Bestimmung wird die Aufsichtsabgabe nach dem Anteil der Prämieinnahmen der einzelnen Krankenkasse und des einzelnen Rückversicherers im Bereich der sozialen Krankenversicherung an den Prämieinnahmen aller Krankenkassen und Rückversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung bemessen. Damit wird der allgemeine Aufsichtsaufwand in Verhältnis zum Umfang der geschäftlichen Aktivitäten der Beaufsichtigten gesetzt. Dies weil angenommen werden kann, dass grosse Unternehmen aufwändiger zu beaufsichtigen sind als kleine.

Absatz 3

Dieser Absatz ermächtigt den Bundesrat, namentlich die Aufsichtskosten, die in die Berechnung einbezogen werden können, und die Prämieinnahmen, auf die für die Berechnung abgestellt wird, zu bezeichnen.

Artikel 39 Sichernde Massnahmen

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

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

Absatz 1

Dieser Absatz entspricht weitgehend Artikel 51 Absatz 1 VAG. Er umschreibt die Voraussetzungen, welche erfüllt sein müssen, damit die Aufsichtsbehörde sichernde Massnahmen ergreifen kann. Vorausgesetzt wird, dass eine Krankenkasse oder ein sozialer Rückversicherer Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG oder eine Anordnung der Aufsichtsbehörde missachten oder dass die Interessen der Versicherten anderweitig gefährdet erscheinen. Dieser Gefährdungstatbestand erlaubt der Aufsichtsbehörde, bereits früh, sichernde Massnahmen zu ergreifen.

Absatz 2

Dieser Absatz enthält eine nicht abgeschlossene Liste von Interventionsmöglichkeiten:

Die Massnahmen nach den Buchstaben a, b, c, e und f entsprechen weitgehend Artikel 51 Absatz 2 Buchstaben a, b, c, e und f VAG. So kann die Aufsichtsbehörde

zum Beispiel Personen, die keine Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten, oder die von der Krankenkasse gewählte Revisionsstelle ersetzen.

Artikel 51 Absatz 2 Buchstabe d VAG erlaubt der FINMA, den Versicherungsbestand und das zugehörige gebundene Vermögen auf ein anderes Versicherungsunternehmen mit dessen Zustimmung zu übertragen. Das vorliegende Gesetz führt die Übertragung eines Versichertenbestandes in Buchstabe d an, regelt diese aber im Einzelnen in Artikel 41.

Die Aufsichtsbehörde verfügt eine angemessene Prämie, wenn sie eine von der Krankenkasse eingegebene Prämie nicht genehmigt (Art. 16). Neu kann sie zudem Prämien erhöhungen auch ohne Prämie eingabe der Krankenkasse anordnen (Bst. g). Mit dieser sichernden Massnahme kann sie die Krankenkasse verpflichten, ab einem bestimmten Zeitpunkt während des Jahres höhere Prämien zu erheben, um ihre finanzielle Situation zu verbessern.

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

Ferner kann die Aufsichtsbehörde eine Fachperson nach Artikel 40 ernennen, der sie besondere Aufträge und Befugnisse erteilt (Bst. i).

Der Bundesrat schlägt in seiner Botschaft zur Änderung des Bankengesetzes (Sicherung der Einlagen) vom 12. Mai 2010 (BBl 2010 4039) vor, Artikel 51 Absatz 2 VAG mit zwei zusätzlichen sichernden Massnahmen zu ergänzen. Diese Massnahmen werden vorliegend übernommen:

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

Die zweite Massnahme erlaubt der Aufsichtsbehörde, bei Vorliegen einer Insolvenzgefahr die Stundung oder den Fälligkeitsaufschub anzuordnen (Bst. k). Während der Stundung kann gegen die Schuldnerin oder den Schuldner grundsätzlich keine Betreibung eingeleitet werden (vgl. Art. 297 SchKG). Die Stundung bewirkt den Aufschub der Fälligkeit. Dennoch werden beide Begriffe angeführt, damit die Formulierung derjenigen in der erwähnten Botschaft entspricht. Zudem sieht auch das Bankengesetz vom 8. November 1934 (BankG, SR 952.0) vor, dass die FINMA Stundung und Fälligkeitsaufschub anordnen kann (Art. 26 Abs. 1 Bst. h BankG). Wird die Fälligkeit aufgeschoben, können die Gläubiger ihre Forderungen nicht einfordern. Die Stundung und der Fälligkeitsaufschub richten sich nach Artikel 293 bis 304 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889 über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG, SR 281.1). Diese Massnahmen können sich namentlich dann aufdrängen, wenn die Aufsichtsbehörde den Konkurs hinausschiebt, indem sie dessen Eröffnung nicht zustimmt.

Absatz 3

Dieser Absatz erlaubt der Aufsichtsbehörde, gewisse Massnahmen zu treffen, wenn die Krankenkasse oder der soziale Rückversicherer die gesetzlichen Vorgaben zwar weiterhin erfüllen, ihre finanzielle Situation aber gefährdet ist. Zudem wird vorausgesetzt, dass die statutarischen Organe keine ausreichenden Massnahmen ergreifen, um die finanzielle Situation zu verbessern. Als Massnahmen kann die Aufsichtsbe-

hörde Prämien erhöhungen oder die Umsetzung eines Finanzierungs- oder Sanierungsplans anordnen (Abs. 2 Bst. g und h).

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

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

Artikel 40 Beauftragte Person der Aufsichtsbehörde

Die in Artikel 39 Absatz 2 Buchstabe i vorgesehene beauftragte Person der Aufsichtsbehörde wird in diesem Artikel näher geregelt.

Absatz 1

Mit diesem Absatz wird klargestellt, dass die fachkundigen Dritten unabhängig sein müssen. Dieser Begriff entspricht der Definition der Unabhängigkeit von Sachverständigen, die ihren Auftrag absolut unparteilich ausführen müssen und keinesfalls zugunsten oder zuungunsten einer Partei vorgefasste Meinungen haben dürfen. Die fachkundigen Dritten werden von der Aufsichtsbehörde beauftragt und handeln nach deren Weisungen. Der vorliegende Absatz betrifft die Umsetzung einer aufsichtsrechtlichen Massnahme durch eine fachkundige Drittperson mit der Wiederherstellung des rechtmässigen Zustandes beauftragte Drittperson.

Absatz 2

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

Absatz 3

Bei der Erfüllung ihrer Aufgabe müssen die fachkundigen Dritten die gleichen Rechte haben wie die Aufsichtsbehörde: Zutritt zu den Räumlichkeiten der beaufsichtigten Rechtsträger, Zugang zu allen Auskünften und allen notwendigen Unterlagen (Art. 35). Die Machenschaften, mit denen eine Krankenkasse oder ein sozialer Rückversicherer versucht, beauftragten Dritten die Ausübung ihrer Aufgabe zu verunmöglichen, sind mit den gleichen Strafen bedroht, wie wenn die Aufsichtsbehörde selbst handeln würde.

Absatz 4

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

Artikel 41 Verfahren bei der Übertragung des Versichertenbestandes

Die in Artikel 39 Absatz 2 Buchstabe d vorgesehene zwangsweise Übertragung eines Versichertenbestandes wird in diesem Artikel näher geregelt.

Absatz 1

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

Absatz 2

Überträgt die Aufsichtsbehörde einen Versichertenbestand einer Krankenkasse auf eine andere Krankenkasse, so kann sie, anders als im VAG vorgesehen (Art. 51 Abs. 2 Bst. d VAG), nicht nur das gebundene Vermögen der sozialen Krankenversicherung, sondern auch die Reserven übertragen. Dabei überträgt sie auch die damit zusammenhängenden Rechte und Pflichten. Das heisst, dass die übernehmende Krankenkasse auch früher geschuldete Prämie erheben kann und verpflichtet ist, die Kosten für früher erbrachte Leistungen zu übernehmen. Die Aufsichtsbehörde verfügt die Bedingungen der Übertragung. Dabei kann sie, anders als im VAG, von der Zustimmung sowohl der Krankenkasse die übernommen wird, wie auch der Krankenkasse, auf welche der Versichertenbestand übertragen wird, absehen.

Absatz 3

Die versicherte Person kann ihre Krankenkasse gemäss Artikel 7 KVG ordentlich auf das Ende des Kalenderjahres wechseln, wobei sie unter den Krankenkassen frei wählen kann (Art. 4 Abs. 1 KVG). Dieses Recht wird insbesondere von jungen und gesunden Versicherten genutzt. Neu kann die Aufsichtsbehörde dieses Recht für maximal zwei Jahre aufheben. Damit kann sie den Versicherten sowohl einer übernehmenden wie einer zu übernehmenden Krankenkasse untersagen, den Versicherer während einer bestimmten Zeit zu wechseln. Vorausgesetzt wird, dass dies zum Schutz der Versicherten und der sozialen Krankenversicherung erforderlich ist.

Artikel 42 Konkurseröffnung

Das KVG kennt keine Besonderheiten für Konkurseröffnung und -verfahren. Somit richten sich diese nach dem SchKG.

Das Bankengesetz sieht für Banken und Sparkassen ein eigenständiges, vom SchKG losgelöstes, und von der Aufsichtsbehörde beherrschtes Konkursverfahren vor. Der Bundesrat schlägt in der Botschaft vom 12. Mai 2010 zur Änderung des BankG (Sicherung der Einlagen) vor, dieses Konkursverfahren - durch eine entsprechende Änderung des VAG - auch auf die Privatversicherer anzuwenden.

Falls die Aufsichtsbehörde der sozialen Krankenversicherung wie die FINMA die Funktionen des Konkursgerichtes und der Aufsichtsbehörde nach SchKG wahrnehmen sollte, müsste sie mit Konkursfachpersonen aufgestockt werden. Für die voraussichtlich wenigen Verfahren wäre dies unverhältnismässig. Zudem ist die Vermischung der Aufsichtstätigkeit mit der Wahrnehmung von Aufgaben der Zwangsvollstreckung ohnehin fragwürdig. Es sind keine Gründe ersichtlich, wieso die Aufgaben der Zwangsvollstreckung nicht bei den allgemein dazu vorgesehenen Behörden belassen werden sollen. Die besonderen Bedürfnisse einer Sozialversicherung können mit dem Erfordernis der Zustimmung zur Konkurseröffnung und der Möglichkeit, die Konkurseröffnung zu beantragen, ausreichend berücksichtigt werden.

Absatz 1

Dieser Absatz entspricht weitgehend Artikel 53 Absatz 1 VAG. Durch die Eröffnung des Konkurses über eine Krankenkasse oder einen sozialen Rückversicherer werden die Versicherten bzw. die rückversicherten Krankenkassen stark betroffen. Deshalb setzt die Konkurseröffnung die vorangehende Zustimmung der Aufsichtsbehörde voraus. Wenn diese eine Sanierung oder die Übertragung des Versichertenbestandes nicht mehr für möglich hält, stimmt sie der Konkurseröffnung zu.

Absatz 2

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

Artikel 43 Massnahmen bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems

Absatz 1

Seit Einführung des KVG im Jahr 1996 wurden drei Krankenkassen zahlungsunfähig. Der Insolvenzfonds übernahm an ihrer Stelle die Kosten für die gesetzlichen Leistungen. Das System der sozialen Krankenversicherung hat sich bisher bewährt. Trotzdem muss davon ausgegangen werden, dass die Instrumente des KVG in einem "Krisenfall" ungenügend sind. So könnte z.B. die Insolvenz einer mittleren (ab 250'000 Versicherten) oder einer grossen Krankenkasse das Funktionieren des gesamten Krankenversicherungssystems stark gefährden. Vorgeschlagen wird deshalb eine Bestimmung zum Schutz des Systems der sozialen Krankenversicherung und damit auch zum Schutz der Versicherten. Das Gesetz sieht eine Kompetenzzuweisung an den Bundesrat vor, damit er, wenn er das System der sozialen Krankenversicherung als gefährdet erachtet, die gesetzlichen Leistungen gemäss KVG einschränken oder streichen, die Tarife senken und die Kostenbeteiligung der Versicherten erhöhen kann. Der Bundesrat erachtet diese Massnahmen als nötig, um zu verhindern, dass das Krankenversicherungssystem durch "Domino-Effekte" zum Erliegen kommt. Diese Massnahmen stehen dem Bundesrat bei Bedarf sofort zur

Verfügung und sind rasch wirksam. Es ist dem Bundesrat überlassen, welche Massnahme bzw. welche Kombination von möglichen Massnahmen er im Einzelfall ergreifen will.

Buchstabe a

Die Einschränkung oder Streichung von gesetzlichen Leistungen nach den Artikeln 24-31 KVG stellt eine einschneidende Massnahme dar, die bei einer Gefährdung des Krankenversicherungssystems gerechtfertigt ist. In einer Verordnung regelt der Bundesrat, welche gesetzlichen Leistungen nach KVG eingeschränkt werden und welche nicht mehr zum Leistungskatalog des KVG gehören. Die Massnahme führt zu einer befristeten Kompetenzverschiebung.

Buchstabe b

Als neue und rasch wirksame Möglichkeit zum Eingreifen bieten sich bei einer Gefährdung des Krankenversicherungssystems Tarifsenkungen an. Vorgeschlagen wird eine Kompetenzzuweisung an den Bundesrat, damit er durch eine Verordnung die vereinbarten oder festgesetzten Taxpunktwerte oder Zeit- und Pauschaltarife gezielt senken kann. Dieses Instrument ist sofort wirksam. Betroffen von einer Tarifbeziehungsweise Taxpunktwerterhöhung wären die von einem bestimmten Tarifvertrag oder Tarifentscheid bzw. von mehreren Tarifverträgen oder Tarifentscheiden tangierten Leistungserbringer. Dies können namentlich die Ärzteschaft oder der ambulante Bereich der Spitäler sein.

Buchstabe c

Als weitere Massnahme bei einer Gefährdung des Systems der sozialen Krankenversicherung schlägt der Bundesrat die Erhöhung der Franchise und des Selbstbehaltes nach Artikel 64 KVG vor. Diese Mehrbelastung der Versicherten, die KVG-Leistungen beziehen, ist im Krisenfall vertretbar. Die Massnahme kann sofort wirksam sein. Der Bundesrat regelt sie in einer Verordnung.

Absatz 2

Von den Krankenkassen wird erwartet, dass sie die ihnen zugestellten Rechnungen rasch prüfen und die Kosten zu Lasten der sozialen Krankenversicherung innerhalb eines Monats den Versicherten bzw. den Leistungserbringern vergüten. Dasselbe gilt für den Insolvenzfonds, wenn er anstelle von zahlungsunfähigen Kassen die Kosten für die gesetzlichen Leistungen übernimmt. Nach Artikel 18 KVG wird der Insolvenzfonds ausschliesslich durch Beiträge der Versicherer geüfnet. Befinden sich die Versicherer selbst in grossen finanziellen Schwierigkeiten oder sind mehrere unter ihnen gar zahlungsunfähig, ist damit zu rechnen, dass dem Insolvenzfonds die ordentlichen Beiträge nicht mehr bezahlt werden (können). Früher oder später werden dem Insolvenzfonds die Mittel fehlen, um allen Versicherten von zahlungsunfähigen Krankenkassen die Kosten der gesetzlichen Leistungen zu vergüten. Deshalb wird vorgeschlagen, dass der Bundesrat, wenn er die erforderlichen Massnahmen nach Absatz 1 ergriffen hat, der gemeinsamen Einrichtung zur Überbrückung eines vorübergehenden Liquiditätsengpasses ein Tresoriedarlehen zu marktüblichen Bedingungen gewähren kann. Damit soll vermieden werden, dass das System der sozialen Krankenversicherung wegen Liquiditätsschwierigkeiten gänzlich zum Erliegen kommt. Diese Massnahme ist angezeigt zum Schutze der Versicherten und soll nur in einer ausserordentlich angespannten Situation zur Anwendung kommen.

Absatz 3

Trifft der Bundesrat Massnahmen nach Absatz 1, so erlässt er hierzu eine Verordnung und legt den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens fest. Ab dem Inkrafttreten hat der Bundesrat ein Jahr Zeit, um der Bundesversammlung einen Entwurf einer gesetzlichen Grundlage für die getroffenen Massnahmen zu unterbreiten. Legt der Bundesrat der Bundesversammlung innert dieses Jahres keinen Gesetzesentwurf vor, oder wird der Entwurf bereits vor Ablauf des Jahres durch die Bundesversammlung abgelehnt, tritt die Verordnung ausser Kraft.

Artikel 44 Beendigung der Versicherungstätigkeit

Absatz 1

Der Entzug der Bewilligung war bisher in Artikel 13 Absatz 3 KVG geregelt. Neu obliegt der Entzug - wie die Erteilung (vgl. Art. 3) - der Bewilligung der Aufsichtsbehörde. Die Durchführungsbewilligung ist zu entziehen, wenn die Krankenkasse oder der Rückversicherer die Versicherungstätigkeit beenden will; das zuständige Organ der Krankenkasse oder des Rückversicherers muss in diesem Fall den Verzicht auf die Durchführung der sozialen Krankenversicherung bzw. der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung rechtmässig beschliessen. Die Durchführungsbewilligung ist ebenfalls zu entziehen, wenn die Krankenkasse oder der Rückversicherer die Versicherungstätigkeit beenden muss, weil die Aufsichtsbehörde feststellt, dass sie oder er die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Diese Voraussetzungen entsprechen den Bewilligungsvoraussetzungen nach Artikel 4 bzw. 29. Nicht mehr erfüllt sind die Bewilligungsvoraussetzungen, wenn Krankenkassen oder Rückversicherer beispielsweise nicht in der Lage sind, innerhalb der ihnen gesetzten Fristen wieder gesunde Finanzverhältnisse herzustellen, wenn sie in schwerwiegender Weise Verpflichtungen verletzen, die ihnen nach der Aufsichtsgesetzgebung obliegen, oder anderweitig keine Gewähr mehr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten.

Der behördlich angeordnete Bewilligungsentzug stellt die schärfste Massnahme des Aufsichtsrechts dar, ist aber aus Gründen des Versichertenschutzes unverzichtbar. Die Aufsichtsbehörde wird aber vor einem Bewilligungsentzug weniger einschneidende Massnahmen prüfen, so insbesondere die Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes (vgl. Art. 4 Abs. 2).

Absatz 2

Dieser Absatz entspricht weitgehend dem bisherigen Artikel 13 Absatz 4 KVG. Geregelt wird der Fall, dass einer Krankenkasse oder einem sozialen Rückversicherer die Durchführungsbewilligung vollständig entzogen wird, Vermögen und - bei Krankenkassen - Versichertenbestand aber nicht durch Fusion oder einen anderen wirtschaftlichen Zusammenschluss auf eine andere Krankenkasse oder einen anderen sozialen Rückversicherer übergehen. Ein allfälliger Vermögensüberschuss im Bereich der sozialen Krankenversicherung oder der sozialen Rückversicherung soll der sozialen Krankenversicherung erhalten bleiben. Diese Bestimmung stellt sicher, dass die Mittel der sozialen Krankenversicherung nicht zu anderen Zwecken entfremdet werden. Im Gegensatz zum Absatz 1 und 4 gilt Absatz 2 nicht für alle Rückversicherer, sondern nur für diejenigen, die ausschliesslich die soziale Krankenversicherung rückversichern, also die sozialen Rückversicherer, da nur diese gesamthaft zum sozialen Krankenversicherungssystem gehören und auch nur von diesen verlangt werden kann, dass ein allfälliger Vermögensüberschuss in den Insolvenzfonds geht

Absatz 3

Dieser Absatz entspricht dem bisherigen Artikel 13 Absatz 5 KVG. Die Bestimmung sieht vor, dass eine Krankenkasse einen Anteil ihrer Reserven abzugeben hat, wenn ihr das EDI die Durchführungsbewilligung nur für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereiches entzieht. Mit dieser Bestimmung wird sichergestellt, dass Krankenkassen nicht einen ungünstigen Versichertenbestand an die anderen Kassen abgeben und ihre Reservesituation im verkleinerten Tätigkeitsgebiet stark verbessern. Der abzugebende Betrag ist auf jene Krankenkassen umzuverteilen, welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsbereiches betroffenen Versicherten aufnehmen. Der Bundesrat kann die Umverteilung des Betrages der gemeinsamen Einrichtung übertragen. Dies hat er mit Artikel 19a KVV gemacht. Die gemeinsame Einrichtung hat in einem Reglement die Umverteilung von Reserven zwischen Krankenkassen geregelt. Sobald die entsprechende Verfügung rechtskräftig geworden ist und die gemeinsame Einrichtung durch die Aufsichtsbehörde davon in Kenntnis gesetzt wurde, berechnet die gemeinsame Einrichtung den abzugebenden Betrag und nimmt die Umverteilung dieses Betrages auf die Kassen vor, welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsgebietes betroffenen Versicherten aufnehmen. Mit den erhaltenen Mitteln können wieder Reserven geäuft werden. Der Absatz 3 kommt nur bei Teilrückzügen von Krankenkassen, nicht aber bei individuellen Kassenwechseln, zur Anwendung.

Absatz 4

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

Absatz 5

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

Artikel 45 Versicherungsgruppen

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

Artikel 46 Verhältnis zur Einzelaufsicht

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

In den letzten Jahren haben sich vermehrt Krankenversicherer zu Gruppen zusammengeschlossen bzw. es wurden Versicherungsgruppen gebildet. Es entstehen immer grössere und organisatorisch komplexere Gebilde, welche Angebotsmacht, Knowhow, Strukturen, Finanzen und Organisation bündeln und Synergien und positive Skalenerträge zu realisieren suchen.

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

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

Absatz 1

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

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

Absatz 2

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

Häufig werden innerhalb einer Gruppe das Risikomanagement und auch die internen Kontrollen nicht innerhalb jedes Unternehmens einzeln wahrgenommen, sondern

gruppenweit. Aus diesem Grund ist es für die Aufsichtsbehörde wichtig in diesem Bereich für die ganze Gruppe Vorschriften erlassen zu können.

Da verschiedene Unternehmen einer Gruppe das gleiche Geschäft betreiben können, kann es zu einer Konzentration von Risiken in einer Gruppe kommen, die die finanzielle Situation einer Krankenkasse gefährden kann. Aus diesem Grund ist es notwendig, nebst den Anforderungen an das Risikomanagement und das interne Kontrollsystem auch Vorschriften zu Risikokonzentrationen erlassen zu können.

Artikel 47 Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit und externe Revisionsstelle

Absatz 1

Die Gewährsanforderungen, welche an die Krankenkasse gestellt werden, müssen auch für die führende Holdinggesellschaft gelten, in die eine Krankenkasse eingebunden ist. Die Voraussetzungen an die Personen der führenden Holdinggesellschaft sind dieselben, welche auch an die Krankenkasse selbst gestellt werden, weshalb für die Gewährsvorschriften auf die sinngemässe Anwendung von Artikel 20 verwiesen werden kann.

Absatz 2

Analog zur Einzelaufsicht nach Artikel 25 bis 27 muss sichergestellt sein, dass auch die Versicherungsgruppe über eine externe Revisionsstelle verfügt, welche die gleichen Voraussetzungen mitbringt, wie sie der Bundesrat nach Artikel 25 in der Verordnung festlegt. In der Regel wird dies dasselbe Revisionsunternehmen sein, das auch die Krankenkasse revidiert. Die Informationsbefugnis nach Artikel 48 und die Durchsetzung der Vorschriften nach Artikel 46 Absatz 2 kann auch über die Revisionsstelle der führenden Holdinggesellschaft durchgesetzt werden.

Artikel 48 Auskunftspflicht

Analog zum VAG ist festzuhalten, dass die Aufsicht über eine Versicherungsgruppe nur dann sinnvoll und zweckmässig ausgeübt werden kann, wenn die Aufsichtsbehörde ohne Einschränkung Zugriff auf alle aufsichtsrelevanten Informationen und Unterlagen hat, welche die Krankenkasse beeinflusst. Aus diesem Grund statuiert dieser Artikel eine Auskunftspflicht für die führende Holdinggesellschaft der Gruppe. Die entsprechenden Auskünfte können entweder bei der führenden Holdinggesellschaft beschafft, durch dieses beigebracht oder aber auf dem Weg der Amtshilfe (vgl. Art. 36) eingeholt werden.

Artikel 49 Die gemeinsame Einrichtung

Die KVG-Bestimmungen zur gemeinsamen Einrichtung betreffend ihrer Tätigkeiten und ihrer Finanzierung (Art. 50 und 51) werden vollumfänglich aus dem KVG, der KVV oder der VORA in das vorliegende Gesetz übernommen. Dies rechtfertigt sich, weil die gemeinsame Einrichtung gemäss Artikel 1 der Aufsicht nach diesem Gesetz untersteht und zum anderen ihre Tätigkeiten denen einer Regulierungsbehörde sehr nahe kommen. Mit Ausnahme der Bestimmungen zum Insolvenzfonds werden mit dem vorliegenden Kapitel keine materiellen Änderungen gegenüber den bisherigen Vorschriften eingeführt.

Teilweise neu formulierte Bestimmungen werden im 2. Abschnitt zum Insolvenzfonds eingeführt (Art. 52 bis 57).

Die vorliegende Bestimmung entspricht Artikel 18 Absatz 1 KVG. Die schweizerische Krankenversicherung wird von einer bedeutenden Zahl von Versicherern (2010: 82) durchgeführt, deren Grösse und Struktur unterschiedlich sind. Mit dem Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 sah der Gesetzgeber die Gründung einer gemeinsamen Einrichtung vor, die jene Aufgaben übernahm, die nur gemeinsam wahrgenommen werden können. Diese Einrichtung hat die Rechtsform einer Stiftung. Die gemeinsame Einrichtung wird wie bis anhin die Tätigkeiten weiterführen, die ihr per Gesetz oder Verordnung zugewiesen werden.

Artikel 50 Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung

Absatz 1

Die nachstehend aufgeführten und erläuterten Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung sind nicht neu. Sie werden aus den Bestimmungen des KVG (Art. 18 und 105), der KVV (Art. 19) und der VORA (Art. 7) übernommen. Die gemeinsame Einrichtung hat die folgenden Aufgaben: Sie verwaltet den Insolvenzfonds (Bst. a), führt den Risikoausgleich zwischen den Versicherern durch (Bst. b) und nimmt die Aufgaben wahr, die sich aus dem Personenfreizügigkeitsabkommen ergeben, d. h. sie entscheidet über Anträge um Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnerinnen und Rentnern und deren Familienangehörigen (Bst. c), weist Personen nach Artikel 6 Absatz 2 und 6a Absatz 3 KVG einer Krankenkasse zu, wenn mangels einer bestehenden Verbindung zu einem Kanton der Beitritt über einen Kanton nicht möglich ist (Bst. d), und unterstützt die Kantone bei der Durchführung der Prämienverbilligung (Bst. e) oder führt diese für den Bund für die Versicherten in der Europäischen Union, in Island oder Norwegen durch (Bst. f). Zu diesem Zweck wirkt die gemeinsame Einrichtung als aushelfender Träger und Verbindungsstelle für die Sektoren Krankheit und Mutterschaft; sie führt die Prämienverbilligung für die Versicherten durch, die in einem Mitgliedstaat der EG wohnen und über keine Verbindung zu einem Kanton mehr verfügen (Bst. g). Schliesslich nutzen bereits mehrere Kantone intensiv die Möglichkeit, der gemeinsamen Einrichtung Zuständigkeiten zu übertragen. Gegen Entschädigung können sie ihr weitere Aufgaben anvertrauen (Bst. h).

Absatz 2

Obwohl die Versicherer der gemeinsamen Einrichtung gestützt auf das bisherige Recht (Art. 18 Abs. 4 KVG) noch keine Aufgabe anvertraut haben, ist vorgesehen, diese Möglichkeit insbesondere im administrativen und technischen Bereich beizubehalten.

Absatz 3

In zahlreichen Situationen treten Streitigkeiten zwischen einem Versicherer und der gemeinsamen Einrichtung auf. In gewissen Fällen ist es angebracht, die Entscheide zu veröffentlichen, um sie der Öffentlichkeit, den Versicherten und den Versicherern zur Kenntnis zu bringen; damit können die Information und die Transparenz in den Angelegenheiten gewährleistet werden, die der gemeinsamen Einrichtung übertragene sind.

Artikel 51 Finanzierung der gemeinsamen Einrichtung

In Bezug auf die Finanzierung der gemeinsamen Einrichtung schlägt der Bundesrat keine materiellen Änderungen vor. Die vorliegende Bestimmung übernimmt weitge-

hend die Artikel 18 KVG und 19 Absatz 3 KVV. Die Finanzierung der Verwaltungskosten ist grundsätzlich Sache der Versicherer (Beitrag pro versicherte Person), da die von der gemeinsamen Einrichtung wahrgenommenen Aufgaben den Interessen der Versicherer dienen. Eine Ausnahme bilden die Aufgaben im Bereich der internationalen Koordination der Krankenversicherung, welche die gemeinsame Einrichtung im Auftrag des Bundes anstelle der Kantone oder als Verbindungsstelle erfüllt. Diese Kosten werden vom Bund getragen. Zudem übernehmen die Kantone die Kosten der Aufgaben, die sie der gemeinsamen Einrichtung übertragen. Schliesslich bleibt die gemeinsame Einrichtung wie im geltenden Recht von den Steuern befreit.

Artikel 52 Führung des Insolvenzfonds

Unter dem Abschnitt Insolvenzfonds wird dieser Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung das nötige Gewicht beigemessen, das ihr bei Zahlungsunfähigkeit einer Krankenkasse nach Artikel 50 Absatz 1 Buchstabe a zukommt.

Artikel 53 Finanzierung des Insolvenzfonds

Durch die Aufsichtstätigkeit, die von der Aufsichtsbehörde ausgeübt wird, lassen sich Insolvenzfälle weitgehend verhindern; allerdings können sie nie völlig ausgeschlossen werden. Bei Zahlungsunfähigkeit eines Versicherers übernimmt die gemeinsame Einrichtung anstelle des insolventen Versicherers die Kosten für die gesetzlichen Leistungen. Der Bundesrat schlägt vor, die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen für den Fall der Insolvenz einer Krankenkasse zu schaffen.

Heute ist weder im Gesetz noch in einer Verordnung festgelegt, aus welchen Quellen der Insolvenzfonds finanziert wird. Nur Artikel 67 KVV bestimmt, dass die rückzuerstattenden Mehreinnahmen für Medikamente dem Insolvenzfonds gutgeschrieben werden sollen. Die neue Bestimmung zur Finanzierung führt jedoch gegenüber der derzeitigen Situation keine neuen Finanzierungsquellen ein, da sie sich in Bezug auf die Finanzierung des Fonds auf das Reglement der gemeinsamen Einrichtung stützt.

Der Fonds der gemeinsamen Einrichtung zur Deckung der Insolvenzfälle wird aus vier Quellen finanziert. Erstens leisten die Versicherer Beiträge, die anhand der Zahl der Personen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung berechnet werden, während die Beiträge in Bezug auf die freiwillige Taggeldversicherung im Verhältnis zum Prämienvolumen festgelegt werden (Bst. a). In den Fonds fliesst zweitens das Vermögen der Krankenkassen, denen die Aufsichtsbehörde die Bewilligung entzieht. Durch die Übertragung in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung bleibt dieses Vermögen der sozialen Krankenversicherung erhalten (Bst. b). Weiter fliessen zurückzuerstattende Mehreinnahmen, welche aufgrund der Überschreitung von Tarifen und Preisen abgeschöpft werden, ebenfalls in den Insolvenzfonds. Damit wird eine generelle Regel für abzuschöpfende Mehreinnahmen eingeführt. Der Einsatz der abzuschöpfenden Mittel nach Artikel 67 Absatz 2ter KVV wird dadurch genau festgelegt. Nach dieser Verordnungsbestimmung ist die Wirtschaftlichkeit eines in die Spezialitätenliste aufgenommenen Präparats zu überprüfen. Ergibt diese, dass der bei der Zulassung verfügte Preis zu hoch ist, muss das Unternehmen, das das Arzneimittel vertreibt, die Mehreinnahmen an den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung überweisen (Bst. c). Schliesslich wird der Insolvenzfonds auch durch die Mittel finanziert, die bei Widerhandlungen gegen

Verfügungen und Weisungen der Versicherer nach Artikel 82 aufgrund von Verwaltungssanktionen auferlegt werden. Der Sanktionsbetrag, der den Krankenkassen als Unternehmen auferlegt wird, kann bis zu 100 000 Franken betragen. Weil die von den Krankenkassen, sozialen Rückversicherern oder Unternehmen der Versicherungsgruppe zu bezahlenden Sanktionsbeträge aus Prämieengeldern finanziert sind, rechtfertigt es sich, diese Gelder für den Insolvenzfonds zu verwenden und damit der sozialen Krankenversicherung zurückzuführen.

Artikel 54 Höhe des Insolvenzfonds

Absatz 1

Wie im geltenden Recht ist der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung zuständig, die Höhe des Insolvenzfonds festzulegen. Die nötigen Mittel des Fonds bestimmen sich nach dem Insolvenzrisiko der Versicherer. Zurzeit verfügt der Insolvenzfonds über Mittel in der Höhe von 70 Millionen Franken. Damit könnte nur den Konkurs eines kleinen Versicherers bewältigt werden. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass die Gesamtheit der Versicherer jeden Tag Rechnungen in der Höhe von über 80 Millionen Franken für Pflegeleistungen begleicht. Die Mittel des Fonds müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Risiko eines Insolvenzfalls stehen. Die heute zur Verfügung stehenden Beträge sind eindeutig unzureichend.

Absatz 2

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

Absatz 3

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

Artikel 55 Feststellung der Leistungspflicht des Insolvenzfonds

Auf Antrag des insolventen Versicherers, der gemeinsamen Einrichtung oder von Amtes wegen bestimmt die Aufsichtsbehörde den Zeitpunkt, ab dem der Insolvenzfonds leistungspflichtig wird. Der Zeitpunkt der Zahlungsunfähigkeit wird durch Artikel 56 festgelegt.

Artikel 56 Insolvenz

Damit eine Krankenkasse als insolvent oder zahlungsunfähig erklärt werden kann, muss das Vermögen bestimmt werden, über das sie verfügt, um ihren Verpflichtungen nachzukommen. Da es sich um eine Versicherung handelt, muss abgeklärt werden, ob genügend Finanzmittel vorhanden sind, um alle bekannten, aber auch künftigen Verpflichtungen zu decken. In diesem Zusammenhang spielen die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle eine wichtige Rolle. Denn es ist bekannt, dass über 99% der Leistungen innerhalb von 24 Monaten nach der Behand-

lung in Rechnung gestellt werden. Somit lässt sich mit hoher Genauigkeit bestimmen, wie hoch das Volumen der Rückstellungen sein muss, damit eine Krankenkasse die erbrachten, aber noch nicht in Rechnung gestellten Leistungen begleichen kann. Die Insolvenz dürfte in der Regel gegeben sein, wenn weder die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle noch die Reserven zur Deckung der laufenden Verpflichtungen ausreichen. Da jedoch der Aufsichtsbehörde ein Massnahmenkatalog zur Verfügung steht (5. Kapitel), ist es sinnvoll, die Insolvenz im Einzelfall festzulegen. Ein im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erteiltes Gutachten lässt die Frage über den genauen Zeitpunkt der Insolvenz ebenfalls offen, da der Entscheid von verschiedenen Faktoren abhängt und der Aufsichtsbehörde ein gewisser Spielraum offen bleiben muss.

Absatz 1

Die formelle Eröffnung des Konkurses über eine Krankenkasse ermöglicht der Aufsichtsbehörde objektiv, die gemeinsame Einrichtung zu informieren, dass der Insolvenzfonds gemäss Artikel 55 leistungspflichtig wird. Es kann jedoch auch der Fall eintreten, dass die Aufsichtsbehörde aufgrund der Analyse der Aktiven und Passiven der Krankenkasse und insbesondere des Volumens der Rückstellungen zum Schluss gelangt, dass die Krankenkasse innerhalb einer bestimmaren Frist insolvent oder zahlungsunfähig sein wird. Befindet sich eine Krankenkasse in Schwierigkeiten, kann es für die Versicherten und für das System von Vorteil sein, wenn nicht die unweigerliche Eröffnung des Konkurses abgewartet wird, sondern der Insolvenzfonds möglichst frühzeitig eingreift. Damit lassen sich Verzögerungen bei der Bezahlung der Leistungen, die Einleitung von Betreibungen und letztlich die Entstehung von Schulden verhindern. Zudem erhält die Aufsichtsbehörde Zeit, um Lösungen im Hinblick auf eine Sanierung oder auf die Einstellung der Tätigkeit unter bestmöglichen Bedingungen zu finden.

Absatz 2

Die Aufsichtsbehörde informiert die gemeinsame Einrichtung, wenn ein Liquidations- oder Konkursverfahren oder ein anderes entsprechendes Verfahren eingeleitet wird, das zur Einstellung der Tätigkeiten einer Krankenkasse führt. Diese Bestimmung muss in Verbindung mit dem 3. Abschnitt des 5. Kapitels betrachtet werden, der den zentralen Teil der Vorlage enthält und alle grösstenteils neuen Massnahmen umfasst, die der Aufsicht zur Verfügung stehen werden, um präventiv, reaktiv und in ausserordentlichen Situationen zu handeln. Denn es kann gerechtfertigt sein, eine Krankenkasse als insolvent zu erklären, um einen unausweichlichen Konkurs zu verhindern, der noch schwerwiegendere Auswirkungen hätte als eine umgehende Einstellung der Tätigkeit. In einem solchen Fall wird es notwendig sein, dass der Insolvenzfonds bei Bedarf einen Teil der Kosten trägt. Es ist davon auszugehen, dass diese Massnahme in Verbindung mit der in Artikel 41 vorgesehenen zwangsweisen Übertragung des Versichertenbestandes in bestimmten Fällen den finanziellen Verlust minimieren und die Übertragung des Portefeuilles ohne Übernahme der Schulden durch die übernehmende Krankenkasse optimieren kann.

Artikel 57 Art und Umfang der Leistungsübernahme

Absatz 1

Mit dieser Gesetzesbestimmung soll die unbegrenzte Weiterführung der Kostenübernahme im Fall der Insolvenz eines Versicherers gewährleistet werden. Als

gesetzlich zu übernehmende Kosten gelten alle Leistungen, deren Kosten gestützt auf das KVG übernommen werden. Diese Bestimmung übernimmt vollumfänglich den Wortlaut von Artikel 19b KVV. Sie nimmt somit Bezug auf die Kosten der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Bst. a) und auf die Kosten für die Leistungen aus der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG (Bst. b). Mit Buchstabe c werden auch die Beiträge, die eine zahlungsunfähige Krankenkasse für den Risikoausgleich entrichten müsste, dem Insolvenzfonds auferlegt. Schliesslich sieht Buchstabe d vor, dass auch die Verwaltungskosten, die für den Betrieb der Krankenversicherung notwendig sind, vom Insolvenzfonds gedeckt werden. Der Insolvenzfonds hat deshalb auch beispielsweise für Personal- oder Informatikkosten während der Abwicklung der Kosten für die Leistungsfälle aufzukommen. Vor allem für die Versicherten kann es entscheidend sein, dass die Struktur der insolventen Krankenkasse während der Zeit weiterbesteht, die für die Übertragung aller Versicherten an andere Krankenkassen notwendig ist. Deshalb muss gewährleistet sein, dass die Löhne der Angestellten der Krankenkasse überwiesen werden, um zu verhindern, dass das Personal die Krankenkasse verlässt, weil es nicht mehr entlöhnt wird.

Absatz 2

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

Absatz 3

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

Artikel 58 Rückgriff

Die gemeinsame Einrichtung muss bei Eintritt der Insolvenz einer Krankenkasse (Art. 56) zu Lasten des Insolvenzfonds den Betrag übernehmen, welcher der Krankenkasse für die Bezahlung der Kosten nach Artikel 57 fehlt. Mit der Bestimmung über den Rückgriff und die Rückforderung wird der gemeinsamen Einrichtung in der Höhe der vom Insolvenzfonds übernommenen Kosten der Eintritt in die Ansprüche der zahlungsunfähigen Krankenkasse ermöglicht.

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

Absatz 1

Die von einem allfälligen Rückgriff betroffenen Organe sind insbesondere die Organe der Aktiengesellschaft oder der Genossenschaft. Dazu gehören der Verwaltungsrat der Aktiengesellschaft bzw. die Verwaltung der Genossenschaft, die Geschäftsführung, die Revisionsstelle und allenfalls auch die Kommissarische Verwaltung oder der Liquidator. Soweit noch Krankenkassen in den Rechtsformen des Vereins oder der Stiftung bestehen, werden von dieser Bestimmung auch deren Organe erfasst. Hinzu kommen allfällige Dritte, welche für die Zahlungsunfähigkeit einer Krankenkasse verantwortlich sein können, beispielsweise Verantwortliche des Rückversicherers.

Die Höhe der von der gemeinsamen Einrichtung übernommenen Kosten für die gesetzlichen Leistungen ist identisch mit den Kosten für die Leistungen nach Artikel 57 des Gesetzes. Der Rechtseintritt erfolgt somit höchstens bis auf die Höhe der Kosten für die Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, der freiwilligen Taggeldversicherung, den Abgaben in den Risikoausgleich und den mit der Gewährung der Leistungen verbundenen Verwaltungskosten, welche auch allfällige Prozesskosten umfassen. Der Rechtseintritt erfolgt als Privileg gegenüber den anderen Gläubigern der Konkursmasse, da diesen im Umfang der von der gemeinsamen Einrichtung erbrachten Leistungen kein Schaden erwächst. Diejenigen Gläubiger, welche andere Forderungen als die im Umfang der gesetzlich vorgesehenen Kostenübernahme für Leistungen nach Artikel 57 an die Konkursmasse haben, werden im Umfang der gesetzlich vom Insolvenzfonds übernommenen Kosten immerhin entlastet, weshalb sich das Privileg auch gegenüber diesen Gläubigern rechtfertigt. Die Ansprüche, welche die gemeinsame Einrichtung nicht übernimmt, werden nach Artikel 260 Absatz 1 SchKG verwertet.

Der Eintritt in die Rechtsansprüche kann ab dem Zeitpunkt der Sicherstellung der Leistungen erfolgen. Dieser Zeitpunkt kann mit dem von der Aufsichtsbehörde festgestellten Zeitpunkt der Leistungspflicht des Insolvenzfonds identisch sein (Art. 55). Die gemeinsame Einrichtung kann sich jedoch auch für einen späteren Rechtseintritt entscheiden.

Absatz 2

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

Absatz 3

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

Absatz 4

Die Ansprüche, welche die gemeinsame Einrichtung durchsetzen kann, fallen in den Insolvenzfonds. Dieser wird soweit wie möglich schadlos gehalten. Kann dieser sogar vollständig schadlos gehalten werden, fällt ein Überschuss in die Konkursmasse und wird an die übrigen Gläubiger anteilmässig verteilt. Fällt auch der Konkursmasse ein Überschuss an, so fliesst dieser nach der Liquidation der Kasse wiederum dem Insolvenzfonds zu (Art. 53 Bst. b).

Artikel 59 Abgaben zum Ausgleich von Risikounterschieden

Die Bestimmungen von Artikel 59 bis 63 übernehmen die Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (AS 2009 4755), die den neuen Risikoausgleich einführt. Sie werden neu unter dem Kapitel 7 über die gemeinsame Einrichtung unter dem Abschnitt "Risikoausgleich" in das Gesetz eingefügt. Zur besseren Lesbarkeit wurden die Absätze auf fünf Artikel aufgeteilt. Artikel 59 entspricht Absatz 1 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007.

Ursprünglich berücksichtigte der Risikoausgleich nur das Alter und das Geschlecht der Versicherten. Bei der erwähnten Änderung des KVG wurde er jedoch durch das Kriterium des Spitalaufenthalts ergänzt.

Der Risikoausgleich hat sich bewährt und alles weist darauf hin, dass eine Mehrheit jener, die sich an der Diskussion über die Krankenversicherung beteiligen, eine weitere Stärkung dieses Systems unterstützen, indem der Anreiz zur Risikoselektion verringert und die Solidarität ausgebaut wird. Das derzeitige System beruht auf dem Grundsatz der Einheitsprämie, Rabatten für Kinder und möglichen Rabatten für junge Erwachsene. Hingegen gilt unabhängig vom Geschlecht oder Alter der Versicherten beim gleichen Versicherer und im gleichen Kanton oder in der gleichen Region die gleiche Prämie, ohne dass der Gesundheitszustand der Person berücksichtigt wird. Somit können die Versicherer versucht sein, vermehrt junge, gesunde Männer anzuwerben oder versuchen, kranke und ältere Personen loszuwerden. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, wurde der Risikoausgleich eingeführt.

Artikel 60 Erhöhtes Krankheitsrisiko

Dieser Artikel entspricht Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (AS 2009 4755). Er übernimmt die Kernbestimmung des neuen Risikoausgleichs, welcher die Aufenthaltsdauer in einem Spital oder Pflegeheim berücksichtigt.

Artikel 61 Massgebende Versichertenbestände

Dieser Artikel entspricht dem ersten Satz von Absatz 3 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (AS 2009 4755) und beschreibt die massgebenden Versichertenbestände für den Risikoausgleich.

Artikel 62 Berechnung des Durchschnitts

Dieser Artikel entspricht dem zweiten Teil von Absatz 3 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (AS 2009 4755) und beschreibt die Berechnung der durchschnittlichen Risikounterschiede und die zu ermittelnden Aufenthalte in einem Spital oder Pflegeheim.

Artikel 63 Durchführung

Dieser Artikel entspricht Absatz 4 bis 6 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (AS 2009 4755) und überträgt die Durchführung des Risikoausgleichs der gemeinsamen Einrichtung und enthält die Delegationsnorm für die Ausführungsbestimmungen des Bundesrates.

Da heute kein Grund mehr besteht, die Dauer des Risikoausgleichs zu befristen, schlägt der Bundesrat vor, die Bestimmungen zum Risikoausgleich in Artikel 59 bis 63 definitiv in das Gesetz aufzunehmen, weshalb der letzte Absatz 7 der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (AS 2009 4755), der die Dauer auf fünf Jahre ab Inkrafttreten befristet, nicht in das Gesetz übernommen und somit aufgehoben wird (siehe Änderungen des bisherigen Rechts).

Artikel 64 Bundesverwaltungsgericht

Für Streitigkeiten zwischen der gemeinsamen Einrichtung und einer Krankenkasse ist das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht an zwei verschiedenen Stellen im KVG geregelt. Da die Regelung zur gemeinsamen Einrichtung im Wesentlichen in das neue Gesetz übernommen wird, ist es sinnvoll, auch die Verfahrensbestimmungen zu übernehmen, ohne daran Änderungen vorzunehmen.

Absatz 1

Artikel 90a KVG wird unverändert in diesen Absatz übernommen. Die bisherigen Verweise auf das KVG wurden durch Verweise auf das neue Gesetz ersetzt.

Absatz 2

Der zweite Absatz übernimmt Artikel 18 Absatz 8 KVG. Der Geltungsbereich von Artikel 64 beschränkt sich wie Artikel 18 Absatz 8 KVG auf die Verfahren zur Befreiung von der Versicherungspflicht, zur Zuweisung zu einer Krankenkasse und zur Prämienverbilligung von Rentnerinnen und Rentnern und deren Familienangehörigen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, da alle diese Fälle nach Artikel 50 in der Zuständigkeit der gemeinsamen Einrichtung verbleiben.

Art. 65

Diese Bestimmung schreibt vor, dass das Gesetz über das Verwaltungsverfahren anwendbar ist, soweit das Gesetz nicht davon abweicht. Folglich muss die Aufsichtsbehörde dieses Verfahrensgesetz anwenden, wenn sie im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeiten gegenüber den Krankenkassen Verfügungen erlässt, zum Beispiel ihre Verfügungen über die Gewährung oder die Verweigerung einer Bewilligung, die soziale Krankenversicherung oder die Rückversicherung durchzuführen oder wenn sie sichernde Massnahmen trifft.

Dieses Verfahrensgesetz wird ausserdem im Rahmen der Verwaltungssanktionen (Art. 82), welche die Aufsichtsbehörde verfügt, anwendbar sein. Diese Sanktionen werden vor allem einen präventiven und nicht einen repressiven Charakter haben. Damit sie durch die Aufsichtsbehörde selbst schnell umgesetzt werden können, erscheint es in diesen Fällen geeignet, das Gesetz über das Verwaltungsverfahren als anwendbar zu erklären, zumal die Rechte der Betroffenen dabei vollständig garantiert sind.

Art. 66 Rechtsform, Sitz und Name

Dieser Artikel ist die zentrale Legalbestimmung, welche statuiert, dass die Eidgenössische Aufsicht über die sozialen Versicherungen im Bereich Gesundheit (SASO) in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und Sitz in Bern existiert. Die SASO ist somit eine selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts, die zur dezentralen Bundesverwaltung gehört, wie beispielsweise die FINMA, das Institut für Geistiges Eigentum (IGE) oder das Heilmittelinstitut (Swissmedic).

In Absatz 3 wird die Basis der Organisation der SASO festgehalten. Demnach organisiert sich die Anstalt nach den Grundsätzen einer zeitgemässen guten Corporate Governance mit einer eigenen wirtschaftlichen Betriebsführung und einer eigenen Rechnung.

Art. 67 Organe

Die Organe der SASO sind der Verwaltungsrat, die Geschäftsleitung und die Revisionsstelle. Die Aufzählung ist abschliessend.

Art. 68 Verwaltungsrat

Abs. 1

Bst. a

Der Verwaltungsrat legt die strategischen Ziele der SASO fest und unterbreitet sie dem Bundesrat zur Genehmigung. Zu den strategischen Zielen können namentlich die zukünftigen Tätigkeitsschwerpunkte, die Personal- und Ressourcenplanung sowie die Entwicklung der Verwaltungsführung der SASO gehören. Es wird im Ermessen der SASO liegen, in welchem Umfang und Detaillierungsgrad sie sich strategische Ziele geben will. Sie wird diese nach der Genehmigung durch den Bundesrat veröffentlichen.

Bst. b

Der Verwaltungsrat soll über Geschäfte von grosser Tragweite entscheiden können. Zu denken ist dabei an Geschäfte, welche die Umsetzung der strategischen Ziele gemäss Bst. a betreffen. Der Verwaltungsrat kann dabei Verfügungen mit grosser präjudizieller Tragweite oder mit weitreichenden wirtschaftlichen oder aufsichtspolitischen Folgen (z.B. die Zustimmung zum Konkurs einer grossen Krankenkasse) eröffnen. Die Geschäftsleitung unterbreitet ihm dabei einen Antrag. Im Weiteren können beispielsweise auch Personalentscheide oder grössere IT-Beschaffungen in seinen Kompetenzbereich fallen.

Der Verwaltungsrat wird die Aufteilung der Kompetenzen zwischen ihm und der Geschäftsleitung in einem Organisationsreglement regeln. Dritte können daraus keine Rechte ableiten: So sind von einer Verfügung betroffene Parteien insbesondere nicht befugt, einen Entscheid des Verwaltungsrats anstelle der Geschäftsleitung zu verlangen.

Bst. c

Strategische Aufgaben wie die Regulierung gehören zu den zentralen Aufgaben des Verwaltungsrates. So erlässt er die Verordnungen und beschliesst die Rundschrei-

ben. Darüber hinaus wird er zu den ihm vom Bund vorgelegten Regulierungsvorhaben auf Gesetzes- und Verordnungsstufe Stellung nehmen.

Bst. d und e

Eine der Aufgaben des Verwaltungsrates ist es auch Kontrollfunktionen auszuüben. So kontrolliert er insbesondere die Geschäftsleitung bei der Geschäftsführung und überwacht deren Tätigkeit. Dazu dient unter Anderem die Einrichtung einer internen Revision, welche ihm direkt unterstellt ist. Mittels der internen Revision und weiterer Kontrollmechanismen kann der Verwaltungsrat die Einhaltung der Organisationsreglements überprüfen, Missstände aufspüren und in der Folge deren Beseitigung anordnen.

Bst. f

Der Verwaltungsrat erstellt einen Geschäftsbericht und unterbreitet ihn vor seiner Veröffentlichung dem Bundesrat zur Genehmigung. Der Bundesrat könnte die Genehmigung verweigern, wenn er mit grundlegenden Punkten der Berichterstattung nicht einverstanden ist. Der Inhalt richtet sich sinngemäss nach dem Obligationenrecht (Art. 662 OR). Der Geschäftsbericht enthält einerseits Angaben zur Praxis des abgelaufenen Geschäftsjahres. Damit ihm der Charakter eines Rechenschaftsberichtes zu. Andererseits bilden statistische Angaben sowie die Jahresrechnung Bestandteile des Geschäftsberichts. Mit der Genehmigung des Geschäftsberichts durch den Bundesrat ist keine haftungsrechtliche Entlastung des Verwaltungsrates für die darin bekannt gegebenen Tatsachen verbunden.

Bst. g

Der Verwaltungsrat wählt die Direktorin oder den Direktor. Die Wahl sowie eine allfällige Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch den Verwaltungsrat unterstehen der Genehmigung des Bundesrats.

Bst. h

Der Verwaltungsrat wählt auch die Mitglieder der Geschäftsleitung. Er legt die Grösse der Geschäftsleitung fest und wählt deren Mitglieder. Entsprechend ist er auch zuständig um die Mitglieder der Geschäftsleitung abzurufen, sofern sich dies als notwendig erweisen sollte.

Bst. i

Im vorliegenden Entwurf sind nur die grundlegenden organisatorischen Rahmenbedingungen der SASO festgelegt. Darüber hinaus werden keine konkreten Vorgaben zur Organisationsstruktur gemacht. Damit verfügt die SASO über eine weitgehende Organisationsautonomie. Eine der Hauptaufgaben des Verwaltungsrats wird demnach die Regelung der Organisationsstruktur der SASO in einem Organisationsreglement sein.

Zudem wird der Verwaltungsrat auch Richtlinien über die Informationstätigkeit der SASO erlassen.

Bst. j

Der Verwaltungsrat genehmigt des Weiteren den Voranschlag.

Abs. 2

Da der Verwaltungsrat bei Geschäften von wesentlicher Tragweite selbst entscheidet (vgl. Abs. 1 Bst. b), müssen seine Mitglieder grundsätzlich unabhängig von den verschiedenen Interessenvertretern sein. Mit dem Amt unvereinbar ist beispielsweise die aktuelle Tätigkeit in einer Geschäftsleitung oder als Verwaltungsratspräsident/-in bei beaufsichtigten Kassen. Zu weit gehende Anforderungen an die Unabhängigkeit können im Gegenzug die Auswahl geeigneter Kandidatinnen und Kandidaten für diese anspruchsvolle Aufgabe erschweren und damit die erforderliche Professionalität der SASO gefährden. Die Verwaltungsratsmitglieder haben insbesondere über Fachkunde zu verfügen. Damit dieses Erfordernis erfüllt ist, müssen sie auf Grund ihrer praktischen oder wissenschaftlichen Tätigkeit mit der sozialen Krankenversicherung oder der Aufsicht im Allgemeinen vertraut sein.

Bei der Zusammensetzung des Verwaltungsrates ist überdies die Verordnung vom 3. Juni 1996 über ausserparlamentarische Kommissionen sowie Leistungsorgane und Vertretungen des Bundes (Kommissionenverordnung; SR 172.31) zu beachten.

Interessenkonflikte der Verwaltungsratsmitglieder können besonders bei Einzelfallentscheiden auftreten. Der Verwaltungsrat wird daher im Organisationsreglement festlegen müssen, wann ein Mitglied in den Ausstand zu treten hat und welche Interessenbindungen (z.B. Beratungs- oder Anwaltsmandate etc.) offen zu legen sind.

Um eine gewisse Kontinuität im Organ des Verwaltungsrates zu gewährleisten, wird dieser für eine Amtsdauer von vier Jahren gewählt, wobei jedes Mitglied für zwei weitere Amtsperiode, demnach maximal 12 Jahre als Verwaltungsrat tätig sein kann.

Abs. 3

Der Bundesrat hat die Kompetenz den Verwaltungsrat zu wählen und den jeweiligen Präsidenten/-in und Vizepräsidenten/-in zu bestimmen. Primär hat er bei der Wahl des Verwaltungsrates und der Bestimmung des Präsidiums auf die fachlichen Fähigkeiten, praktische Arbeitserfahrung und den Leumund der möglichen Kandidaten/-innen zu achten. Er achtet zudem ergänzend und nach Möglichkeit auf eine angemessene Vertretung beider Geschlechter. Der Bundesrat regelt zudem auch die Entschädigung für die Mitglieder des Verwaltungsrats. Dabei kommen Art. 6a des Bundespersonalgesetzes vom 24. März 2000 (BPG; SR 172.220.1) sowie die Verordnung vom 19. Dezember 2003 über die Entlohnung und weitere Vertragsbedingungen der obersten Kader und Leistungsorgane von Unternehmen und Anstalten des Bundes (Kaderlohnverordnung; SR 172.220.12) zur Anwendung.

Abs. 4

Aufgrund des breiten Aufgabenspektrums der SASO und zur Wahrung des institutionellen Gleichgewichts übt die Präsidentin/der Präsident das Amt vollamtlich aus. Sie bzw. Er darf weder eine andere wirtschaftliche Tätigkeit ausüben noch ein eidgenössisches oder kantonales Amt bekleiden, es sei denn es liege im Interesse der Aufgabenerfüllung der SASO. So wäre beispielsweise eine nebenamtliche Lehrtätigkeit an einer Hochschule mit diesem Amt vereinbar. Nicht zulässig wären hingegen insbesondere politische Ämter, welche Sozialversicherungsbereiche betreffen.

Abs. 5

Der Bundesrat hat die Kompetenz die Mitglieder des Verwaltungsrates abzurufen bzw. die Arbeitsverhältnisaufösungen mit dem Direktorium (Direktor/-in und/oder

Vizedirektor/-in) zu genehmigen, wenn die Voraussetzungen für die Ausübung des Amtes nicht mehr erfüllt sind.

Art. 69 Geschäftsleitung

Abs. 1 und 2

Die Geschäftsleitung hat die Unterschriftenkompetenz für alle Verfügungen, soweit sie gemäss Organisationsreglement nicht dem Verwaltungsrat vorbehalten oder einer untergeordneten Organisationseinheit übertragen sind. Bei einer Unterschriftendelegation an eine untergeordnete Organisationseinheit wird im Namen der SASO verfügt. Dadurch entsteht jedoch keine Beschwerdemöglichkeit an die Geschäftsleitung. Die Geschäftsleitung ist verpflichtet, die Entscheidungsgrundlagen des Verwaltungsrats vorzubereiten und ihm regelmässig oder bei besonderen Ereignissen von sich aus Bericht zu erstatten.

Abs. 3

Weitere detaillierte Einzelheiten werden im Organisationsreglement geregelt.

Art. 70 Revisionsstelle

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) wird als Revisionsstelle der SASO eingesetzt. Der Prüfauftrag der Revisionsstelle sowie die Form der Berichterstattung richten sich sinngemäss nach den Bestimmungen des Obligationenrechts: Dem Verwaltungsrat wird gemäss Artikel 728b Abs. 1 OR umfassend über die Prüfung berichtet. Dem Bundesrat wird hingegen nur der zusammenfassende Bericht (Art. 728b Abs. 2 OR) unterbreitet.

Art. 71 Personal

Abs. 1

Das Personal der SASO wird öffentlich-rechtlich angestellt, wie das auch im Falle der FINMA vom Parlament gewünscht wurde.

Abs. 2

Der Verwaltungsrat hat die Kompetenz das Anstellungsverhältnis in einer Verordnung zu regeln. Die Verordnung enthält alle arbeitsvertraglich relevanten Regelungen, welche mit der Bundesgesetzgebung im Einklang zu stehen haben. Die Verordnung bedarf der Genehmigung des Bundesrates. Der Bundesrat wird so sicherstellen, dass die Anstellungsbedingungen sowohl den wirtschaftlichen als auch den politischen Anforderungen gerecht werden.

Der Verwaltungsrat wird in der Verordnung u.a. die Rechtsbegriffe "Entlohnung", "Nebenleistungen" und "weitere Vertragsbestimmungen" verwenden, welche aus der sog. Kaderlohnverordnung des Bundes stammen. Als "Nebenleistungen" gelten zum Beispiel alle zusätzlich zum Lohn erbrachten Geldleistungen wie Bonifikationen. Bei "weiteren Vertragsbestimmungen" ist an Kündigungsfristen oder Abgangsschädigungen zu denken.

Abs. 3 und 4

Auf die weiter anwendbaren Bundesbestimmungen des Bundespersonalgesetzes; SR 172.220.1, des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 2006 über die Pensionskasse des Bundes (PUBLICA-Gesetz; SR 172.222.1), sowie deren anwendbaren Ausführungsbestimmungen wird verwiesen. Diese Regelungen sind Bestandteil des jeweiligen Arbeitsvertrages.

Art. 72 Amtsgeheimnis

Abs. 1

Das Amtsgeheimnis des Personals und der Organe verpflichtet dazu, alles geheim zu halten, was weder allgemein bekannt noch zugänglich ist und woran die SASO oder Dritte, die in einer Rechtsbeziehung zur SASO stehen, ein schutzwürdiges Geheimhaltungsinteresse haben. Die Pflicht zur Verschwiegenheit umfasst die amtlichen Wahrnehmungen der SASO. In diesem Rahmen hat die SASO insbesondere auch die Geheimhaltungsinteressen der Beaufsichtigten, namentlich deren Geschäftsgeheimnisse sowie deren Berufsgeheimnisse zu berücksichtigen. Verletzungen des Amtsgeheimnisses sind nach Artikel 320 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB, SR 311.0) strafbar.

Abs. 2 und 3

Das Organisationsreglement wird die Zuständigkeit für die Entbindung vom Amtsgeheimnis regeln. Dabei wird es sich jeweils um eine vorgesetzte Stelle innerhalb der SASO handeln. Diese entscheidet im Sinne von Artikel 320 Ziffer 2 StGB über die Entbindung des Amtsgeheimnisses. Im Falle eines Verwaltungsratsmitglieds beschliesst der Gesamtverwaltungsrat unter Ausschluss des betroffenen Mitglieds.

Art. 73 Reserven

Für die mittel- und langfristige Sicherung des finanziellen Gleichgewichts der SASO ist es wichtig, geschäftsmässig begründete Reserven aus dem Ertrag der Abgaben für unvorhergesehene Risiken und Einnahmeschwankungen und geplante Investitionen (u.a. Informatik und Mobiliar) zu bilden. Neben der normalen Geschäftsführung sollte die SASO auch auf Haftungsfälle vorbereitet sein. Sie hat demnach eine vernünftige, geschäftsmässig begründete Reservepolitik zu betreiben und sollte über finanzielle Reserven von durchschnittlich einem Jahresbudget verfügen. Aus heutiger Sicht beträgt dieses etwa 13 Millionen. Da die Äufnung der Reserven über einen längeren Zeitraum erfolgen wird - als angemessen erscheint eine Dauer von ungefähr 10 Jahren - wird die Belastung wirtschaftlich tragbar sein.

Art. 74 Tresorerie

Die SASO schliesst sich für die Verwaltung ihrer liquiden Mittel der zentralen Tresorerie des Bundes an. Zur Gewährleistung ihrer Zahlungsbereitschaft kann der Bund die SASO mit Fremdkapital versorgen. Abgewickelt werden solche Darlehen - analog wie bei der FINMA - über ein Kontokorrent der SASO beim Bund. Im Gegenzug legt die SASO ihre überschüssigen Gelder beim Bund an. Auf diesen Geldern zahlt ihr der Bund marktkonforme Zinsen. Die Einzelheiten werden zwischen der SASO und dem Bund in einer separaten Vereinbarung geregelt.

Art. 75 Rechnungslegung

Die Rechnungslegung der SASO hat ihre Vermögens-, Finanz- und Ertragslage vollständig darzulegen. Dabei folgt sie den allgemeinen Grundsätzen der Wesentlichkeit, Verständlichkeit, Stetigkeit und Bruttodarstellung. Sie orientiert sich ferner an anerkannten Standards der Rechnungslegung. Der Verwaltungsrat wird unter Berücksichtigung dieser Grundsätze den Rechnungslegungsstandard bestimmen. Das angewendete Regelwerk wird dauerhaft offen gelegt.

Art. 76 Verantwortlichkeit

Abs. 1

Die Verantwortlichkeit der SASO, ihrer Organe und ihres Personals richtet sich grundsätzlich nach dem Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit des Bundes sowie seiner Behördemitglieder und Beamten (Verantwortlichkeitsgesetz, VG; SR 170.32). Dies gilt auch für die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Organe und des Personals der SASO.

Soweit andere Personen unmittelbar mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraut werden, greift ebenfalls die Haftung nach Verantwortlichkeitsgesetz (Art. 1 Abs. 1 Bst. f VG). Bei diesen Personen handelt es sich um die von der SASO Beauftragten, insbesondere die Sanierungsbeauftragten und Liquidatoren oder weitere beigezogene Dritte. Diese Personen werden mit dem Oberbegriff "Beauftragte" bezeichnet.

Die Verantwortlichkeit der privatrechtlich eingesetzten Revisionsgesellschaften richtet sich nach den Bestimmungen des Aktienrechts (vgl. Art. 752-760 OR).

Abs. 2

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine wesentliche Amtspflichtverletzung Voraussetzung für das Vorliegen einer Staatshaftung für Schäden infolge eines Rechtsaktes, der sich später als unrichtig erweist. Dabei setzt die Widerrechtlichkeit in Ausübung einer amtlichen Befugnis einen besonderen Fehler voraus, der nicht schon vorliegt, wenn sich die Entscheidung später als unrichtig, gesetzwidrig oder sogar willkürlich erweist. Haftungsbegründende Widerrechtlichkeit ist vielmehr erst dann gegeben, wenn die Richterin oder der Richter beziehungsweise die oder der Bundesangestellte eine für die Ausübung ihrer oder seiner Funktion wesentliche Pflicht, eine wesentliche Amtspflicht, verletzt hat und damit eine unentschuld-bare Fehlleistung vorliegt, die einer pflichtbewussten Person nicht unterlaufen wäre. Die Voraussetzung der Verletzung von wesentlichen Amtspflichten soll bei der SASO nicht nur auf Rechtsakte, sondern auf die gesamte Tätigkeit der Aufsichtsbehörde beziehungsweise der Organe, des Personals sowie der von der SASO Beauftragten ausgedehnt werden. Damit wird bei der SASO und den von ihr Beauftragten das Kriterium der Widerrechtlichkeit eingeschränkt und der Begriff der wesentlichen Amtspflichtverletzung eingeführt. Die SASO und die von ihr Beauftragten sollen nämlich für sämtliches Handeln nur noch dann haften, wenn sie ihre Tätigkeit eindeutig fehlerhaft ausgeübt haben, beispielsweise wenn sie bei Schwierigkeiten bei einer oder einem Beaufsichtigten eindeutig zu spät oder gar nicht eingreifen. Angesichts der enormen Risiken und der Komplexität der Aufgabe lässt sich eine solche Haftungsbeschränkung rechtfertigen.

Die SASO und die von ihr Beauftragten dürfen zudem nicht für Fehler zur Verantwortung gezogen werden, welche von Beaufsichtigten begangen werden. Deshalb wird in Buchstabe b der Grundsatz verankert, dass die SASO oder die von ihr Beauftragten nur haften, wenn Schäden nicht auf Pflichtverletzungen (z.B. Verletzung aufsichtsrechtlicher Bestimmungen oder auch privatrechtlicher Sorgfaltspflichten) einer oder eines Beaufsichtigten zurückzuführen sind. Die Pflichtverletzung der oder des Beaufsichtigten schliesst gemäss Buchstabe b die Haftung der SASO und der von ihr Beauftragten aus, auch wenn diese bei der Aufsicht wesentliche Amtspflichten verletzt haben. Aus Sicht des Bundesrates erscheint der Ausschluss der Haftung bei Pflichtverletzungen der Beaufsichtigten gerade im Bereich der sozialen Krankenversicherung gerechtfertigt. Die Akteure im Krankenversicherungsmarkt werden zwar beaufsichtigt, aber letztendlich müssen sie vor allem eigenverantwortlich handeln. Es kann daher nicht Aufgabe der Aufsicht und letztlich des Staates sein, bei pflichtwidrigem Verhalten einer oder eines Beaufsichtigten die Verantwortung für den Schaden zu übernehmen.

Art. 77 Steuerbefreiung

Gemäss Art. 62d RVOG sind die Eidgenossenschaft sowie ihre Anstalten, Betriebe und unselbständige Stiftungen von jeder Besteuerung durch die Kantone und Gemeinden befreit.

Auch von der Besteuerung des Bundes ist die SASO grundsätzlich ausgenommen. Der Gesetzgeber hat jedoch in seiner besonderen Steuergesetzgebung darauf verzichtet, den Bund und seine Anstalten von der subjektiven Steuerpflicht der Verrechnungssteuer sowie den Stempelabgaben zu befreien, weshalb das Bundesgesetz vom 13. Oktober 1965 über die Verrechnungssteuer (VStG; SR 642.21), das Bundesgesetz über die Mehrwertsteuer (SR 641.20), sowie das Bundesgesetz vom 27. Juni 1973 über die Stempelabgabe (StG, SR 641.10) vorbehalten bleiben.

Art. 78 Unabhängigkeit und Aufsicht

Abs. 1

Mit dieser Bestimmung wird die politische Unabhängigkeit der SASO betont und gesetzlich sichergestellt. Weder der Bundesrat noch die eidgenössischen Räte verfügen gegenüber der SASO über ein Weisungsrecht. Ihre Entscheide können lediglich von den Betroffenen mittels Verwaltungsbeschwerde angefochten werden, womit eine richterliche Kontrolle gewährleistet ist. Ansonsten ist die SASO politisch unabhängig.

Abs. 2

Es macht jedoch Sinn, dass die SASO mindestens einmal jährlich gegenüber dem Bundesrat ihre Strategie erläutert. Es handelt sich dabei um ein Instrument des Bundesrats im Rahmen seiner Eignerstrategie. Damit erhält der Bundesrat die notwendigen Informationen und kann generelle Fragen zur Sozialversicherungspolitik erörtern. Es steht der SASO frei zu entscheiden, wer von ihrer Seite an diesen Gesprächen teilnehmen soll. Die Delegation wird sicher von der Präsidentin oder dem Präsidenten des Verwaltungsrats angeführt werden. Die weitere Zusammensetzung der Delegation wird sinnvollerweise jeweils an die besonderen Bedürfnisse des Gesprächs angepasst werden. Es steht aber auch dem Bundesrat frei, für diese Ge-

sprache einen Ausschuss zu bestimmen. Der Bundesrat kann zudem jederzeit weitere Gespräche verlangen, falls er dies aufgrund spezieller Vorkommnisse als nötig erachtet.

Abs. 3

Die Aufsichtsbehörde war bis anhin in das EDI eingegliedert. Die neu geschaffene SASO verkehrt auch zukünftig mit dem Bundesrat über das EDI.

Abs. 4

Die Ausübung der Oberaufsicht durch die eidgenössischen Räte erstreckt sich auf die gesamte Tätigkeit des Bundesrats und der von ihm beaufsichtigten zentralen und dezentralen Bundesverwaltung. Adressat der Oberaufsicht ist der Bundesrat. Gestützt auf die Oberaufsicht können keine Entscheide aufgehoben oder geändert sowie Weisungen erteilt werden. Werden Mängel in der Geschäfts- oder Finanzhaushaltsführung festgestellt, so können Empfehlungen für das künftige Verhalten abgegeben werden. Bei der Ausübung der Oberaufsicht verfügen die Aufsichtskommissionen über umfassende Auskunfts- und Akteneinsichtsrechte. Dabei ist es den Aufsichtskommissionen unbenommen, mit der SASO direkt in Kontakt zu treten und von ihr zweckdienliche Auskünfte und Unterlagen einzufordern. Im Rahmen der parlamentarischen Oberaufsicht über Anstalten und Unternehmungen des Bundes wird geprüft, ob der Bundesrat die Interessen des Eigners wahrgenommen hat. Die Oberaufsicht bezieht sich dabei nicht nur auf die dem Bundesrat auf diesem Gebiet übertragenen Aufgaben im engeren Sinn (z.B. Wahlen, Festlegung und Kontrolle der Ziele), sondern auch auf die Aufsichtsfunktion, die der Bund auszuüben hat. Mit anderen Worten: Die Oberaufsicht beschäftigt sich nicht mehr mit den operativen Tätigkeiten der dezentralen Einheiten (direkte Oberaufsicht), sondern konzentriert sich auf die Art und Weise, wie der Bundesrat und die Vertreterinnen und Vertreter des Bundes diese Einheiten verwalten und überwachen (indirekte Oberaufsicht). Der Bundesrat muss ausserdem auch Rechenschaft über alle Ereignisse ablegen, die das ordentliche Funktionieren dieser Einheiten beeinträchtigen könnten. Werden Aufsichtsfunktionen des Bundes wie bei der SASO in weisungsungebundene Einheiten der dezentralen Bundesverwaltung ausgelagert, so muss sich die Oberaufsicht im Vergleich zu anderen ausgelagerten Einheiten noch vermehrt auf eine externe politische Kontrolle beschränken, die keinen direkten Einfluss auf die Geschäftsführung nimmt. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Tätigkeit der SASO und insbesondere ihre Entscheide einer gerichtlichen Überprüfung unterstehen. Im Rahmen dieser unabhängigen verwaltungsjustiziellen Funktion sind sie bezüglich der Oberaufsicht den Gerichten gleichzustellen. Die Kontrolltätigkeit des Bundesrats beschränkt sich dabei darauf, zu überprüfen, ob die SASO korrekt funktioniert und ob sie die Mittel, über die sie verfügt, ordnungsgemäss verwaltet.

Art. 79 Information der Öffentlichkeit

Eine allgemeine Information über ihre Aufsichtstätigkeit und -praxis erfolgt mindestens einmal jährlich im Rahmen der Veröffentlichung des Geschäftsberichts. Über einzelne Verfahren wahrt die SASO hingegen das Amtsgeheimnis (Art. 72 KVAG). Es kann jedoch in Ausnahmesituationen ein aufsichtsrechtliches Bedürfnis und

damit ein öffentliches Interesse daran bestehen, dass die Öffentlichkeit über ein Verfahren informiert wird.

Artikel 80 Vergehen

Die Vergehen nach dieser Bestimmung können bei vorsätzlicher Begehung mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft werden. Die Bemessung erfolgt nach den allgemeinen Regeln und Höchstbeträgen des StGB. Nach Artikel 34 StGB ergibt sich somit eine Höchstbusse von 360 Tagessätzen, was in etwa 1'000'000 Franken entspricht. Wer fahrlässig handelt, wird mit Busse bis zu 250'000 Franken bestraft. Im Falle der Wiederholung innert fünf Jahren nach der rechtskräftigen Verurteilung beträgt die Geldstrafe mindestens 45 Tagessätze (vgl. Art. 34 StGB).

Die in Artikel 80 vorgesehene Vergehensnorm lehnt sich an Artikel 87 VAG an. Die in Artikel 92 KVG genannten Vergehenstatbestände werden grösstenteils nicht übernommen. Nur der in Artikel 92 Buchstabe c KVG genannte Vergehenstatbestand wird in Artikel 81 Absatz 1 (als Bst. e) integriert und bildet somit neu einen der Übertretungstatbestände. Die neuen Vergehenstatbestände werden somit auf der Basis von Artikel 87 VAG den neuen sich aus dem Gesetz ergebenden Pflichten angepasst. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Vergehensnorm von Artikel 80 somit insbesondere neue aufsichtsrechtlich relevante Tatbestände von einer gewissen Schwere, wie etwa die Verminderung des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung berücksichtigt.

Es ist nicht vorgesehen, dass bei Artikel 80 die juristischen Personen bestraft werden sollen bzw. können. Allerdings wird nach Artikel 102 StGB ein Vergehen dem Unternehmen zugerechnet, wenn in einem Unternehmen in Ausübung geschäftlicher Verrichtung im Rahmen des Unternehmenszwecks ein Verbrechen oder Vergehen begangen wird und diese Tat wegen mangelhafter Organisation des Unternehmens keiner bestimmten natürlichen Person zugerechnet werden kann. In diesem Fall wird nach Artikel 102 StGB das Unternehmen mit Busse bis zu 5 Millionen Franken bestraft.

Wie in Artikel 79 Absatz 2 ATSG vorgesehen, ist die Strafverfolgung der Vergehen nach diesem Artikel Sache der Kantone.

Artikel 81 Übertretungen

Die vorgesehene Übertretungsnorm übernimmt zum Teil geltendes Recht, berücksichtigt darüber hinaus aber neue aufsichtsrechtlich relevante Tatbestände. Übertretungen gemäss diesem Artikel können bei vorsätzlicher Begehung mit Busse bis zu 500'000 Franken bestraft werden. Die fahrlässige Tatbegehung, für die das Gesetz ein Bussenmaximum von 150'000 Franken vorsieht, ist ebenfalls strafbar. Im Fall einer Wiederholung innert fünf Jahren nach der rechtskräftigen Verurteilung beträgt die Busse mindestens 10'000 Franken.

Der Absatz 1 übernimmt in den Buchstaben b, f, g und h die Übertretungstatbestände von Artikel 93 KVG. Diese werden ergänzt mit Verstössen gegen neue sich aus dem Gesetz ergebende Pflichten (Art. 81 Abs. 1 Bst. a, c und d). Diese Ergänzung erfolgt in Analogie zu den in Artikel 86 VAG genannten Übertretungstatbeständen.

Ferner wird der in Artikel 92 Buchstabe c KVG genannte Vergehenstatbestand in Artikel 81 Absatz 1 (als Bst. e) integriert und bildet somit neu einen der Übertretungstatbestände.

Dies bedeutet, dass die in Artikel 81 genannten Übertretungstatbestände aus dem KVG und dem VAG übernommen und anschliessend den sich aus dem Gesetz ergebenden Besonderheiten angepasst wurden. Die Höchststrafe, die Abgrenzung zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit sowie der Wiederholungsfall wurden analog dem neueren VAG angepasst.

Wie in Artikel 79 Absatz 2 ATSG vorgesehen, ist die Strafverfolgung der Übertretungen nach diesem Artikel Sache der Kantone.

Artikel 82 Verwaltungssanktionen

Der Tatbestand der Widerhandlung gegen Weisungen wird aus dem geltenden Recht (Art. 93a Abs. 1 Bst. b KVG) übernommen. Dieser Tatbestand wird ergänzt um den Tatbestand der Widerhandlung gegen Verfügungen. Die weiteren Tatbestände des geltenden Rechts werden nicht explizit übernommen. . Hingegen sieht die Vorlage vor, dass die Tatbestände nicht mehr nach dem Verwaltungsstrafrecht, sondern analog dem Kartellgesetz als Verwaltungssanktionen unter Anwendung des Verwaltungsverfahrensgesetzes sanktioniert werden sollen. Da bei den Tatbeständen des Artikels 82 die Unternehmen direkt sanktioniert werden sollen und das Kernstrafrecht dies nur unter der Voraussetzung von Artikel 102 Strafgesetzbuch und 7 Verwaltungsstrafrecht erlaubt, sieht die Vorlage analog dem Kartellgesetz die Einführung einer Verwaltungssanktion vor. Die bisherige Höchstsanktion wird von 5'000 Franken auf 100'000 Franken erhöht. Die nach dem geltenden Recht mögliche Höchstsanktion von 5'000 Franken kann nicht mehr als genügend abschreckend eingestuft werden. Denn für juristische Personen im Bereiche der sozialen Krankenversicherung, welche teilweise einen Umsatz von über einer Milliarde Franken pro Jahr machen, ist eine Maximalsanktion von 5'000 Franken nicht mehr angemessen. Deshalb wird die Höchstsanktion auf 100'000 Franken angehoben. Damit handelt es sich nicht mehr um Ordnungswidrigkeiten im Sinne des Verwaltungsstrafrechts (vgl. Art. 3 VStrR). Aus diesem Grunde sieht die Vorlage – im Lichte der Rahmenbedingungen des Kernstrafrechts – auch einen Systemwechsel zur Verwaltungssanktion vor.

Bei den Tatbeständen des geltenden Artikel 93a KVG wurden primär die juristischen Personen bestraft. Da dies unter den Rahmenbedingungen des Kernstrafrechts am besten noch in der Form der Verwaltungssanktion erfolgen kann und wie bisher bei dieser Art von Tatbeständen die juristischen Personen, mit Sanktionen belastet werden sollen, wird mit Artikel 82 das System der Verwaltungssanktion eingeführt.

Es ist vorgesehen, dass eine unterschiedliche Verwaltungsstelle einerseits die Untersuchung durchführt und andererseits das Verfahren führt und die Verfügung erlässt.

Der Revisionsentwurf sieht in Artikel 53 Buchstabe d ferner vor, dass die Sanktionsgelder im Bereiche von Artikel 82 dem Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung KVG übertragen werden soll. Da die Beträge deutlich erhöht wurden, und die Bezahlung durch die Versicherer letztlich aus Prämiengeld erfolgt, soll damit erreicht werden, dass das Bussengeld im System der sozialen Krankenversicherung bleibt.

Was den neuen Tatbestand der Widerhandlung gegen Verfügungen betrifft, so kann dazu das Folgende festgestellt werden: In der Praxis hat sich gezeigt, dass die zuständige Aufsichtsbehörde keine Sanktionsmöglichkeit hat, wenn Versicherer einer rechtskräftigen Verfügung nicht Folge leisten oder zuwiderhandeln. Diese Lücke füllt die Vorlage in Artikel 82 Buchstabe a.

Artikel 83 Vollzug

Absatz 1

Der Bundesrat wird mit dem Vollzug des Gesetzes beauftragt. Dieses enthält zahlreiche Normen, welche einer Konkretisierung durch den Bundesrat auf Verordnungsstufe bedürfen. Diese Bestimmungen sind im Kapitel "Delegation von Rechtssetzungsbefugnissen" detailliert aufgeführt. Artikel 83 erteilt dem Bundesrat zusätzlich eine generelle Befugnis, die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz zu erlassen.

Artikel 84 Änderung bisherigen Rechts

Die Änderungen des bisherigen Rechts werden in den Anhang verwiesen. Deren Kommentar folgt nach Artikel 89.

Artikel 85 Übergangsbestimmungen

Den Krankenkassen muss eine gewisse Frist gewährt werden, um sich neu zu organisieren und um die neuen Anforderungen des Gesetzes zu erfüllen. Diese neuen Anforderungen haben sie gleichzeitig zu ihrer normalen Geschäftstätigkeit zu erfüllen und in ihre Geschäftsabläufe zu integrieren.

Den Krankenkassen wird eine Frist von fünf Jahren eingeräumt, um eine der beiden neu zulässigen Rechtsformen anzunehmen. Zurzeit gibt es noch rund 28 Krankenkassen, die die Rechtsform der Stiftung (13) oder des Vereins (15) aufweisen. Krankenkassen, die in der Rechtsform einer Stiftung oder eines Vereins organisiert sind, benötigen eine relativ lange Übergangsfrist aufgrund ihrer Entscheidungswege und weil je nach Rechtsform auch die Stiftungsaufsicht des Departements, jedenfalls auch die Handelsregisterämter und die Aufsichtsbehörde des Bundesamts für Gesundheit bzw. die SASO die rechtskonforme Übertragung des Vermögens auf eine Aktiengesellschaft bzw. den Rechtskleidwechsel prüfen müssen. Eine Frist für die Entscheide der Reorganisation und weitere ein bis zwei Jahre zur Umsetzung der rechtlichen Schritte erscheint deshalb als gerechtfertigt. Allerdings wird keinerlei Verzögerung akzeptiert und den Versicherungsunternehmen, die bei Ablauf der gewährten Frist nicht die verlangte Rechtsform aufweisen, wird die Bewilligung entzogen.

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

Diese Frist gerechtfertigt, weil diese drei Elemente von grosser Bedeutung sind. Sie sollen die Krankenkassen dazu veranlassen, baldmöglichst Transparenz und finanzielle Sicherheit zu gewährleisten, die heute nicht gegeben sind. Viele Krankenkassen, vor allem die grössten sowie jene, die einer Gruppe angehören, verfügen –

abgesehen vom gebundenen Vermögen – bereits über diese Mittel und es besteht kein Grund, dass die kleinen und mittleren Krankenkassen nicht so rasch als möglich die gleichen Sicherheitsstandards bieten. Selbstverständlich kann die Aufsichtsbehörde einer Krankenkasse, die die eine oder andere dieser Anforderungen nicht umsetzt, die Bewilligung entziehen.

Artikel 86 Übergang von Rechten und Pflichten

Die SASO erhält als Anstalt des öffentlichen Rechts eigene Rechtspersönlichkeit und kann sich künftig in eigenem Namen rechtsgeschäftlich verpflichten, klagen und verklagt werden. Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes und damit auch der SASO. Für die Reorganisation der Aufsichtsbehörde in einer unabhängigen Anstalt nach öffentlichem Recht ist jedoch eine maximale Frist von drei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen. Die Erfahrungen aus analogen Projekten zeigen, dass in der Konkretisierungsphase der Errichtung von Unternehmen kurzfristig besonderer Regelungsbedarf entstehen kann. Aus diesem Grund wird dem Bundesrat die Kompetenz eingeräumt, die für den Übergang notwendigen Vorkehrungen zu treffen und entsprechende Bestimmungen zu erlassen. Die SASO übernimmt überdies alle Verfahren der Versicherungsaufsicht des Bundesamtes für Gesundheit, die bei Inkrafttreten der Organisationsbestimmungen der SASO hängig sind. Sie zeigt dies den zuständigen Gerichten und Parteien an.

Artikel 87 Übergang der Arbeitsverhältnisse

Absatz 1

Bei der Überführung der Versicherungsaufsicht des Bundesamtes für Gesundheit gehen die Arbeitsverhältnisse von Gesetzes wegen vom bisherigen Arbeitgeber Bundesamt für Gesundheit an die neue Arbeitgeberin SASO über. Das Bundesamt für Gesundheit muss den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern weder kündigen noch muss die neue Trägerschaft SASO sie neu anstellen. Die vom Übergang betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben jedoch die Möglichkeit, den Übergang ihres Arbeitsverhältnisses abzulehnen. Diesfalls endet das Arbeitsverhältnis auf Ablauf der gesetzlichen Kündigungsfrist, welche sich nach dem Bundespersonalgesetz richtet.

Absatz 2

Wenn das Arbeitsverhältnis weitergeführt wird, besteht während der Dauer eines Jahres Anspruch auf den bisherigen Lohn. Die neue Organisationsstruktur der SASO hat unter Umständen zur Folge, dass sich die einzelnen Arbeitsbereiche und Funktionen ändern. Die Betroffenen können daraus keine Ansprüche an den ehemaligen Arbeitgeber ableiten.

Absatz 3

Ob in Einzelfällen ein Bewerbungsverfahren durchgeführt wird, entscheidet der Verwaltungsrat beziehungsweise die Geschäftsleitung. Dies wird in der Regel bei Zusammenlegung von Funktionen oder bei Neuschaffung von Funktionen der Fall sein.

Absatz 4

Sollte es aufgrund der Reorganisation nicht möglich sein, eine für beide Seiten befriedigende Lösung zu finden, wird die SASO für diese Personen sozialverträgliche Lösungen suchen.

Artikel 88 Zuständige Arbeitgeberin

Diese Norm stellt unter dem PUBLICA-Gesetz klar, dass die SASO für alle bisherigen Alters-, Hinterlassenen und Invalidenrentenbezügerinnen und -bezüger der betroffenen Amtsstellen die zuständige Arbeitgeberin ist und die entsprechenden Arbeitgeberpflichten übernehmen muss.

Die SASO wird als dezentrale Verwaltungseinheit der Bundesverwaltung im Sinn des Artikels 32b Absatz 2 BPG als ein eigener vorsorgerechtlicher Arbeitgeber gelten. Nach Artikel 32d BPG wird sie dabei über ein eigenes Vorsorgewerk und damit einen eigenen Anschlussvertrag verfügen.

Nach Artikel 32f Absatz 1 BPG ist bei einer rechtlichen Verselbstständigung von Verwaltungseinheiten (Statuswechsel) der neu entstehende Arbeitgeber auch für die bisherigen Rentenbezügerinnen und -bezüger der verselbstständigten Verwaltungseinheiten zuständig. Die den betroffenen Verwaltungseinheiten zurechenbaren Rentenbezügerinnen und -bezüger folgen somit dem aktiven Personal zum neuen Arbeitgeber beziehungsweise in dessen Vorsorgewerk. Gründe für die restriktiv zu handhabenden Ausnahmen nach Artikel 32f Absatz 2 oder 3 BPG sind in diesem Fall nicht gegeben.

Artikel 89 Referendum und Inkrafttreten

Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten des Gesetzes, das dem fakultativen Referendum untersteht. Die Organisationsbestimmungen der SASO erhalten jedoch spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes ihre Gültigkeit, weshalb bis zu diesem Zeitpunkt die Ausführungsbestimmungen ausgearbeitet sein müssen.

Änderung des bisherigen Rechts

Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung Zahlreiche Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.1) müssen aufgehoben werden, da alle Vorschriften zur Beziehung zwischen Krankenversicherungen und Aufsichtsbehörden entsprechend die Bestimmungen über die gemeinsame Einrichtung in das neue Gesetz aufgenommen werden. Hingegen bilden die Vorschriften, die die Beziehungen zwischen Versicherten und Krankenkassen regeln, grundsätzlich weiterhin Teil des KVG.

Weiter erfahren zahlreiche Bestimmungen formelle Anpassungen.

Bundesgesetz vom 17. Dezember 2004 betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen

Art. 80 Abs. 2

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

Bundesgesetz vom 16. Dezember 2005 über die Zulassung und Beaufsichtigung der Revisorinnen und Revisoren

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

Bundesgesetz vom 7. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht

Art. 33 Bst. b Ziff. 2

Die Abberufung eines Verwaltungsratsmitgliedes sowie die Auflösung des Arbeitsverhältnisses der Direktorin oder des Direktors der SASO ist in Anlehnung an die Regelung bei der Abberufung des Direktoriums der FINMA getroffen worden und ist mit Beschwerde anfechtbar. Das Anfechtungsobjekt ist der Abberufungsentscheid oder im Fall der Direktorin oder des Direktors der Genehmigungsentscheid zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Diese Entscheide haben als Verfügungen nach Artikel 5 VwVG zu ergehen.

Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren

Art. 14 Abs. 1 Bst. e und Abs. 2

Kann ein Sachverhalt nicht auf andere Weise hinreichend abgeklärt werden, wird der SASO ermöglicht, Zeugen einvernehmen zu können. Die Zeugeneinvernahme ist in Artikel 14 VwVG geregelt. Die darin enthaltene Liste der Behörden, welche Zeugeneinvernahmen anordnen können, ist deshalb mit der SASO zu ergänzen. Die Bestimmung ergänzt das VwVG, das bereits mit Artikel 65 des Gesetzes generell für anwendbar erklärt wird.

Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die zur Durchführung des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung notwendige Regelungskompetenz (Erlass der Vollzugsbestimmungen) wird in Artikel 83 des Gesetzes einheitlich an den Bundesrat delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat befugt, sämtliche Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz in einer Verordnung zu erlassen.

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

Vorschriften betreffend der Entschädigung der Maklertätigkeit und der Kosten für Werbung (Art. 19 Abs. 2); Vorschriften betreffend die Anforderungen an die beruflichen Fähigkeiten des Verwaltungsrats bzw. des Vorstands und der Geschäftsleitung einer Krankenkasse (Art. 20 Abs. 2); Vorschriften zur Offenlegung von Interessenbindungen und zur Vermeidung von Interessenkonflikten (Art. 20 Abs. 4); Vorschriften zum Ziel, zum Inhalt und zur Dokumentation des Risikomanagements sowie zur Überwachung der Risiken durch die Krankenkassen (Art. 22 Abs. 2);

Bestimmung der zugelassenen externen Revisionsstellen nach Artikel 15 des Bundesgesetzes über die Zulassung und Beaufsichtigung der Revisorinnen und Revisoren (Art. 25 Abs. 2); Festlegung des Mindestanteils der Versicherungsrisiken, welche die Krankenkassen selber übernehmen müssen (Art. 33 Abs. 2); Bezeichnung der berechenbaren Aufsichtskosten und der massgebenden Prämieinnahmen (Art. 38 Abs. 3); Anordnung von Massnahmen bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems (Art. 43); Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich (Art. 63 Abs. 2 und 3); Wahl und Abberufung von Mitgliedern des Verwaltungsrats der Aufsichtsbehörde (Art. 68 Abs. 3 und 5); Bestimmung des Übergangs von Rechten und Pflichten auf die Aufsichtsbehörde (Art. 86 Abs. 1 und 2).

In diesem Zusammenhang bedarf Artikel 43 besonderer Erwähnung, da Absatz 2 des Artikels bestimmt, dass die vom Bundesrat erlassenen Anordnungen von Massnahmen bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems nach einem Jahr ausser Kraft treten, wenn der Bundesrat bis dahin der Bundesversammlung keine gesetzliche Grundlage für die Massnahmen vorlegt oder die Bundesversammlung die gesetzliche Grundlage für die Massnahmen ablehnt.