



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG)

Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse (Ergebnisbericht)

Bern, im Juli 2011

Inhalt

A. Einleitende Bemerkungen

1. Ausgangslage	3
2. Gegenstand	3
3. Hauptergebnisse	3
4. Zusätzliche Ergebnisse	4

B. Ergebnisse im Einzelnen

1. Allgemeine Bemerkungen	5
2. Einzelne Bestimmungen	6
3. Einzelne Bestimmungen betreffend Änderung bisherigen Rechts	15

A. Einleitende Bemerkungen

1. Ausgangslage

Am 1. Februar 2011 eröffnete der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zur Revision des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG). Die Vernehmlassung dauerte bis zum 15. Mai 2011.

Die Kantone, die in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien, die gesamtschweizerischen Dachverbände der Wirtschaft, die Konsumentenschutzorganisationen, die Verbände der Leistungserbringer, die gemeinsame Einrichtung KVG, die Patientenorganisationen, die Versicherer sowie sieben interessierte spezialisierte Organisationen wurden eingeladen, sich zum Entwurf des KVAG zu äussern. Insgesamt wurden 86 Behörden und interessierte Organisationen angeschrieben. Die Vernehmlassungsvorlage wurde auch im Internet auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (www.bag.admin.ch) veröffentlicht.

Das Eidgenössische Departement des Innern erhielt insgesamt 88 Stellungnahmen. 58 Stellungnahmen stammen von Behörden und Organisationen, die offiziell zur Stellungnahme eingeladen worden waren. Alle Kantone haben sich am Vernehmlassungsverfahren beteiligt. Von den 13 ins Vernehmlassungsverfahren einbezogenen politischen Parteien antworteten deren 7 (FDP, SP, CVP, SVP, EDU, Grüne und CSP).

2. Gegenstand

Mit dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung wird eine Stärkung der Aufsicht über die Versicherer angestrebt, indem insbesondere die Transparenz erhöht wird und für die Versicherungsunternehmen Regeln einer zeitgemässen Geschäftsführung eingeführt werden. Das Gesetz bietet der Aufsichtsbehörde zusätzliche juristische Mittel, damit diese so früh wie nötig reagieren und geeignete Massnahmen treffen kann. Zudem wird die Aufsicht über Versicherungsgruppen verbessert, die eine Krankenkasse umfassen. Der Betrag der Geldstrafen wird deutlich erhöht. Auch ist vorgesehen, eine von der Bundesverwaltung unabhängige Aufsichtsbehörde zu schaffen.

3. Hauptergebnisse

Ingesamt unterstützen die Personen und Organisationen, die sich im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens geäussert haben, die beabsichtigte Stärkung der Aufsicht über die soziale Krankenversicherung. In einigen Stellungnahmen wird jedoch bemängelt, der Gesetzesentwurf schränke die Freiheit der Krankenkassen, die als Unternehmen in einem Wettbewerbsmarkt tätig seien, zu stark ein.

Nachstehend sind die Vernehmlassungsergebnisse zu den vier folgenden Punkten zusammengestellt:

- Bedarf/Notwendigkeit der Erarbeitung eines gesonderten Gesetzes
- Trennung von obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherungen
- Aufsichtsbehörde ausserhalb der Bundesverwaltung
- Finanzierung der Aufsichtsbehörde

1. Bedarf/Notwendigkeit der Erarbeitung eines gesonderten Gesetzes

Die Kantone, die sich zu diesem Punkt geäußert haben, das Centre patronal, Physioswiss, Hausärzte Schweiz, der Verband Schweizerischer Versicherungsbroker (SIBA), der Ombudsman, die Patientenstellen, der Seniorenrat und das Forum Gesundheit Schweiz befürworten ein gesondertes Gesetz. Groupe Mutuel stellt sich nicht dagegen.

Hingegen lehnen santésuisse, Schweizerischer Versicherungsverband (SVV), Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK), die Krankenkassen CSS, ÖKK und Assura, FDP, EDU, SVP, Schweizerischer Gewerbeverband (SGV), economiesuisse, Fédération des Entreprises Romandes (FER), Schweizerischer Bauernverband, Aktion Freiheit und Verantwortung, Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz (VASOS) und Konsumentenforum die Idee eines gesonderten Gesetzes ab.

2. Trennung von obligatorischer Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherungen

Mit Ausnahme der Versicherer verlangen alle Vernehmlassungsteilnehmer, die sich zu diesem Aspekt geäußert haben, eine klare Trennung der beiden Versicherungsbereiche.

3. Aufsichtsbehörde ausserhalb der Bundesverwaltung

In der Frage der Schaffung einer von der Verwaltung unabhängigen Aufsichtsbehörde sind sich die Versicherer nicht einig. Santésuisse befürwortet diese nicht. Die kleinen Versicherer verlangen, dass die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung in die FINMA integriert wird. Die GDK und die Mehrheit der Kantone sprechen sich für eine von der Verwaltung unabhängige Aufsichtsbehörde aus, sofern die kantonalen Prämien den kantonalen Kosten entsprechen. Die politischen Parteien sind sich nicht einig in dieser Frage. Die Gewerkschaften und economiesuisse sind gegen die Schaffung einer unabhängigen Aufsichtsbehörde.

4. Finanzierung der Aufsichtsbehörde

Die im Vernehmlassungsentwurf vorgesehene Finanzierung der Aufsichtsbehörde über eine Abgabe der Krankenkassen stiess auf sehr heftigen Widerstand. Sowohl die Kantone als auch die Versicherer, die politischen Parteien und die Verbände zum Schutz der wirtschaftlichen Interessen weisen die Lösung zurück, dass die Aufsichtsbehörde über eine von den Krankenkassen erhobene Abgabe finanziert wird, die auf die Versicherungsprämien abgewälzt würde.

B. Ergebnisse im Einzelnen

1. Allgemeine Bemerkungen

Abgesehen von den unter den Hauptergebnissen zusammengefassten allgemeinen Bemerkungen (vgl. Ziff. 3 auf Seite 3f.) werden die folgenden allgemeinen Anmerkungen zur Versicherung gemacht:

Das Gros der im Vernehmlassungsverfahren angehörten Institutionen äussert sich kritisch zu diesem Entwurf.

2. Einzelne Bestimmungen

Art. 1 [Gegenstand und Zweck]

Kontra

Abs. 1

Gegenstand und Zweck des Gesetzes gemäss erstem Artikel wird aus verschiedener Sicht kritisiert. Die Aufsicht über Krankenkassen (Art. 1 Abs. 1 lit. a) ist grundsätzlich unbestritten, kritisiert wird ausschliesslich von Krankenkassen (Santésuisse, ÖKK, Lumneziana, kmu-Krankenversicherung) und RVK sowie SVK, dass die Terminologie „Krankenkassen“ sprachlich veraltet und deshalb der Begriff „Krankenversicherer“ zu verwenden sei.

Die Krankenkassen ÖKK, kmu-Krankenversicherung, Lumneziana sowie der RVK verlangen eine Präzisierung bzw. eine Einschränkung des Begriffes „Versicherungsgruppen“ (Art. 1 Abs. 1 lit. b) indem der Begriff „Krankenversicherungs-Gruppen“ einzuführen sei. Damit könne möglichen Abgrenzungsproblemen zur Gruppenaufsicht nach VAG begegnet werden. Santésuisse, die Groupe Mutuel, SGV und VSEI sind der Auffassung, dass auf die Aufsicht über Versicherungsgruppen zu verzichten sei. Der SGV und der VSEI begründen dies damit, dass eine Gruppenaufsicht keine zusätzlichen Erkenntnisse bringen soll, wenn vorgängig bereits die einzelnen Krankenkassen gründlich überprüft und dabei konzerninterne Rechte und Pflichten der Gruppengesellschaften bzw. Geldflüsse unter den Gruppengesellschaften berücksichtigt worden seien.

Die ÖKK möchte die reinen Schweizer Krankenrückversicherer nicht der Aufsicht nach KVAG unterstellen, weil das Schutzbedürfnis der rückversicherten Krankenversicherer ob deren Marktmacht und Sachkenntnis ungleich geringer sei als das Schutzbedürfnis des Versicherten. Eventualiter sei die Aufsicht über Rückversicherer auf die „sozialen Krankenrückversicherer“ zu beschränken, da die Aufsicht über die andern Rückversicherer durch die FINMA vorzunehmen sei.

Die SLKK kritisiert, dass es nicht Aufgabe des Gesetzgebers sei, die Privatversicherer als Anbieter der sozialen Krankenversicherung im Gesetzesentwurf auszuschliessen, auch wenn bisher kein Privatversicherer in diesem Markt tätig geworden sei.

Art. 1 Abs. 1 lit. d: Die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) ist gegen ihre Unterstellung unter das KVAG. Die GE KVG weist auf ihre vielfältigen Aufgaben, bei welchen es sich nicht um Aufsichtsaufgaben handle, und auf die andere Finanzierung hin. Eine genaue Analyse der Bestimmungen in den Kapiteln 1 - 6 zeige, dass sie auf die GE KVG nicht zutreffen, sondern auf die Krankenversicherer zugeschnitten sind. Sollte die GE KVG der Aufsicht nach diesem Gesetz unterstellt werden, wären Präzisierungen notwendig, welche Bestimmungen in welcher Weise angewendet werden sollen.

Antrag der GE KVG: Streichung sämtlicher die GE KVG betreffenden Bestimmungen des KVAG.

Eventualantrag: Streichung von Art. 1 Abs. 1 lit. d und - soweit Bestimmungen der GE im KVAG bleiben – separate Bestimmung zur Aufsicht analog dem geltenden Artikel 26 KVV.

Abs. 2

Das Konsumentenforum erwähnt, dass das Gesetz nicht nur den Versicherten diene, sondern deren Wahlfreiheit einschränke. Physioswiss fordert, dass nicht nur die Versicherten zu schützen seien, sondern auch die Leistungserbringer, weshalb diese ebenfalls in Abs. 2 zu erwähnen seien. ÖKK, santésuisse und SVK fordern, den Abs. 2 sei an das VAG anzugleichen, da der Hauptzweck der Insolvenzschutz der Krankenkassen sei.

Pro

Die Aufnahme der Gemeinsamen Einrichtung in den Kreis der Beaufsichtigten wird von den Vernehmlassern generell begrüsst.

Art. 2 [Krankenkassen]

Kontra

Im Zusammenhang mit Abs. 2 wird von der ÖKK, dem RVK, Lumneziana, Vita Surselva und KMU und von der FINMA gefordert, das Wort „hauptsächlich“ sei zu streichen, weil in Abs. 2 Entwurf KVAG die vollständige institutionelle Trennung zwischen sozialer Krankenversicherung und privater Krankenversicherung nach VVG vorzusehen sei. Die FINMA begründet dies damit, dass die Ziele von KVG und VAG sich grundlegend unterscheiden. Durch die institutionelle Trennung werde die Transparenz wesentlich erhöht und die Aufgabenteilung und die Effektivität der FINMA und der Aufsichtsbehörde nach KVAG wesentlich verbessert. Die FINMA könne zwar trotz fehlender institutioneller Trennung für einen einwandfreien Geschäftsbetrieb der Zusatzversicherung sorgen, könne aber die unternehmensweiten Risiken nicht angemessen überwachen, wenn der Träger der Privatversicherung eine soziale Krankenversicherung ist. Zudem sei auch für die Beaufsichtigten die Situation sehr unbefriedigend, da sie zwei Aufsichtsbehörden unterstellt sind und nach unterschiedlichen regulatorischen Vorgaben an zwei Behörden rapportieren müssen. Diese offensichtliche Schwäche des heutigen Systems liesse sich durch die institutionelle Trennung der Geschäftsfelder in hohem Mass beheben.

Die institutionelle Trennung von Zusatzversicherung und Grundversicherung möchte auch die GDK einführen, wobei die Kantone AG, BL, BS, FR, JU, LU, NE, SG, SO, TG, TI und ZH diesen Vorschlag nachdrücklich unterstützen. Ebenfalls eine institutionelle Trennung von Grund- und Zusatzversicherung wünscht sich die FMH, der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, pharmasuisse und die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung. Pharmasuisse bezeichnet die institutionelle Trennung als notwendig, um Quersubventionierungen zwischen Grund- und Zusatzversicherung in beiden Richtungen zu verhindern. Zudem sei aus Gründen des Datenschutzes und der Risikoselektion im Interesse der Versicherten die Geheimhaltungspflicht nur so absolut zu garantieren.

Als Alternative zur institutionellen Trennung von Grund- und Zusatzversicherung schlägt der Kanton TI vor, die zwei Versicherungsgeschäfte sowohl betreffend den Kontenrahmen als auch betreffend den Finanzplan zu trennen. Die GDK schlägt als Alternative vor, die Verwaltungskosten aus der gemeinsamen Nutzung von Immobilien und Anlagen aufzuteilen. Ebenso seien die realisierten Vermögenserträge und –Verluste aufzuteilen; zudem seien Regeln für die (marktnahe) Bewertung und Übertragung von Wertschriften zwischen den beiden Versicherungszweigen aufzustellen. Die Aufsichtsbehörde müsse zusammen mit der Grundversicherung auch die Zusatzversicherung beaufsichtigen, was dank der Analogie zu den Regeln über die Finanzmarktaufsicht künftig ohne weiteres möglich sei. Die Gesamtsicht sei unerlässlich, um die angeführten Prinzipien überwachen und sicherstellen zu können, dass zwischen Grund- und Zusatzversicherung keine opportunistische Verschiebungen von Vermögenswerten mehr möglich sind. Der Kanton JU fordert ebenfalls die institutionelle Trennung der Grund- und Zusatzversicherung und unterstützt den Alternativvorschlag der GDK, ebenso der Kanton SO, welcher darüber hinaus ein gesetzliches Verbot fordert, die Vermögenswerte zwischen den Versicherungszweigen zu verschieben.

Die ÖKK möchte den Vorschlag der institutionellen Trennung jedoch nur als Eventualantrag verstanden wissen, falls die neu vorgesehene Aufsichtsbehörde nicht an die FINMA angegliedert wird. Die Angliederung der Aufsichtsbehörde an die FINMA möchte auch santésuisse vorschlagen. Um der Problematik der verschiedenen Geschäftsfelder in derselben juristischen Einheit zu begegnen, schlägt santésuisse stattdessen vor, die

„Arbitrage“ durch Zuordnung aufsichtsrechtlich intransparenter Geschäfte zu unterbinden. Die vorstehend erwähnten Krankenkassen, santésuisse, SVK, RVK, SGV und VSEI möchten auch Abs. 1 so umformuliert haben, dass auch in der Zusatzversicherung ein Erwerbszweck verfolgt werden kann, wenn diese von der Grundversicherung nicht institutionell getrennt ist.

Der Centre Patronal möchte in der Definition der Krankenkassen die Möglichkeit öffentlich-rechtlicher Institutionen ausgeschlossen haben; VASOS hingegen möchte umgekehrt auch öffentlich-rechtliche Krankenkassen auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene ermöglichen.

Die ÖKK fordert, dass auch die Möglichkeit der Rückversicherungstätigkeit in Art. 2 analog zu Art. 6 Abs. 3 VAG zu regeln sei.

Pro

Das Konsumentenforum begrüsst, dass die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung auch die Zusatzversicherungen anbieten können, da eine Trennung von Grund- und Zusatzversicherungen nicht im Interesse der Konsumentinnen und Konsumenten sei. So könne Mehraufwand und Mehrkosten auf beiden Seiten gespart werden.

Art. 3 [Bewilligungspflicht]

Abs. 1

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK erachten den Text sprachlich als zu umständlich und wünschen eine Regelung analog Art. 3 Abs. 1 VAG. Antrag: „Jede Krankenkasse nach Artikel 2 bedarf zur Aufnahme der Versicherungstätigkeit einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde.“

Abs. 2

ÖKK ist der Meinung, dass, analog zu Art. 6 Abs. 3 VAG die Bewilligung zur sozialen Krankenversicherung nach Absatz 1 auch zur Rückversicherung in diesem Bereich berechtigen sollte

Art. 4 [Voraussetzungen]

Abs. 1

Bst. a

Kontra

Die Krankenkassen Assura, Groupe Mutuel, kmu-Krankenversicherung, Krankenkasse Turbenthal, Lumneziana, Sanavals, SLKK, vita surselva sowie die Krankenversicherungsverbände RVK, santésuisse und SVK und auch die CVP und die FMH sowie die Verbände Schweizerische Belegärzte-Vereinigung, Schweizerischer Bauernverband, Schweizerischer Bäuerinnen- und Landfrauenverband, Schweizerischer Gewerbeverband, Verband Schweizerischer Elektroinstallationsfirmen und die Arbeitgeber möchten auf die Beschränkung der Rechtsform verzichten. Sie sind der Meinung, dass das Vorschreiben der Rechtsform den Wettbewerb zu stark einschränke oder dass die Krankenversicherung auch mit anderen Rechtsformen gut durchgeführt werden könne.

Ergänzend möchte die FMH einen Buchstaben hinzufügen, welcher bestimmt, dass Krankenkassen und Rückversicherer keine Einrichtungen zur medizinischen Behandlung von

Versicherten führen und sich auch nicht finanziell an solchen beteiligen dürfen, weil das KVG eine klare Trennung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer verlange. Zudem möchte die FMH anfügen, dass die Krankenkassen sich für die Datenbearbeitung mit den dafür nötigen Rollen- und Berechtigungskonzepten zertifizieren lassen.

VASOS möchte anfügen, dass die AG nicht gewinnorientiert sein darf.

Bst. b

Die Vereinigungen FRC und ACSI unterstützen das Erfordernis eines Sitzes in der Schweiz.

Bst. d

Die Krankenkassen Groupe Mutuel, kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva und die Krankenversicherungsverbände RVK, santésuisse und SVK möchten „ausreichendes Startkapital“ im Gesetz näher präzisieren. KMU Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva und RVK finden zudem „jederzeit“ und „erforderliche Reserven“ konkretisierungsbedürftig. Analog Art. 8 VAG soll gegebenenfalls eine Bandbreite festgelegt werden.

Bst. f

Die GDK sowie die Kantone BL, BS, LU, SG und TG möchten präzisieren, dass die Prämien gemäss den Kosten der jeweiligen Versichertenkollektiven, d.h. kantonal oder ggf. nach Prämienregionen festgelegt werden. Antrag: *„...und die Gleichbehandlung der Versicherten innerhalb desselben Versichertenkollektivs und derselben Unternehmensgruppe oder Holdinggesellschaft gewährleisten;“*

Bst. f-j

Kontra

Die kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva und RVK sind der Meinung, dass diese Anforderungen dogmatisch ins KVG gehören und somit hier zu streichen sind.

Bst. i

Das Konsumentenforum und Kieser möchten konkretisieren, dass nicht alle versicherungspflichtigen Personen aufgenommen werden müssen, sondern nur diejenigen, die die Aufnahme verlangen.

Bst. h

Kontra

Assura sowie der Schweizerische Bauernverband und der Schweizerische Bäuerinnen- und Landfrauenverband möchten das Durchführen der freiwilligen Taggeldversicherung nicht als Bewilligungsvoraussetzung resp. nicht als obligatorisch erklären.

Abs. 2

Groupe Mutuel und die Krankenversicherungsverbände santésuisse und SVK verlangen eine Ergänzung, dass die Aufsichtsbehörde die Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes verfügt.

Art. 5 [Übertragung von Aufgaben]

Titel

Die kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva sowie der Krankenversicherungsverband RVK schlagen vor, den Titel zu ändern in „Ausgliederung“ oder „Outsourcing“.

Abs. 1

Der Kanton LU ist der Meinung, dass die Unternehmen/Verbände, auf die Aufgaben übertragen werden, die Voraussetzungen nach Artikel 4 auch erfüllen müssen.

Der Kanton GE sowie Assura und Kieser erachten die Delegation als zu unbestimmt und unklar. Assura möchte zudem, dass Tarifverhandlungen delegiert werden können und möchte dies in Absatz 1 aufführen.

Die Krankenkasse SLKK und die Arbeitgeber finden, dass die unternehmerischen Freiheiten stark eingeschränkt werden, wenn Aufgaben teilweise nicht mehr ausgelagert werden dürfen. Die Krankenkassen Groupe Mutuel, KMU Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva sowie die Krankenversicherungsverbände RVK, santésuisse, SVK und auch der Schweizerische Gewerbeverband, der Verband Schweizerischer Elektro-Installationsfirmen und die Arbeitgeber schlagen vor, eine generelle Delegationserlaubnis mit definierten Ausnahmen einzuführen. (vgl. Vorschlag santésuisse etc.)

Bst. a

Die FMH möchte die Registerdienste unter Bst. a auch betreffend Leistungserbringer im Zusammenhang mit e-Health neu regeln, weil die Architektur nicht mehr allein von Entscheiden von santésuisse abhängen soll.

ChiroSuisse verlangt, dass eine Einsichtnahme und Mitwirkung der Leistungserbringer beim Zahlstellenregister nach Bst. a geprüft wird.

PharmaSuisse möchte, dass das Aufsichtsorgan das Zahlstellenregister führt, damit gewährleistet werden könne, dass die Vergabe der Nummern nach rechtsstaatlichen Kriterien erfolge. Heute sei die Situation unbefriedigend.

Bst. b

Die Hausärzte Schweiz finden, dass bei Bst. b nicht hervorgeht, nach welchen Methoden die Überprüfung zu erfolgen hat. Sie möchten, dass zusammen mit den Leistungserbringern eine Methode definiert wird.

Physioswiss schlägt vor, die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit paritätisch durch die verschiedenen Berufsverbände vornehmen zu lassen. FMH bemerkt, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung zwischen dem Erlass der WZW-Kriterien durch den Bund, der Festlegung der Prüfmethode und der Durchführung zu trennen sei. Antrag: *„Die Krankenkasse kann einem anderen Unternehmen der Versicherungsgruppe oder einem Verband folgende Aufgaben übertragen, welche zwingend paritätisch mit den Berufsverbänden der Leistungserbringer wahrgenommen werden müssen..“*

VASOS ist gegen die Delegation von Aufgaben.

Abs. 2

Gemäss dem Konsumentenforum gehe nicht hervor, was unter „Hilfstätigkeit“ zu verstehen ist.

Abs. 3

Der Kanton FR unterstützt diese Regelung.

Abs. 4

Assura ist der Ansicht, dass die Aufsicht auch auf die Unternehmen, die delegierte Tätigkeiten der Krankenkassen vornehmen, erstreckt werden sollte.

Art. 6 [Bewilligungsgesuch]

Abs. 1

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva sowie den Krankenversicherungsverbänden RVK, santésuisse und SVK ist nicht klar, ob bestehende Krankenkassen auch einen Geschäftsplan einreichen müssen. Es wird eine mehrjährige Übergangsfrist gefordert.

Abs. 2

Die ÖKK begrüsst, dass die Anforderungen abschliessend geregelt werden.

Die SLKK sowie santésuisse und der SVK weisen darauf hin, dass für die soziale Krankenversicherung, anders als bei den Zusatzversicherungen, enge gesetzliche Vorgaben bestehen, und daher kein Handlungsspielraum im Rahmen eines Geschäftsplanes bestehe. Zudem sei unklar, nach welchen Kriterien die Aufsichtsbehörde die Prüfungen vornehme. Gemäss dem SVK sind Bst. b, e, h, l, n ersatzlos zu streichen. Zudem sei bei Bst. i zu ergänzen, dass eine Rückversicherungsplan nur einzureichen ist, sofern eine Rückversicherung vorgeschrieben ist.

Das Konsumentenforum erachtet diese Aufzählungen auf Gesetzesstufe als zu detailliert. Die Gründung einer Krankenkasse werde durch das Bewilligungsverfahren erschwert. Die heutigen Regelungen würden genügen.

Bst. c

pharmaSuisse weist darauf hin, dass die Pflichten des Verwaltungsrates im Obligationenrecht geregelt sind. Entweder spricht man sich für die Zulassung privater Unternehmen aus, oder man überträgt diese Aufgaben staatlichen Organen.

Bst. m

Assura möchte die freiwillige Taggeldversicherung für freiwillig erklären und daher hier streichen.

Bst. n

Assura möchte die freiwillige Taggeldversicherung für freiwillig erklären und daher als Voraussetzung streichen.

Bst. o

Die Krankenversicherungsverbände santésuisse und SVK möchten ergänzen, dass die Krankenkasse auch mitteilen muss, wenn sie die Krankenversicherung im Fürstentum Lichtenstein durchführen will und dort ein entsprechendes Gesuch gestellt hat.

Die Patientenstellen möchten auch die Meldung und ein entsprechendes Gesuch, falls eine Krankenkassen die Unfallversicherung zu betreiben beabsichtigt, hier anfügen.

Abs. 3

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva sowie der Krankenversicherungsverbände RVK, santésuisse und SVK möchten Absatz 3 streichen, weil sie die Einführung eines genehmigungspflichtigen Geschäftsplans für eine soziale Krankenversicherung als übertrieben erachten und ablehnen. Sie würden die in Art. 5 VAG vorgesehene Notifikationspflicht anstelle der Bewilligung vorziehen. Sie lehnen auch die nicht abschliessende und durch die Behörde jederzeit erweiterbare Aufzählung aus Gründen der Rechtssicherheit ab.

Art. 7 [Änderungen des Geschäftsplans]

Die Krankenkassen Assura, kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, SLKK, vita surselva sowie der Krankenversicherungsverband RVK und der Schweizerische Gewerbeverband, der Verband Schweizerischer Elektroinstallationsfirmen und die SVP möchten Änderungen des Geschäftsplanes nicht der Bewilligungspflicht unterstellen. In Frage käme höchstens eine Analogie zu Art. 5 VAG, der zwischen Melde- und Bewilligungspflicht unterscheidet.

Auch die Krankenversicherungsverbände santésuisse und SVK sind der Meinung, dass Art. 5 VAG analog übernommen werden solle.

Für Eisler ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Geschäftsplan als solcher nicht zu bewilligen sei, aber jede Änderung einer Bewilligung bedürfe. Zudem sei eine generelle Genehmigungspflicht für Änderungen nicht praktikabel (bspw. bei den AVB).

Art. 8 [Änderung der rechtl. Struktur, Vermögensübertragung und Versichertenbestandübertragung]

Die ÖKK erachtet den Titel als zu kompliziert und würde ihn stattdessen „Umstrukturierungen“ nennen.

kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva und RVK erachten den Aufbau dieser Vorschrift als missverständlich, da bewilligungspflichtige und mitteilungs- oder notifikationspflichtige Tatbestände nicht deutlich auseinandergelassen würden.

Abs. 1

LU möchte festhalten, dass die Mitteilung umgehend zu erfolgen hat.

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK finden, dass keine Gründe ersichtlich seien, warum eine blosser Absicht bereits eine Mitteilungspflicht auslösen sollte. Sie und ÖKK möchten den ganzen Absatz 1 wie folgt ändern: *„Freiwillige Bestandesübertragungen, Fusionen und Spaltungen unter Beteiligung von sozialen Krankenversicherern bedürfen der Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde. Diese erteilt die Bewilligung, wenn der Schutz der Versicherten, insbes. der Schutz vor Insolvenzrisiken des übernehmenden Krankenversicherers und vor Missbräuchen, gewährleistet ist.“*

Kieser findet unklar, ob nur eine Mitteilung notwendig oder eine Bewilligung erforderlich sei.

Abs. 2

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK ändern den ganzen Absatz 2 wie folgt: *„Umwandlungen und Vermögensübertragungen sind der Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Sie gelten als*

genehmigt, sofern die Aufsichtsbehörde nicht innert vier Wochen eine Prüfung des Vorgangs einleitet.“

Assura, Groupe Mutuel und santésuisse möchten Absatz 2 streichen, da er zu offen und unklar sei. Zudem sei die Umsetzung des Fusionsgesetzes Aufgabe der WEKO. Santésuisse bemängelt zudem, dass das Kündigungsrecht der Versicherten bei Übertragung des Versichertenbestandes nicht erwähnt ist.

Abs. 3

Assura erachtet diesen Absatz nicht als notwendig, da die Übertragung des Versichertenbestandes mehr oder weniger der Vermögensübertragung nach Abs. 1 entspreche.

ChiroSuisse bringt vor, dass bei einer Übertragung des Versichertenbestandes auch die Interessen der Leistungserbringer gewahrt werden müssen.

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK schlagen folgende Umformulierung vor:

„Die Aufsichtsbehörde kann eine Umstrukturierung an Bedingungen knüpfen, wenn sie nach Art und Umfang die Krankenkasse oder die Interessen der Versicherten gefährdet.“

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK schlagen einen zusätzlichen **Absatz 4** vor, welcher wie folgt lauten soll:

„Bei Umstrukturierungen haben die betroffenen Krankenversicherer sicherzustellen, dass bestehende Versicherungsverhältnisse unverändert fortgeführt werden.“

Zudem möchte sie einen zusätzlichen **Absatz 5** mit folgendem Inhalt:

„Bei freiwilligen Bestandesübertragungen ist der übernehmende Krankenversicherer verpflichtet, die übernommenen Versicherungsnehmerinnen und Versicherungsnehmer innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung der Bewilligung individuell über die Bestandesübertragung sowie über das Kündigungsrecht zu informieren. Die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb von drei Monaten nach der individuellen Information zu kündigen. Die FINMA kann den Ausschluss des Kündigungsrechts verfügen, wenn die Bestandesübertragung in wirtschaftlicher Hinsicht nicht zu einem Wechsel des Vertragspartners der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers führt.“

In einem zusätzlichen **Absatz 6** möchte ÖKK zusätzlich regeln:

„Treten im Rahmen einer Bestandesübertragung, Fusion, Spaltung oder Umwandlung bei der übernehmenden Gesellschaft zwischen dem Abschluss des jeweiligen Umstrukturierungsvertrags und der versicherungsaufsichtsrechtlichen Genehmigung wesentliche Änderungen im Aktiv- oder im Passivvermögen ein, so muss deren oberstes Leitungs- oder Verwaltungsorgan die Aufsichtsbehörde darüber informieren.“

Art. 9 [Beteiligungen]

Die Patientenstellen möchten die Bestimmung ersatzlos streichen, Krankenkassen sollen sich nicht an anderen Unternehmen beteiligen dürfen.

VASOS erachtet diese Bestimmung als unnötig, weil die Kassen nicht gewinnorientiert sind.

Der Schweizerische Gewerbeverband und der Verband Schweizerischer Elektroinstallationsfirmen möchten festhalten, dass bei derartigen Beteiligungen die Anlagevorschriften unter allen Umständen einzuhalten sind.

Abs. 1

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK finden es problematisch, an das Vorliegen einer blossen Kauf- oder Verkaufsabsicht anzuknüpfen.

Pharmasuisse ist der Ansicht, dass Beteiligungen *an anderen Versicherern* ausgeschlossen sein sollten, wenn man an einem Wettbewerb festhalten will.

Zudem möchten sie und die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung ergänzen, dass sich eine Versicherung nicht an Leistungserbringern finanziell beteiligen darf, damit sie im Leistungsangebot frei bleibt.

Abs. 4

Gemäss Kieser und dem Konsumentenforum sei nicht klar, was mit den „Interessen der Versicherten“ gemeint ist. Angesichts der Schwere der Entscheidung der Aufsichtsbehörde kann nicht auf einen derart unbestimmten Begriff Bezug genommen werden.

Die Groupe Mutuel, santésuisse und der SVK möchten konkretisieren, dass die Aufsichtsbehörde eine Beteiligung *mittels Verfügung* untersagen oder an Bedingungen knüpfen kann. Auch der Schweizerische Gewerbeverband und der Verband Schweizerischer Elektroinstallationsfirmen finden, dass Entscheide der Aufsichtsbehörde gerichtlich überprüft werden können müssen.

Gemäss Pharmasuisse ist hier die Frage der Kompetenz zu stellen – die Prognose in Sachen Erwägung von Chancen/Risiken durch die Aufsichtsbehörde muss nicht immer richtiger sein, als diejenige der Betriebsleitung.

Art. 10 [Weitere Bestimmungen]

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK schlagen folgende Formulierung vor:
„Die Vorschriften des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995 betreffend die Beurteilung von Unternehmenszusammenschlüssen sowie das Bundesgesetz über Fusion, Spaltung, Umwandlung und Vermögensübertragung vom 3. Oktober 2003 bleiben vorbehalten.“

Art. 11 [Ausgabenumlageverfahren]

Keine Bemerkungen.

Art. 12 [Risikobasierte Reserven]

Generell wird das neue System von den meisten Personen und Institutionen begrüsst. Die Kantone, die sich zu dieser Bestimmung geäussert haben, bringen einige Bemerkungen an: Der Kanton JU bedauert es, dass die Bestimmung den Versicherern die Kompetenz belässt, die ausreichenden Reserven zu beurteilen, da sich in der Vergangenheit gezeigt hat, dass die Gefahr von Fehlern besteht. Der Kanton ZH verlangt den bisherigen Ausgleich von Ungleichgewichten und fordert die Ergänzung von Artikel 12 mit der Bildung von Reserven nach Kanton, damit nicht die Reserven eines Kantons auf die Versicherten anderer Kantone übertragen werden können. Der Kanton AG kritisiert die Schwammigkeit der Bestimmung, die einen grossen Interpretationsspielraum belasse. Nach Ansicht des Kantons FR sind die Situationen mit unzureichenden oder zu hohen Reserven auf ein zu wenig entschiedenes Eingreifen des BAG zurückzuführen.

Santésuisse, Groupe Mutuel und SVK verlangen, in der Verordnung die Risikokalkulation genauer zu regeln und die Gleichbehandlung aller Versicherer zu gewährleisten. Ein Inkrafttreten (der Änderung der KVV zu den risikobasierten Reserven) am 1. Januar 2012 sei nur mit einer fünfjährigen Übergangsfrist möglich. Es fehlten noch Vorgaben zu den Wertschwankungsrückstellungen für die Kapitalrisiken, zur Überprüfung der ausreichenden Rückstellungen für die unerledigten Versicherungsfälle durch das BAG und zur Anwendung der bestehenden Vorschriften zu den Reserven durch das BAG.

KV Schweiz, RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung unterstützen die Berechnung der Reserven anhand der Risiken. Der Einführung dieses neuen Systems müsse eine Testphase vorangehen, um dessen Auswirkungen auf die gesamte Branche zu beurteilen. Die wichtigsten Merkmale der risikobasierten Reserven, die vollständige Berücksichtigung der Rückversicherungsansprüche und die Rückversicherungspflicht für Kassen mit kleinen Versichertenbeständen müssten im Gesetz verankert werden. Der KV Schweiz verlangt eine Kompetenzübertragung an den Bundesrat (unter anderem für die Anlage der Reserven und der Rückstellungen).

ÖKK, RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung wünschen die Streichung von «insbesondere», da die Aufzählung abschliessend sei.

Die Assura stellt sich gegen die Anwendung des Schweizer Solvenztests (SST), der zu ständigen, kurzfristigen Prämienchwankungen führen könnte.

Aus Sicht der SLKK sind die Markt- und Kreditrisiken im Bereich der sozialen Krankenversicherung zweitrangig. Zudem sei es nicht angebracht, im Aufsichtsgesetz finanzielle Risiken aufzuführen, die nur von einer beschränkten Zahl von Versicherern eingegangen würden. Schon jetzt bestehe ein Reporting, das sich bewährt habe.

Nach Ansicht der FMH sollte die Umstellung von einer prämienbasierten Reserve auf eine Bürgschaftsgarantie (zum Beispiel des Staats) geprüft werden, wie sie im Immobiliensektor bestehe.

Die Konsumentenschutzorganisationen unterstützen die Bestimmung.

Der Schweizerische Bauernverband und der Schweizerische Bäuerinnen- und Landfrauenverband möchten das bisherige System für die Prämien- und Reservenkalkulation beibehalten. Mit einer Finanzierung nach dem Ausgabenumlageverfahren mache die Festlegung der Reserven anhand der Risiken keinen Sinn. Sie führe zu einer Erhöhung der Verwaltungskosten der Kassen, ohne dass die Sicherheit der Versicherten verbessert werde. Das derzeitige System ermögliche der Aufsichtsbehörde, sehr rasch zu reagieren (Prämienhöhung im Verlauf des Jahres). Die Situation der unzureichenden Reserven bestimmter Kassen sei nicht auf die derzeitige Rechtsgrundlage, sondern auf deren unzureichende Umsetzung zurückzuführen.

Der SGV unterstützt die Bestimmung, verlangt jedoch, dass den Versicherern genügend Zeit eingeräumt wird, um das neue System einzuführen und einen allfälligen Mangel an Reserven zu beheben. Die künftige Höhe der Reserven müsse so festgelegt werden, dass es nicht notwendig sei, in erheblichem Umfang neue Reserven zu bilden. Die Wertschwankungsreserven für die Anlagen dürften nicht in den risikobasierten Reserven enthalten sein.

Richard Eisler spricht sich für die Streichung der Bestimmungen zu den Reserven aus. Der Konkurrenzdruck zwingt die Versicherer dazu, ihre Risiken angemessen zu erfassen und entsprechend Reserven zu bilden. Die Versicherer streben stets nach dem besten System zur Risikobewertung. Falls sich ein Versicherer bei seiner Einschätzung irre, trage er allein die Folgen. Die Genehmigung des Risikobewertungssystems durch die Aufsichtsbehörde

stelle einen Anreiz für die Versicherer dar, sich auf diese staatliche Genehmigung zu verlassen und bei der Einschätzung ihrer Risiken keine Verantwortung mehr zu übernehmen.

Art. 13 [Rückstellungen]

AG, RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, santésuisse, ACSI und die Patientenstellen verlangen, dass klargestellt wird, was unter «angemessenen Rückstellungen» zu verstehen ist, indem auf die Swiss GAAP FER 41 Bezug genommen wird.

Die Konsumentenschutzorganisationen fordern, dass ein Berechnungsgrundsatz eingefügt wird, um zu verhindern, dass sich die in der Vergangenheit aufgetretenen Ereignisse wiederholen.

Nach Ansicht von Richard Eisler müssen die Vorgaben zu den Rückstellungen gewährleistet, dass die Versicherer diese Verpflichtungen in ihrer Bilanz angemessen berücksichtigen (Schutz der Versicherten und der Leistungserbringer).

Art. 14 [Gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung]

Santésuisse und der SVK begrüßen die Verankerung des gebundenen Vermögens im Gesetz, die jedoch nur dann Sinn mache, wenn die Depotbanken dieser Verpflichtung unterstellt würden (wie bei der Mustervereinbarung mit der FINMA). Artikel 14 müsse in der Verordnung genauer ausgeführt werden. Im Übrigen werde in den Artikeln 80 ff. KVV das gebundene Vermögen der Kassen nicht unterschieden. Es sollte genauer angegeben werden, welche Werte dem gebundenen Vermögen zuzuweisen seien.

Die Assura vertritt die Auffassung, die gesonderte Verwahrung der Vermögenswerte, die dem gebundenen Vermögen zugewiesen würden, verursache Kosten und sei angesichts der übrigen Massnahmen, die das Gesetz zum Schutz der Interessen der Versicherten vorsehe, nicht sinnvoll.

Richard Eisler spricht sich für die Bestimmungen zum gebundenen Vermögen aus, die sicherstellten, dass die Kasse über genügend Aktiva verfüge, um einen Insolvenzfall zu bewältigen.

Art. 14 Abs. 1

RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung stellen sich gegen den Ausdruck «Versicherungsverträge», da in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung kein Versicherungsvertrag, sondern Versicherungsverhältnisse beständen. Bedeutet der Verweis in Artikel 32 auf Artikel 14, dass die Ansprüche, die aufgrund der Rückversicherungsverträge erhoben werden, sowohl von der Krankenkasse als auch vom sozialen Rückversicherer sichergestellt werden müssen?

Art. 15 [Genehmigung der Prämientarife]

Die Kantone (AG, BS, GE, JU, VD, TI) und die VASOS stellen sich gegen die Aufhebung ihres Anhörungsrechts im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens (Art. 61 Abs. 5 KVG). Sie verlangen die Beibehaltung dieses Rechts, die Einführung einer ausreichenden diesbezüglichen Frist und die Möglichkeit, über alle notwendigen Dokumente zu verfügen. Der Kanton BS fordert, dass die Aufsichtsbehörde im Gesetz verpflichtet wird, die Kantone über die Daten der Versicherer zu den Prämien, die für das bevorstehende Jahr zu

genehmigen sind, und zu den definitiven Resultaten des Vorjahres zu informieren (einschliesslich der Korrekturmassnahmen bei zu hohen oder zu tiefen Prämien). Ausserdem verlangt der Kanton BS, dass die Kantone bis Ende August alle erforderlichen Daten erhalten. Der Kanton TI fordert ein Einsprucherecht gegen die Prämiengenehmigung.

Der Kanton VS schlägt eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Kanton und der Aufsichtsbehörde im Rahmen der Prämienfestlegung vor.

Der Kanton UR und die VASOS wünschen, dass die Prämien von einer politischen Behörde (und nicht von der Aufsichtsbehörde) genehmigt werden (auf Empfehlung der Aufsichtsbehörde).

Die SLKK stellt sich gegen die Genehmigung der Prämien durch die Aufsichtsbehörde, die nicht die Kompetenz erhalten dürfe, operative Entscheidungen zu fällen. Zudem bestreitet die SLKK, dass die Aufsichtsbehörde dank ihren Interventionsmöglichkeiten im Prämien genehmigungsverfahren die Solvenz eines Versicherers erhalten könnte. Die Krankenkasse Turbenthal stellt sich auf den Standpunkt, für die Festlegung der Prämien seien die Versicherer zuständig. Der SVV hält fest, die Korrektur der nicht genehmigten Prämien sei nicht Sache der Aufsichtsbehörde, sondern der Versicherer.

RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, SGV und Verband Schweizerischer Elektro-Installationsfirmen fordern die Aufhebung des Prämien genehmigungsverfahrens. Denn wenn die Prämien von einer staatlichen Behörde genehmigt würden, bestehe immer die Gefahr von politischem Druck, der den Wettbewerb verzerre. Falls das Prämien genehmigungsverfahren beibehalten werde, müsse die Genehmigungsbehörde die Verantwortung für ihre Fehler übernehmen.

Art. 15 Abs. 2

Vorschlag von santésuisse: «Die Aufsichtsbehörde prüft, ob sich die vorgelegten Prämientarife in einem Rahmen halten, der ~~einerseits~~ die Solvenz der Krankenkasse ~~und andererseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch~~ gewährleistet».

Art. 15 Abs. 3

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK verlangen die Streichung von Absatz 3.

Bst. a

Nach Ansicht von Richard Eisler sollte nur Buchstabe a beibehalten werden. Die anderen Möglichkeiten sollten aufgehoben werden, da sie sich nicht mit dem Wettbewerb vereinbaren liessen, für den sich das Volk ausgesprochen habe. Der Leistungskatalog werde durch das Gesetz vorgegeben; somit müsse der Wettbewerb unter den Kassen zwangsläufig auf der Ebene der Prämien spielen.

Bst. b

Vorschlag von santésuisse, Groupe Mutuel und SVK: «die Kosten des Anwendungsbereichs nicht decken und kein Abbau der Reserven erwogen wird». Der Begriff «Anwendungsbereich» müsse noch genauer ausgeführt werden.

Für die Assura sollte es möglich sein, eine nicht kostendeckende Prämie festzulegen, wenn damit eine übermässige Reserve abgebaut werden könne oder wenn der Versichertenkreis zu klein sei, um eine Prämie anhand der Kosten zu berechnen.

Bst. c

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK verlangen, dass genauer ausgeführt wird, was unter «übermässigen Reserven oder Rückstellungen» zu verstehen ist.

Nach Ansicht der Assura darf sich die Aufsichtsbehörde bei der Prämien genehmigung nicht allein auf den SST abstützen, da dieser Indikator stark schwankt.

Physioswiss schlägt einen Buchstaben d vor: «offensichtlich die Leistungen nicht decken, die nach dem Leistungskatalog übernommen werden müssen».

Santésuisse und Groupe Mutuel verlangen die Einführung eines vierten Absatzes: «Der Bundesrat legt die minimale Versichertenanzahl fest, ab der diese Bestimmung anwendbar ist.» Es müsse berücksichtigt werden, dass die Prämien bei kleinen Versichertenbeständen nicht immer kostendeckend seien.

Die FMH bemängelt, das Prämien genehmigungsverfahren sei kompliziert und teuer.

Art. 16 [Nichtgenehmigung der Prämientarife]

Der Ombudsman und die CVP unterstützen diese Bestimmung.

SVV, SAV, santésuisse, SVK, ÖKK, RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, Schweizerischer Bauernverband und Schweizerischer Bäuerinnen- und Landfrauenverband verlangen die Streichung dieser Bestimmung. SVV, Assura und CVP fordern, wenn die Aufsichtsbehörde die Kompetenz zur Festlegung der Prämien erhalte, müsse sie auch die damit verbundene Verantwortung übernehmen. Groupe Mutuel schlägt vor, einen Absatz 3 hinzuzufügen: «Im Rahmen dieser Tätigkeit wird die Verantwortlichkeit der SASO durch Artikel 76 geregelt.»

Gemäss der Aktion Freiheit und Verantwortung lässt sich die vorgesehene Regelung nicht mit dem angestrebten Wettbewerb im Krankenversicherungsbereich vereinbaren. Richard Eisler befürchtet, dass sie zu willkürlichen Entscheidungen der Behörde führen könnte.

Art. 16 Abs. 1

Der Kanton JU betont, dass die Aufsichtsbehörde bereits nach dem bisherigen Recht in der Begründung ihrer Nichtgenehmigungsverfügung eine angemessene Prämie vorschlagen könne, und zeigt sich erstaunt, dass die Form der in Betracht kommenden provisorischen Verfügungen in der Gesetzesbestimmung nicht genauer ausgeführt ist. Der Kanton LU schlägt vor, «provisorische Verfügungen» durch «eine provisorisch anwendbare Prämie» zu ersetzen. Kieser kritisiert den deutschen Begriff «provisorische Verfügungen».

Assura: Die Möglichkeit von provisorischen Verfügungen schränkt den Handlungsspielraum der Kasse zu stark ein und verletzt ihren Anspruch auf rechtliches Gehör.

Konsumentenforum, SAV: Auf welche Kriterien stützt sich die Aufsichtsbehörde bei der Beurteilung der Angemessenheit einer Prämie? Konsumentenforum, Pharmasuisse und Kieser sind der Ansicht, der Versicherer müsse die Möglichkeit haben, die zur Genehmigung eingereichten Prämientarife anzupassen, bevor die Aufsichtsbehörde entscheide, bei Bedarf durch provisorische Verfügungen.

Vorschlag von Groupe Mutuel: Genehmigt die Aufsichtsbehörde eine eingegebene Prämie nicht, so verfügt sie eine angemessene Prämie im Sinne von Artikel 15 KVAG. [...]

Art. 16 Abs. 2

Die Assura verlangt die Streichung von Absatz 2, da dieser der Aufsichtsbehörde ein Recht einräume, das der Gerichtsbehörde zustehen müsse.

Pharmasuisse erachtet Absatz 2 als überflüssig, wenn die Aufsichtsbehörde eine Verfügung erlassen könne, ohne die beantragten Prämien zu berücksichtigen.

Art. 17 [Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen]

FRC, SKS und ACSI unterstützen den Rückerstattungsmechanismus.

Die Kantone (GDK, AI, BL, BS, LU, SG, TG, UR, ZH) und die SP befürworten diese Bestimmung. Sie verlangen eine dahingehende Ergänzung, dass der Ausgleich auch für jene Prämien erfolge, die deutlich unter den Leistungsausgaben lägen, und dass die Rückerstattung auch für jene Versicherten vorgenommen werde, die die Kasse gewechselt hätten. Falls die wirtschaftliche Situation der Kasse keine Rückerstattung im Verlauf des Jahres zulasse, müsse die Rückerstattung im darauffolgenden Jahr vorgenommen werden. Der Kanton AG erachtet zwar die Idee der Rückerstattung als richtig, deren Umsetzung jedoch als zu teuer. Aufgrund der beunruhigenden Situation seiner Reserven lehnt der Kanton BE einem direkten Ausgleich ab. Der Kanton GL verlangt, dass die Versicherer für jeden Kanton die Einnahmen und die Ausgaben offenlegen.

Die Kantone ZH und NE fordern, dass die in der Vergangenheit aufgetretenen Ungleichgewichte ausgeglichen werden, bevor der in Artikel 17 vorgesehene Korrekturmechanismus angewandt wird.

Santésuisse und Groupe Mutuel verlangen die Streichung von Artikel 17. Subsidiärer Vorschlag:

«1. Liegen die Prämieinnahmen einer Krankenkasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in einem Kanton während mindestens zwei Jahren im Sinne der Artikel 15 und 16 des vorliegenden Gesetzes unangemessen über den entsprechenden Leistungsausgaben im selben Kanton, so ~~verfügt~~ kann die Aufsichtsbehörde die Rückerstattung der zu hohen Prämieinnahmen verfügen, sofern die wirtschaftliche Situation der betroffenen Krankenkasse dies zulässt.

2 Vom Rückerstattungsbetrag werden die Verwaltungskosten abgezogen, die durch die Rückerstattung verursacht werden.

3 Der Bundesrat legt die minimale Versichertenzahl eines Kantons fest, ab der eine Rückerstattung erfolgen kann.»

RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, Assura, FMH, Konsumentenforum, SGV, Verband Schweizerischer Elektro-Installationsfirmen und Schweizerische Belegärzte-Vereinigung kritisieren, die Umsetzung des Verfahrens zur Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen sei kompliziert und teuer.

ÖKK, SAV, Konsumentenforum, RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung verlangen die Streichung von Artikel 17. Die ÖKK schlägt subsidiär vor, Verrechnungen oder «Gutschriften» vorzusehen.

Für die Patientenstellen darf die Rückerstattung nicht von der wirtschaftlichen Situation der Krankenkasse abhängen.

Der Schweizerische Bauernverband und der Schweizerische Bäuerinnen- und Landfrauenverband verlangen eine Frist von fünf Jahren für den Ausgleich der Erfolgsrechnung der Versicherer.

Gemäss der Aktion Freiheit und Verantwortung und Richard Eisler lässt sich die vorgesehene Regelung nicht mit dem angestrebten Wettbewerb im Krankenversicherungsbereich vereinbaren.

Kieser schlägt vor, Artikel 17 zu streichen, der zu einer rechtlich fragwürdigen Massnahme führe: Die Feststellung der unangemessenen Höhe der Prämien im Vergleich zu den Kosten liege im Ermessen, über das die Behörde verfüge. Somit stelle sich die Frage nach der Rechtmässigkeit der Sanktion (Rückerstattung), da die Ursache (unangemessene Höhe) sich aus Prämien ergebe, die genehmigt worden und somit rechtsgültig seien.

Art. 17 Abs. 1

Der Kanton JU verlangt, im Gesetz die Kriterien festzulegen, mit denen sich bestimmen lasse, ob eine Prämieinnahme übermässig sei. Es dürfe nicht möglich sein, die übermässigen Prämieinnahmen im Folgejahr als Reserve oder Rückstellung zu verbuchen. Der Kanton VD wünscht, dass in der Verordnung erläutert werde, was unter dem Ausdruck «liegen ... unangemessen über» zu verstehen sei.

Der Kanton TI regt an, vor der vorgesehenen Bestimmung einen Absatz einzufügen: «Die kantonalen Prämien müssen den kantonalen Kosten entsprechen.» Zudem verlangt der Kanton, die Bedingung genauer auszuführen, gemäss der «die wirtschaftliche Situation der Krankenkasse die Rückerstattung zulassen muss». Der Kanton VD möchte Gewähr haben, dass die Prämien bei jedem Versicherer den Kosten des Kantons entsprechen, um einen Transfer der übermässigen Prämieinnahmen in andere Kantone zu verhindern.

Art. 18 [Modalitäten der Rückerstattung]

Die Kantone (GDK, AI, AR, BL, BS, OW, SG, TG, TI) sprechen sich für den vorgesehenen Korrekturmechanismus aus. Dieser Mechanismus dürfe jedoch den Ausgleich der Unterschiede nicht in Frage stellen, die auf die in der Vergangenheit eingenommenen Prämien zurückzuführen seien. Dieser Ausgleich müsse vorgenommen werden, bevor der in Artikel 18 vorgesehene Korrekturmechanismus umgesetzt werde.

Nach Ansicht von BE, FR, GE, JU, ZH, FMH, Konsumentenforum, FRC, SKS, ACSI und SP muss die Rückerstattung auch für jene Versicherten erfolgen, die im darauffolgenden Jahr die Kasse wechseln (die Einschränkung in Artikel 18 sei ein Hindernis für den Wechsel des Versicherers). Einzig jene Versicherten, die tatsächlich zu hohe Prämien bezahlt hätten, dürften eine Rückerstattung erhalten. FRC, SKS und ACSI verlangen, dass die Krankenkasse für die Rückerstattung verantwortlich ist, da ihr der neue Versicherer der Versicherten bekannt ist.

Die Kantone GE und JU und die SP fordern die Berechnung und Auszahlung der Rückerstattung nach Prämienregion.

RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, Assura, SAV, Aktion Freiheit und Verantwortung und Kieser verlangen die Streichung von Artikel 18.

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK verlangen die Streichung von Artikel 18. Subsidiärer Vorschlag: «Die Rückerstattung erfolgt in der Form einer Rückvergütung der Krankenkasse zu gleichen Teilen an diejenigen Versicherten entsprechend den Versichertenkategorien und den Umständen des Einzelfalls. Die Rückerstattung erfolgt an jene Versicherten, die am 31. Dezember des Jahres, dessen Prämien korrigiert werden, wie auch im folgenden Jahr, bei der betreffenden Krankenkasse eine Deckung für das entsprechende Risiko im Bereich der sozialen Krankenversicherung haben. Die

Rückvergütung hat im Kalenderjahr zu erfolgen, in dem die Verfügung ~~eröffnet~~ rechtskräftig wird.»

Groupe Mutuel fügt hinzu, wenn ein Rückerstattungsmechanismus eingeführt werde, müsse auch eine Massnahme für den Fall eines Verlusts vorgesehen werden.

Art. 19 [Verwaltungskosten]

Der Ombudsman Krankenversicherung und Pharmasuisse befürworten Artikel 19.

Art. 19 Abs. 1

Nach Ansicht von AG, santésuisse, Groupe Mutuel, SVK und Physioswiss müssen in Bezug auf die Verwaltungskosten klare Regeln erlassen werden, die keinen Interpretationsspielraum belassen.

Der SVV und die Arbeitgeber stellen sich auf den Standpunkt, der Wettbewerb müsse dafür sorgen, dass die Verwaltungskosten möglichst tief blieben.

FRC, SKS und ACSI verlangen, in dieser Bestimmung wieder eine Interventionsmöglichkeit des Bundesrates entsprechend der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung vorzusehen.

Richard Eisler erachtet Artikel 19 Absatz 1 als unnötig, da durch den bestehenden Wettbewerb zwischen den Versicherern Druck auf die Verwaltungskosten entstehe. Dies zeige die Kostenentwicklung seit 1996 sehr deutlich.

Art. 19 Abs. 2

Die Kantone (GDK, BL, BS, FR, GL, JU, OW, SG, TG, VS) und die SP fordern, die von santésuisse erlassene Regelung (Gentlemen's Agreement) in das Gesetz zu übernehmen, damit sie für alle Versicherer gelte. Zudem verlangen sie, die Maklertätigkeit stärker einzuschränken, die Werbekosten auf ein absolutes Minimum zu beschränken und sie anhand einer vom Bundesrat festzulegenden Skala nach oben zu begrenzen.

Nach Ansicht des Kantons AG dürfen mit den Prämien der Versicherten keine Maklerprovisionen und Werbekosten finanziert werden. Die Assura spricht sich dafür aus, im Gesetz ein absolutes Verbot der Entschädigung von Maklern in der Sozialversicherung sowie ein Verbot von Quersubventionierungen zu verankern. Physioswiss und die Patientenstellen verlangen ein Verbot der Maklertätigkeit und der Werbung in der sozialen Krankenversicherung.

FRC, SKS, ACSI, SGB und Grüne fordern ein Verbot der Werbung und jeder Maklertätigkeit in der Grundversicherung.

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK schlagen folgende Änderung vor: Der Bundesrat kann Vorschriften betreffend die Beschränkung der Entschädigung der Maklertätigkeit und der Kosten für Werbung erlassen.

Das Konsumentenforum und die Arbeitgeber erachten Artikel 19 als unnötig, wenn den Kassen Vorgaben bezüglich der Transparenz gemacht werden. RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, SVV, SGV und Verband Schweizerischer Elektro-Installationsfirmen verlangen die Streichung von Artikel 19 Absatz 2, da die Selbstregulierungsmassnahmen des Marktes ihrer Meinung nach ausreichen. Auch nach Ansicht der CVP stellen die in Artikel 19 Absatz 2 vorgesehenen Massnahmen einen zu starken Eingriff in die Autonomie der Kassen dar.

Der Verband Schweizerischer Versicherungsbroker (SIBA) und Kieser verlangen hauptsächlich die Streichung von Artikel 19 Absatz 2, der das Gleichbehandlungsgebot (Vermittler, die rechtlich an eine Kasse gebunden seien, und Vermittler, die nicht rechtlich an eine Kasse gebunden seien), die Wirtschaftsfreiheit und die Vertragsfreiheit verletze. Die in Absatz 2 enthaltene Delegation sei zu wenig genau. Der SIBA verlangt subsidiär, dass Artikel 19 Absatz 2 wie folgt umformuliert wird: «Der Bundesrat kann Vorschriften erlassen, welche die Entschädigung der Tätigkeit der Vermittler, die an einen oder mehrere Versicherer gebunden sind, und der übrigen Vermittler sowie die Kosten für Werbung betreffen». Zudem fordert der SIBA die Einrichtung eines Registers für Versicherungsvermittler entsprechend jenem, das nach Artikel 42 VAG besteht. Dieses Registers müsse von der FINMA geführt werden. Überdies verlangt der SIBA, dass im KVAG eine ähnliche Informationspflicht für Vermittler wie in Artikel 45 VAG eingeführt wird.

Comparis verlangt die Streichung von Artikel 19 Absatz 2. Subsidiäre Forderung: Ergänzung der Bestimmung mit dem Ausdruck «soweit dies die Einhaltung der in Absatz 1 vorgesehenen Vorschriften im jeweiligen Einzelfall erfordert». Die Bestimmung lasse sich nicht mit einem System vereinbaren, das auf Wettbewerb beruhe. Sie führe zu einer Wettbewerbsverzerrung und sei nicht geeignet, die Kosten zu senken. Sie verletze die Wirtschaftsfreiheit. Die Delegationsnorm sei nicht gültig, da sie zu wenig genau sei.

Richard Eisler weist darauf hin, die Ziele von Artikel 19 Absatz 2, die im erläuternden Bericht erwähnt würden (Bekämpfung der Risikoselektion und Einsparungen auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung), liessen sich mit der Bestimmung zur Entschädigung der Makler nicht erreichen. Die Bekämpfung der Risikoselektion müsse über einen besseren Risikoausgleich erfolgen. Die Werbung und die Maklertätigkeit trügen zur Information und zur Transparenz bei. Wenn die Makler zu unlauteren Methoden griffen oder wenn die Werbung irreführend sei, liesse sich ein derartiges Verhalten mit den bestehenden Gesetzen (UWG) ahnden.

Art. 20 [Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit]

Kontra

Der Kanton AG findet, dass die Verwaltungsräte über eine genügende berufliche Qualifikation verfügen müssten, bemängelt aber, dass Abs. 1 derart unpräzise formuliert sei, dass er keine Wirkung haben werde. Der erste Absatz könne ersatzlos gestrichen werden. Auch pharماسuisse zweifelt, ob die Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit definier- und durchsetzbar sei. Das „Konsumentenforum“ hingegen hält dafür, dass der ganze Artikel zu streichen sei, da es nicht angehe, dass der Bundesrat über die beruflichen Fähigkeiten der betreffenden Stelleninhaber befindet. Die SLKK begrüsst zwar Bemühungen um Corporate Governance, möchte jedoch weder gesetzliche Bestimmungen zur Einflussnahme der Aufsichtsbehörde auf die Wahl der Geschäftsleitung noch Bestimmungen zur Offenlegung von Interessenbindungen.

Gegen die Einschränkung, dass der Vorsitz des Verwaltungsrates beziehungsweise des Vorstands nicht zugleich der Geschäftsleitung vorstehen darf (Abs. 3), stellt sich vor allem die Krankenkasse Turbenthal und der Schweizerische Arbeitgeberverband. Der RVK, die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung sowie santésuisse wenden sich nicht dagegen, möchten generell die Vorschrift von Art. 20 jedoch so abgemildert haben, dass für eine Übergangszeit bzw. bis zu Neuwahlen Doppelmandate noch gestattet sind.

Zu Abs. 4 äussern sich die Assura und die SLKK ablehnend. Sie sind gegen die Publikation von Interessenbindungen. Assura und santésuisse könnten sich vorstellen, dass die Interessenbindungen nur gegenüber der Aufsichtsbehörde offen gelegt werden müssen. Die SLKK hält dafür, dass der Erlass von Bestimmungen zur Offenlegung von Interessenbindungen dem strategischen Gremium des Versicherers zu überlassen sei und erachtet dies mit Verweis auf ihre eigenen internen Loyalitätsvorschriften für eine seriöse Krankenkasse als selbstverständlich.

Pro

Santésuisse, RVK, SVK, die Konsumentenorganisationen FRC, SKS und ACSI, der SGV und der VSEI sowie der Schweiz. Bauernverband und der Schweiz. Landfrauenverband und Eisler Richard unterstützen grundsätzlich Regeln zu Corporate Governance und Transparenz.

Der Schweiz. Arbeitgeberverband möchte allerdings sichergestellt haben, dass diese Regeln skalierbar nach Grösse der Krankenkasse zur Anwendung kommen können. Auch der Schweiz. Bauernverband und der Schweiz. Landfrauenverband sind der Auffassung, dass mit den Vorschriften von Corporate Governance und Transparenz nicht indirekt Strukturpolitik gemacht werden dürfe. Gegenteiliger Auffassung sind jedoch der RVK, die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, ÖKK sowie santésuisse und pharmasuisse, welche vor allem die Abstufung der Regeln für die Berufsqualifikation nach Grösse der Krankenkassen als willkürlich kritisieren (zweiter Satz von Abs. 2). Diese Regeln müssten für alle Krankenkassen gleich gelten.

Der Kanton AI möchte Abs. 3 insofern ergänzen, dass auch Mitglieder der eidgenössischen Räte nicht dem Verwaltungsrat bzw. dem Vorstand oder der Geschäftsleitung einer Krankenkasse angehören dürfen.

Der RVK und die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung möchten die Vorschriften der Corporate Governance angesichts ihrer zentralen Rolle für die Krankenversicherung auch auf die Gemeinsame Einrichtung anwenden.

Art. 21 [Offenlegung der Entschädigungen]

Kontra

Der RVK und die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung und ÖKK wollen die Bestimmung streichen. Sie sind der Auffassung, dass die Offenlegung der Entschädigungen den Versichertenschutz nicht verbessere. Zudem müsste man auch die Leistungserbringer einer Offenlegung unterziehen, da sie einen wesentlich grösseren Teil der Prämieingelder beanspruchten.

Pro

Die GDK sowie die Kantone AG, BL, BS, OW, JU, SG und TG und die SP erachten die Offenlegung der Entschädigungen der Mitglieder des Verwaltungsrates bzw. des Vorstands und der Geschäftsleitung als sinnvoll. Sie möchten noch weiter gehen und auch eine Beschränkung der Entschädigung zulasten der OKP festgelegt werden. Der Kanton AG und die SP begründet dies damit, dass einer Spiralbewegung nach oben begegnet werden müsse.

Die SLKK unterstützt die Offenlegung der Bezüge des strategischen Gremiums und der Geschäftsleitung ebenfalls. Santésuisse, SVK und Groupe Mutuel unterstützen die Vorschrift ebenfalls, möchten aber mit einer Ergänzung sichergestellt haben, dass die Offenlegungspflicht nur für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gilt. Auch Eisler Richard unterstützt die Vorschrift, obwohl sie Verwaltungskosten generiere, schätzt aber den Nutzen zusätzlicher Transparenz grösser als den finanziellen Schaden.

Art. 22 [Risikomanagement]

Kontra

Die Assura wendet sich gegen ein Risikomanagement, das vom Bundesrat vorgeschrieben wird und zu offen lasse, wie er von der Delegationskompetenz Gebrauch machen werde. Die Entscheide betreffend das Risikomanagement müssten in der Kompetenz der Entscheidungsorgane der Krankenkasse verbleiben. Die Assura schlägt vor, anstelle von Abs. 2 die unternehmensinternen Regeln zum Risikomanagement an die Aufsichtsbehörde zu rapportieren.

Pro

Der RVK, santésuisse, die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung und ÖKK wenden sich nicht gegen das Risikomanagement, kritisieren aber, dass der Entwurf KVAG das VAG repliziere und so zu teuren Parallelstrukturen führen würde. Sie fordern deshalb, der Gesetzesentwurf sei mit dem VAG zu koordinieren. Pharmasuisse vermisst bei der Ausarbeitung der Delegationsnormen die zwingende Anhörung der Betroffenen.

Kieser bemängelt, dass in Art. 22 Abs. 2 nicht klar sei, in welcher Erlassform die Vorschriften des Bundesrates zu kleiden seien.

Art. 23 [Interne Überwachung der Geschäftstätigkeit]

Kontra

Der Kanton AG ist der Auffassung, dass die Einführung einer internen Revisionsstelle unter Umständen nicht den notwendigen Nutzen bringe, da diese nie vollkommen unabhängig arbeiten könne. Art. 23 sei deshalb darauf zu beschränken, dass die Krankenkassen ein internes Kontrollsystem nach ihren Bedürfnissen einrichteten. Der Kanton AG weist jedoch darauf hin, dass die Aufsichtsbehörde der externen Revisionsstelle zusätzliche Aufträge erteilen können muss, wie dies bereits in Art. 26 Abs. 2 vorgesehen ist. Die gleiche Auffassung vertreten der SGV und der VSEI.

Die Krankenkasse Turbenthal vertritt die Auffassung, auf ein internes Kontrollsystem müsse verzichtet werden, da dieses durch die Versicherten gewährleistet sei.

Santésuisse und SVK verlangen, dass Abs. 3 gestrichen wird, da die Berichterstattung der internen Revisionsstelle an die externe Revisionsstelle als Durchbrechung der Corporate Governance Regeln zu verstehen sei.

Pro

Der Kanton FR unterstützt die Einführung eines Grösse und Komplexität des Unternehmens angepasstes IKS. Die Gründe für die Befreiung von der Pflicht, eine interne Revisionsstelle

bezeichnen zu müssen, seien jedoch im Gesetz zu präzisieren. Die SLKK verlangt, dass ein internes Revisionat auch extern als Mandat vergeben werden können muss, ansonsten sei dieses für viele Krankenkassen zu teuer. Auch der RVK, santésuisse, SVK und die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung und ÖKK wenden sich nicht grundsätzlich gegen die Einführung einer internen Revisionsstelle. Sie möchten aber auf die erhöhte Anforderung eines „wirksamen“ IKS analog zum VAG verzichten und es bei den Anforderungen gemäss OR belassen. Santésuisse und SVK möchten die Möglichkeit der Befreiung von der Pflicht, eine interne Revisionsstelle einzuführen, absehen, um für alle Krankenkassen gleiche Voraussetzungen zu schaffen.

Art. 24 [Berichterstattung]

Abs. 2

Die Krankenkassen Assura, Groupe Mutuel, kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, SLKK, vita surselva, und die Krankenversicherungsverbände santésuisse, SVK und der RVK erachten die Einreichungsfrist bis zum 31. März als zu kurz und wünschen eine Koordination mit der Frist, die für Privatversicherungen gilt, d.h. bis zum 30. April.

Abs. 3

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, ÖKK, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK möchten ergänzen, dass die Aufsichtsbehörde unterjährige Berichterstattungen nur in begründeten Fällen anordnen kann.

Der Kanton JU bemängelt, es sei unklar, was Inhalt eines zusätzlich angeordneten Bericht sein solle und findet, dass damit nicht unbedingt eine bessere Kontrolle ermöglicht werde.

pharmaSuisse ist der Ansicht, dass eine solche uneingeschränkte einseitige Macht der Aufsichtsbehörde nur in im Gesetz umschriebenen Ausnahmefällen möglich sein solle.

Abs. 4

Die Krankenkasse ÖKK schlägt vor, dass die Krankenversicherer den Rechnungslegungsstandard Swiss GAAP FER 41 zu verwenden haben, weil versicherungsaufsichtsrechtliche Sonder-Rechnungslegungsregelungen sehr problematisch seien. Stattdessen soll auf einen anerkannten Rechnungslegungsstandard verwiesen werden.

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK schlagen vor, dass sich die Rechnungslegung der Krankenkassen, Rückversicherer und der gemeinsamen Einrichtung nach den gültigen Fachempfehlungen der SWISS GAAP FER Kommission richten solle.

pharmaSuisse ist der Ansicht, dass eine solche uneingeschränkte einseitige Macht der Aufsichtsbehörde nur in im Gesetz umschriebenen Ausnahmefällen möglich sein solle.

Art. 25 [Externe Revisionsstelle]

Nach Ansicht von santésuisse, Groupe Mutuel und SVK sollte die Revisionsstelle nur jene Aufgaben wahrnehmen müssen, die in Artikel 26 aufgelistet sind. Es sollte keine zusätzliche Bedingung für die externe Revision eingeführt werden.

Die Krankenkasse Turbenthal ist der Auffassung, für kleine Krankenkassen sei die eingeschränkte Revision ausreichend.

Richard Eisler spricht sich für diese Bestimmung aus, die zwar bei den Versicherern Verwaltungskosten verursache, mit der sich aber die Transparenz erhöhen lasse.

Abs. 1

Vorschlag von santésuisse, Groupe Mutuel und SVK: «Die Krankenversicherer müssen eine zugelassene externe Revisionsstelle ~~mit der ordentlichen Überprüfung ihrer Geschäftsführung~~ bezeichnen».

Die Treuhandkammer betont, es müsse zwischen der ordentlichen Revision (Prüfung der Jahresrechnung im Sinne von Artikel 727 OR) und den Überprüfungen anhand der Ziele der Aufsichtsbehörde unterschieden werden. Während die ordentliche Revision im OR detailliert geregelt sei, fehle eine Definition der Aufsichtsbehörde für die aufsichtsrechtlichen Überprüfungen. Eine derartige Definition fehle bereits für die Prüfung der Geschäftsführung, die gegenwärtig in Artikel 87 KVV verankert sei. Die Anforderungen an eine korrekte und ordnungsgemässe Geschäftsabwicklung müssten definiert werden (zum Beispiel in einer Richtlinie).

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) fragt sich, weshalb der Begriff «ordentliche Überprüfung» verwendet wird.

Abs. 2

Die EFK weist darauf hin, dass die externe Revisionsstelle eine ordentliche Revision durchführen müsse. Für eine ordentliche Revision sehe das OR jedoch nur eine Revisionsexpertin oder einen Revisionsexperten oder für Publikumsgesellschaften ein staatlich beaufsichtigtes Revisionsunternehmen vor. Gemäss der EFK behält hingegen Artikel 25 Absatz 2 KVAG dem Bundesrat das Recht vor zu entscheiden, welche Kategorien von externen Revisionsstellen von den Krankenkassen beauftragt werden müssten. Die EFK erachtet es als widersprüchlich, dass einerseits auf die gesetzlichen Erfordernisse des Obligationenrechts und des Revisionsaufsichtsgesetzes (RAG) verwiesen wird und andererseits der Bundesrat anhand von nicht definierten Kriterien über die tatsächliche Zulassung zur Prüfung der Krankenkassen entscheiden muss. Sie vertritt die Auffassung, eine Beschränkung durch den Bundesrat auf staatlich beaufsichtigte Revisionsunternehmen stelle eine unnötige Einschränkung des Wettbewerbs dar, da Krankenkassen in der Regel keine Publikumsgesellschaften seien.

Die Assura erachtet es als unnötig, dem Bundesrat die Möglichkeit einzuräumen, noch neue Zulassungsbedingungen festzulegen; der Verweis auf das RAG sei ausreichend und transparenter.

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK schlagen vor, diesen Absatz zu streichen.

Art. 26 [Aufgaben der externen Revisionsstelle]

Abs. 1

Die Treuhandkammer hält fest, Buchstabe a nehme auf die ordentliche Revision Bezug. Der Gegenstand der Revision und die Darstellung des Berichts würden somit durch das OR bestimmt. Aus der Formulierung von Buchstabe b gehe hingegen nicht hervor, was Gegenstand der Überprüfungen sei und wie darüber Bericht erstattet werden müsse.

Abs. 2

Das Konsumentenforum stellt sich gegen diesen Absatz und verlangt, ihn zu streichen. Er würde zu vermehrtem Verwaltungsaufwand und damit zu höheren Kosten führen, die auf die Prämien abgewälzt würden. Ausserdem führe dieser Artikel zu Willkür.

Auch nach Ansicht der Assura dürfen die Kosten der besonderen Prüfungen, die von der Aufsichtsbehörde angeordnet werden, nicht den Krankenkassen und letztlich den Versicherten auferlegt werden, da sie sich aus einem einseitigen Entscheid der Aufsichtsbehörde ergeben.

RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung schlagen vor, diesen Absatz zu ändern und darin das Verursacherprinzip zu verankern. Die zusätzlichen Aufträge dürften nicht grundsätzlich der Gesellschaft, d. h. den Versicherten, aufgebürdet werden. Diese Kosten müssten vom Bund beziehungsweise von den Steuerzahlenden oder nach dem Verursacherprinzip nur dann von der Kasse finanziert werden, wenn diese unzureichende Angaben gemacht habe.

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK verlangen die Streichung des letzten Satzes. Subsidiär schlagen sie die Anwendung des Verursacherprinzips vor. Die Aufträge der Aufsichtsbehörde an die Revisionsstelle sollten nur in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern erteilt werden.

Pharmasuisse erachtet diese unbeschränkte Befugnis als unverhältnismässig, zumal die Kosten der geprüften Krankenkasse auferlegt würden, unabhängig davon, ob sich diese korrekt verhalte oder nicht.

Der Schweizerische Gewerbeverband und der Verband Schweizerischer Elektro-Installationsfirmen lehnen es ab, dass die Aufsichtsbehörde der externen Revisionsstelle Aufträge erteilen kann. Da die externe Revisionsstelle im Auftrag des Krankenversicherers arbeite und ausschliesslich von diesem entschädigt werde, erachten sie es als störend, dass sich Dritte in dieses Vertragsverhältnis einmischen.

Der Kanton FR beurteilt die Bestimmung als sachgerecht. Das Aufsichtsorgan dürfe nicht aufgrund einer unzureichenden personellen und/oder finanziellen Ausstattung auf notwendige Untersuchungen verzichten.

Der Kanton GL verlangt, dass der Klärungsantrag, den er für Artikel 17 formuliert hat, übernommen und als Aufgabe der Revisionsstelle hinzugefügt wird.

Abs. 3

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) erachtet die Frist in Artikel 26 Absatz 3 KVAG als sehr knapp bemessen.

Nach Ansicht von Assura, RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, ÖKK, santésuisse, Groupe Mutuel und SVK sollte der Bericht bis 30. April eingereicht werden können (dies entspricht dem Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG). Eine Frist bis 31. März wird als zu kurz erachtet.

Auch die Treuhandkammer spricht sich für eine Vereinheitlichung der Frist per 30. April aus. Der in Artikel 728b OR vorgesehene Revisionsbericht bestehe aus zwei Berichten: aus dem statutarischen Bericht an die Generalversammlung und dem umfassenden Bericht an den Verwaltungsrat. Die Revisionsstellen wären gezwungen, alle Kunden-Krankenkassen im März während des gleichen Zeitraums zu prüfen. Es wäre somit nicht mehr möglich, dass die gleichen Teams nacheinander verschiedene Krankenkassen prüfen. Die aufgebauten Spezialistenteams würden in Frage gestellt, was der Qualitätskontrolle nicht förderlich wäre. Der Termin vom 30. April würde zumindest die Frist gegenüber der jetzigen Frist um einen

Monat verlängern und nicht mehr mit dem Zeitplan der Zusatzversicherungen kollidieren, den die FINMA aufgestellt habe.

Art. 27 [Meldepflicht der externen Revisionsstelle]

Santésuisse und der SVK beantragen die Streichung dieses Artikels. Obwohl diese Bestimmung Artikel 30 VAG entspreche, gingen die Meldepflichten zu weit, da damit die Revisionsstellen praktisch zu einer zweiten Aufsichtsbehörde würden. Die Bestimmungen des Gesellschaftsrechts zur externen Revision seien ausreichend.

Auch der Schweizerische Gewerbeverband lehnt es entschieden ab, dass Verstösse gegen die Grundsätze einer einwandfreien Geschäftstätigkeit unverzüglich der Aufsicht gemeldet werden. Er erachtet es als ausreichend, derartige Verstösse im ordentlichen Bericht der Revisionsstelle zu erwähnen.

Nach Ansicht von RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung und ÖKK ist dieser Artikel eine unnötige Wiederholung von Artikel 30 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Es wäre vielmehr angebracht, die Aufsichtsgesetze zusammenzuführen.

4. Kapitel: Rückversicherung

Die ÖKK beantragt, das ganze Kapitel zu streichen, Rückversicherer sollen nicht aufsichtspflichtig sein.

Art. 28 Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung

Die ÖKK beantragt, den Artikel zu streichen. Falls an der Aufsicht über Rückversicherer festgehalten werden sollte, müsste die Bewilligung zur Ausübung der sozialen Krankenversicherung auch automatisch zur Rückversicherung in diesem Bereich befugen. Zudem sollen Rückversicherer gemäss Art. 28 lit. c institutionell ausschliesslich von der neuen Aufsichtsbehörde beaufsichtigt werden und nicht von der FINMA.

Die SLKK legt Wert darauf, dass die geltenden Bewilligungen in keiner Weise beschnitten werden und unbefristet weiter Bestand haben.

Der Bauern- und der Bäuerinnenverband beantragen, den speziellen Bedürfnissen der kleinen Krankenkassen Rechnung zu tragen.

Art. 29 Bewilligungsvoraussetzungen

Die ÖKK beantragt, den Artikel zu streichen.

Art. 30 Bewilligungsgesuch

Sas und der SVK weisen darauf hin, dass die Anforderungen nach den Buchstaben b, f und g nur für Rückversicherer, nicht aber für Versicherer gelten.

Der RVK und mehrere Versicherer beantragen, die gleiche Gliederung wie in Artikel 6 KVAG beizubehalten. Zudem sei Buchstabe h ersatzlos zu streichen, denn eine Tarifgenehmigung in der Rückversicherung entbehrt jeglichen Sinn.

Die ÖKK beantragt, den Artikel zu streichen.

Art. 31 Soziale Rückversicherer

Sas, der RVK, der SVK und mehrere Versicherer sowie der Schweizerische Gewerbeverband, der Centre patronal und der Verband Schweizerischer Elektro-

Installationsfirmen widersetzen sich der Beschränkung der Rechtsform der Rückversicherer auf Aktiengesellschaften und Genossenschaften.
Die ÖKK beantragt, den Artikel zu streichen.

Art. 32 Anwendbare Regeln für die sozialen Rückversicherer

Der RVK und mehrere Versicherer beantragen, den Verweis auf das gebundene Vermögen zu streichen, da das gebundene Vermögen in der Rückversicherung ein Fremdkörper sei.
Die ÖKK beantragt, den Artikel zu streichen.

Art. 33 Rückversicherungsverträge

Der RVK und mehrere Versicherer beantragen, diesen Artikel zu streichen.
Die SLKK legt dar, dass Rückversicherungsverträge eine Vermischung von Grundversicherung und Rückversicherung bedeuten. Dies sei im Hinblick auf die Tatsache, dass ein VVG-Versicherer die Rückversicherung anbieten kann, aber die Grundversicherung nach den Vorgaben des KVAG nicht mehr durchführen darf, nicht sinnvoll. Besser sei es, wenn die einzelnen Sparten mit unterschiedlichen Geschäftsplänen unterlegt werden, dies umso mehr, als die eingegangenen Risiken diametral anders sind.

Art. 34 [Aufgaben]

Der Kanton FR begrüsst diese Bestimmung. Der Kanton JU zeigt sich bezüglich seiner Wirksamkeit skeptisch. Der Kanton AG verlangt eine klare Regelung der Massnahmen, die die Aufsichtsbehörde treffen kann.

Nach Ansicht der Arbeitgeber kommt der Aufsicht keine Führungs-, sondern eine Kontrolltätigkeit zu. Die SLKK ist der Meinung, die vorgesehenen Aufsichtsmassnahmen könnten zu Willkür der Aufsichtsbehörde führen, sie seien zu weit gefasst und nicht mit der unternehmerischen Freiheit der Kassen vereinbar.

Der Ombudsman Krankenversicherung bedauert es, dass die Bestimmung nicht auch die Aufsicht über die Leistungserbringer regelt.

Art. 34 Abs. 1

Aus Sicht des KV Schweiz sollte in dieser Bestimmung vorgesehen werden, dass die Überprüfung der Voraussetzungen für die Übertragung von Aufgaben (Art. 5 KVAG) eingehalten wird.

Bst. a

Nach Ansicht von Chirouisse muss die Aufsichtstätigkeit enger umschrieben werden.

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK schlagen vor: «Sie beaufsichtigt die Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch die Krankenkassen».

Bst. b

RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung verlangen, dass die gemeinsame Einrichtung in diese Bestimmung aufgenommen wird.

Gemäss Pharnasuisse müsste die Aufsichtsbehörde in der Geschäftsleitung der Versicherer vertreten sein, um diese Aufgabe wahrnehmen zu können.

Der Verband Schweizerischer Versicherungsbroker (SIBA) begrüsst Artikel 34 Absatz 1 Buchstabe e und verlangt, dass diese Regel auch für die Versicherungsvermittler gilt.

Bst. c

Gemäss Pharmasuisse müsste die Aufsichtsbehörde in der Geschäftsleitung der Versicherer vertreten sein, um diese Aufgabe wahrnehmen zu können.

Bst. d

Die SP verlangt Anlagerichtlinien für die Reserven und Rückstellungen.

Bst. e

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK fordern die Streichung von Buchstabe e.

Das Konsumentenforum bezweifelt, dass die Aufsichtsbehörde die Interessen der Versicherten wahren kann. Gemäss Chiro Suisse und Physioswiss sollte die Bestimmung auch den Schutz der Leistungserbringer vor Missbräuchen der Kassen vorsehen.

Nach Ansicht von RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung ist der Schutz der Versicherten vor Missbräuchen Sache der Gerichte; das Verfahren sei im ATSG vorgesehen.

Gemäss Pharmasuisse müsste die Aufsichtsbehörde in der Geschäftsleitung der Versicherer vertreten sein, um diese Aufgabe wahrnehmen zu können.

Art. 34 Abs. 2

Die Assura verlangt die Streichung von Artikel 34 Absatz 2, da es nicht Aufgabe der Aufsichtsbehörde, sondern die Justiz sei, für eine einheitliche Anwendung des Rechts zu sorgen. Der Ombudsmann Krankenversicherung ist ebenfalls der Meinung, für die einheitliche Anwendung des Bundesrechts seien die Gerichte zuständig.

RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung verlangen, das Wort «Inspektionen» zu streichen. Die ÖKK möchte «Inspektionen» durch «Audits» ersetzen.

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK schlagen folgende Änderung vor: «Die Aufsichtsbehörde kann ~~den Krankenkassen und den sozialen Rückversicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen sowie~~ Inspektionen bei ihnen durchführen [...]». Subsidiärer Vorschlag: In den Artikeln 39 ff. die Befugnis der Aufsichtsbehörde vorsehen, Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts zu erteilen. Nach Ansicht des SGV und des Verbands Schweizerischer Elektro-Installationenfirmen sollte die Kompetenz der Aufsichtsbehörde zur Erteilung von Weisungen so weit als möglich beschränkt werden.

Art. 34 Abs. 3

Nach Ansicht des Konsumentenforums wäre ein Ausbau der Selbstregulierung wirksamer als die Möglichkeit, Dritte mit Aufsichtsaufgaben zu beauftragen. Santésuisse, Groupe Mutuel, SVK, Assura, SLKK, SGV und Verband Schweizerischer Elektro-Installationenfirmen lehnen es ab, die Kosten für den Beizug von Dritten dem beaufsichtigten Unternehmen aufzuerlegen. Zusammen mit RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung verlangen sie, «jederzeit» zu streichen. Die Voraussetzungen für den

Beizug von Dritten müssten genau festgelegt werden und die Kosten sollten von jener Stelle getragen werden, die sie verursacht habe.

Art. 34 Abs. 4

RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung und ÖKK sprechen sich für eine einzige Aufsichtsbehörde für die beiden Bereiche aus und gehen davon aus, die Koordination zwischen den beiden Aufsichtsbehörden werde zusätzliche Kosten verursachen.

Die VASOS verlangt die Streichung dieser Bestimmung, da die Krankenkassen nur wenig mit den Finanzmärkten zu tun haben dürften.

FRC, SKS und ACSI verlangen, die im erläuternden Bericht enthaltenen genaueren Ausführungen in das Gesetz zu übernehmen, d. h. die Pflicht der FINMA, sich aktiv zu verhalten und die Initiative für die Koordination zu ergreifen, wenn sie vor der Aufsichtsbehörde Kenntnis von einem Fall erhält, der in die Zuständigkeit der beiden Behörden fällt.

Art. 35 [Auskunftspflicht]

Nach Ansicht von Chiro Suisse sind das Einsichtsrecht der Aufsichtsbehörde und die Auskunftspflicht der Versicherer und der anderen staatlichen Stellen zu weit gefasst; sie müssten unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes und des Berufsgeheimnisses der Leistungserbringer geprüft und auf das Notwendige beschränkt werden.

Art. 35 Abs. 1

RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung erachten die Auflistung der beaufsichtigten Rechtsträger in Anbetracht von Artikel 1 Absatz 1 KVAG als unvollständig.

Art. 35 Abs. 2

Santésuisse und der SVK fragen, ob unter «Daten» nur die statistischen Daten zu verstehen seien, wie der erläuternde Bericht für das Vernehmlassungsverfahren annehmen lasse.

Art. 35 Abs. 3

RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung erachten eine Liste der Vorkommnisse, die der Aufsichtsbehörde gemeldet werden müssen, als unerlässlich (siehe Rundschreiben FINMA 2008/25).

Art. 36 [Informationsaustausch und Amtshilfe]

Nach Ansicht von Chiro Suisse sind das Einsichtsrecht der Aufsichtsbehörde und die Auskunftspflicht der Versicherer und der anderen staatlichen Stellen zu weit gefasst; sie müssten unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes und des Berufsgeheimnisses der Leistungserbringer geprüft und auf das Notwendige beschränkt werden.

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK möchten die Übermittlung von Auskünften und Unterlagen auf die Prämienverbilligung beschränken. Für die übrigen Bereiche seien die Artikel 31 ATSG sowie 82 und 84a KVG ausreichend.

Art. 37 [Veröffentlichung der Entscheide]

Der Kanton FR verlangt eine systematische Veröffentlichung der Strafmassnahmen ab einem bestimmten Schweregrad, der vom BR zu bestimmen ist. Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK fordern, dass die Möglichkeit einer Veröffentlichung auf die rechtskräftigen Entscheide beschränkt wird. Zudem sollten die Entscheide anonymisiert werden.

Art. 38 [Finanzierung der Aufsichtsbehörde]

Die GE KVG weist darauf hin, dass sie richtigerweise in dieser Bestimmung nicht erwähnt wird. Offenbar sei berücksichtigt worden, dass die GE KVG über keine eigenen Mittel verfüge und deshalb auch keine Aufsichtskosten finanzieren könnte.

Kontra

Die GDK und mit ihr ausdrücklich die Kantone AG, BE, BL, BS, GE, GL, JU, LU, NE, SG, TG, UR, VD und VS in separaten Stellungnahmen verlangen, dass die Aufsichtsbehörde nach wie vor vom Bund zu finanzieren sei. Sie begründen dies vor allem mit moralischer Unabhängigkeit der Aufsichtsbehörde von den beaufsichtigten Institutionen, zum Teil auch damit, dass die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung als Staatsaufgabe angesehen wird. Dieser Auffassung folgen die Krankenkassen Assura, SLKK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, die Verbände santésuisse, SVK, RVK, VASOS, FRC, SKS, ACSI, SGV, VSEI, die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung, SGB, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, die Treuhandkammer und eventuell Eisler Richard. Von den Parteien lehnen die Grünen und die SP die Finanzierung über Aufsichtsabgaben ab.

Das Konsumentenforum, ähnlich wie ChiroSuisse, erachtet es in der heutigen angespannten Lage als nicht verantwortbar, dass die Versicherten die durch die Aufsichtsgebühren entstehenden zusätzlichen Kosten über die Krankenkassenprämien bezahlen müssten. Die FMH sieht es als Problem, wenn die Aufsichtskosten durch die Krankenkassen getragen werden müssten, da sie dies als Tür für tendenziöse Aufsichtstätigkeit („wes Brot ich ess, des Lied ich sing“) sieht. Die Aufsicht solle deshalb zu mindestens 50% aus Bundesmitteln finanziert werden. Auch das Centre Patronal möchte die Aufsicht mindestens anteilmässig aus Bundesmitteln finanzieren.

Pro

Der Schweizerische Bauernverband und der Schweizerische Bäuerinnen- und Landfrauenverband begrüssen die Kostenverteilung nach Verursacherprinzip und somit die Übertragung der Kosten auf die Krankenversicherer. Auch pharmasuisse begrüsst die Aufsichtsabgabe, möchte diese jedoch nach Aufwand der einzelnen Krankenkasse festlegen. Diese Kosten sollten dann nicht auf die Prämienzahler überwältzt werden dürfen.

3. Abschnitt: Aufsichtsmassnahmen

Art. 39 Sichernde Massnahmen

Sas, der SVK, mehrere Versicherer und der Bauerverband beantragen, diesen Artikel zu streichen.

Chirosuisse und Physioswiss beantragen, nicht nur die Interessen der Versicherten zu wahren, sondern auch die Forderungen der Leistungserbringer zu beachten.

Abs. 1

Sas, der SVK, mehrere Versicherer, mehrere Dachverbände der Wirtschaft und Pharmasuisse beanstanden, dass die Voraussetzungen für das Eingreifen der

Aufsichtsbehörde zu offen umschrieben sind und beantragen, den Grundsatz der Verhältnismässigkeit zu beachten.

Der RVK und mehrere Versicherer beantragen ein Interventionskonzept mit definierten Eskalationsstufen. Sie betrachten "erscheinen" als Basis für sichernde Massnahmen für unzureichend. Auch sas beantragt eine Abstufung nach Schwere der Sachlage.

Der Gewerbeverband beantragt, diese Massnahmen auf klar definierte Gefährdungsszenarien, hauptsächlich auf die Insolvenzgefahr, zu beschränken.

Sas, der SVK, mehrere Versicherer und der Gewerbeverband beantragen zudem, dass die Aufsichtsbehörde *verfügt*.

Abs. 2

Der RVK beantragt, in den Bst. a, b, e und j auch die privaten Rückversicherer zu erwähnen.
Bst. a und b: sas, der SVK und mehrere Versicherer beantragen, auf das gebundene Vermögen zu beschränken

Bst. c: sas, der SVK und mehrere Versicherer beantragen, ihn zu streichen

Bst. d: sas, der SVK und mehrere Versicherer beantragen, ihn zu streichen oder zumindest zu präzisieren, dass der empfangende Versicherer zustimmen muss. Dies beantragt auch der Schweizerische Gewerbeverband. Der RVK und mehrere Versicherer beantragen zudem zu präzisieren, dass es sich um eine Zwangsbestandesübertragung handelt. Pharmasuisse fragt, wie eine wettbewerbsneutrale Zuteilung erfolgen soll.

Bst. e: sas, der SVK und mehrere Versicherer sind eventualiter damit einverstanden.

Bst. f, g und i: sas, der SVK und mehrere Versicherer beantragen, sie zu streichen

Bst. h: sas, der SVK und mehrere Versicherer beantragen, ihn zu streichen oder klarere Kriterien festzulegen

Bst. j: sas, der SVK und mehrere Versicherer sind eventualiter damit einverstanden.

Bst. k: sas, der SVK und mehrere Versicherer beantragen, dass die Aufsichtsbehörde diese Massnahmen nur *bei der zuständigen Behörde beantragen* kann.

Die gemeinsame Einrichtung beantragt, einen Buchstaben zu ergänzen, wonach sie bei Insolvenzgefahr benachrichtigt wird.

Abs. 3

Sas der SVK und mehrere Versicherer beantragen, ihn zu streichen und mit einer Bestimmung, wonach die Aufsichtsbehörde haftet, zu ersetzen.

Art. 40 Beauftragte Person der Aufsichtsbehörde

Sas, der SVK und mehrere Versicherer beantragen, den Artikel zu streichen.

Der Gewerbeverband und der Bauernverband beantragen, diese Massnahme nur in Ausnahmesituationen bzw. nur unter klar geregelten Voraussetzungen vorzusehen.

Abs. 4

Sas, der SVK, mehrere Versicherer und das Konsumentenforum widersetzen sich der Kostentragung durch die Versicherten.

Der Gewerbeverband beantragt, dass die beauftragte Person haftet.

Art. 41 Verfahren bei der Übertragung des Versichertenbestandes

Sas, der SVK und mehrere Versicherer beantragen, den ganzen Artikel zu streichen.

Der RVK und mehrere Versicherer beantragen, den Anwendungsbereich zu präzisieren und von Zwangsbestandesübertragungen zu sprechen.

Abs. 1

Der RVK und mehrere Versicherer beanstanden, dass die Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber "interessierten Personen" zu allgemein formuliert ist.

Abs. 3

Mehrere Kantone, die CVP, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumentenorganisationen, sas, der SVK und mehrere Versicherer, die mednetbern AG, R. Eisler und U. Kieser widersetzen sich der Einschränkung der Möglichkeit, den Versicherer zu wechseln.

Art. 42 Konkureröffnung

Der RVK und mehrere Versicherer beantragen, auch die gemeinsame Einrichtung vor der unkontrollierten Konkureröffnung zu schützen.

ChiroSuisse beantragt, auch die Forderungen der Leistungserbringer zu beachten.

Das Konsumentenforum betrachtet diese Bestimmung als zu weitgehend.

Art. 43 Massnahmen bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems

Die CVP und santésuisse beantragen, diese Massnahmen, wenn schon, im KVG zu regeln, da es um den Schutz des Systems gehe.

Mehrere Vernehmlassungsteilnehmer beanstanden, dass die Voraussetzungen für das Ergreifen von Massnahmen ("Gefährdung des Systems") ungenügend umschrieben sind.

Die GDK und mehrere Kantone beantragen, auf eine Einschränkung der gesetzlichen Leistungen zu verzichten. Die FMH sowie die Kantone BE und ZH beantragen, auch auf Tarifsenkungen zu verzichten.

Der Kanton AG, die SVP, die SP, die Grünen, der Gewerkschaftsbund, H+ und mehrere Konsumentenorganisationen beantragen, den ganzen Artikel zu streichen. Sie gehen davon aus, dass die Gefährdung gering und/oder dass die bestehenden Handlungsmöglichkeiten ausreichend sind (z.B. Gesetzgebung bei Dringlichkeit gemäss Bundesverfassung).

Art. 44 [Beendigung der Versicherungstätigkeit]

Abs. 1

Assura findet nicht genügend klar, dass die Bewilligung mittels einer Verfügung entzogen wird, falls die Krankenkasse damit nicht einverstanden ist.

Abs. 2

Die Krankenkassen kmu-Krankenversicherung, Lumneziana, vita surselva und der Krankenversicherungsverband RVK erachten die Auflistung als unvollständig, da wegen der Zweckbindung der Mittel alle im Bereich der sozialen Krankenversicherung tätigen Rückversicherer von dieser Regel betroffen seien. Bei den Rückversicherern solle daher „soziale“ gestrichen werden.

Abs. 3

Kieser erachtet die Umverteilung der Reserven nicht als praktikabel.

Art. 45 [Versicherungsgruppen]

Der Kanton AG ist der Meinung, dass keine Versicherungsgruppen zugelassen werden sollten. Die Unternehmen sollten rechtlich selbstständig sein und ihnen sollte nur gestattet werden, eine einzige Krankenversicherung durchzuführen. Andernfalls bestehe das Risiko einer Segmentierung der Versicherten, die langfristig weder für das System noch für die Versicherte nutzbringend sei.

Auch die VASOS spricht sich gegen derartige Versicherungsgruppen aus. Die Uneinheitlichkeit der aufgenommenen Unternehmen und die unzureichenden Anforderungen für ihren Einbezug in die Behandlung der Probleme, die sich bei einer sozialen Krankenversicherung stellen würden, hätten zur Folge, dass die Eignung derartiger Gruppen für eine Tätigkeit im Rahmen des KVG gefährlich geschwächt werde.

Nach Ansicht von santésuisse, Groupe Mutuel und SVK sollte das gesamte Kapitel gestrichen werden. Sofern nicht das ganze Kapitel weggelassen werde, sollten nur die Artikel 46 Absatz 1 und 48 in der von ihnen vorgeschlagenen Fassung übernommen werden. Der Begriff der wirtschaftlichen Einheit entbehre jeglichen Sinns, da das Kapital der Krankenkasse für ein klar umschriebenes Ziel bestimmt sei, in Übereinstimmung mit Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe f KVAG, gemäss dem die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwendet werden dürften.

Zudem würden sie eine Klärung des Begriffs «Einfluss» begrüßen, der zurzeit durch die Rechtsprechung zu Artikel 663e OR bestimmt werde, die Änderungen unterworfen sei. Eine Aufsicht auf der Ebene der Holding sei im Übrigen systemfremd und biete aus Sicht der Aufsichtsbehörde keinerlei Vorteile. Zudem sei die Aufsicht auf Ebene der Holding mit zusätzlichen Kosten für die Versicherer verbunden.

Der Schweizerische Gewerbeverband und der Verband Schweizerischer Elektro-Installationsfirmen stellen sich gegen eine Überwachung der Gruppen. Diese sei für alle Beteiligten mit einem unnötigen Verwaltungsaufwand verbunden.

RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung schlagen vor, die Versicherungsgruppen, die hauptsächlich im Bereich der Privatversicherungen tätig seien, durch die FINMA zu überwachen, um Doppelspurigkeiten zwischen Behörden und Aufsichtsbereichen zu verhindern.

Nach Ansicht der ÖKK hätte die Schaffung einer neuen Aufsichtsbehörde zur Folge, dass diese mit der FINMA die Aufsicht über die Gruppen beanspruchen würde, die die Versicherungstätigkeit sowohl nach dem KVG als auch nach dem VVG durchführen. Dies wäre im Übrigen auch bei einer institutionellen Trennung der Fall. Einzig eine in die FINMA integrierte Aufsicht erscheine somit angemessen.

Der Kanton TI begrüsst die Einführung einer Aufsicht über die Versicherungsgruppen, verlangt jedoch, dass die Aufsicht auf Verordnungsstufe genauer ausgeführt wird. Der Begriff der wirtschaftlichen Einheit (Art. 45 Bst. c) müsse klarer definiert werden. Zudem müssten Beschränkungen der Tätigkeiten einer Gruppe vorgesehen werden, wenn diese offensichtlich den Zwecken einer Sozialversicherung zuwiderliefen (Risikoselektion durch die Aufteilung der Versicherten zwischen den verschiedenen Kassen einer Gruppe entsprechend ihrer Typologie).

Der Schweizerische Bauernverband und der Schweizerische Bäuerinnen- und Landfrauenverband weisen darauf hin, dass die Artikel 45 bis 48, die grundsätzlich zu begrüßen seien, auch in das KVG aufgenommen werden könnten.

Die Assura erachtet den Begriff der wirtschaftlichen Einheit als unklar. Es fehle eine Definition der Faktoren, die den Einfluss und die Kontrolle bestimmten. Die Bestimmung müsse genauer formuliert werden, um die Gruppen klar abzugrenzen.

Die Schweizerische Lehrerkrankenkasse (SLKK) verzichtet darauf, sich zur Frage der Versicherungskonglomerate und der Holdings zu äussern.

Art. 46 [Verhältnis zur Einzelaufsicht]

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK schlagen vor, den gesamten Artikel oder zumindest Absatz 2 zu streichen und Absatz 1 zu ändern, um die Aufsicht auf die Tätigkeit der sozialen Krankenversicherung zu beschränken. Sie stellen sich entschieden gegen die in Absatz 2 vorgesehenen Interventionsmöglichkeiten. Da die Mittel der Krankenversicherung gebunden seien, machten Bestimmungen über die Risikokonzentration keinen Sinn.

Nach Ansicht von RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung muss sich Artikel 46 ausdrücklich auf die Tätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung beziehen, da andernfalls nicht klar sei, wie die Koordination der Aufsichtstätigkeiten erfolgen solle. In der Praxis könnte die Aufsicht über die Versicherungsgruppen zur Beaufsichtigung der Privatversicherer führen, die der Gruppe angehörten.

Art. 47 [Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit und externe Revisionsstelle]

Die Assura beantragt die Streichung dieses Artikels. Wenn die Holdinggesellschaft die soziale Krankenversicherung nicht durchführe, gebe es keinen Grund, sie spezifischen Bedingungen zu unterstellen, wie dies in den Artikeln 47 Absatz 1 und 48 vorgesehen sei. Zudem sei eine Revision der Konzernrechnung über die bereits im OR enthaltenen Bestimmungen hinaus nicht gerechtfertigt. Im Übrigen reichten die Aufsichtsmaßnahmen, die auf jeden Krankenversicherer anwendbar seien, bei Weitem aus, um die Sicherheit und den Fortbestand des Systems zu gewährleisten.

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK verlangen ebenfalls die Streichung dieses Artikels. Die Aufsichtsbehörde müsse sich auf die soziale Krankenversicherung beschränken.

Art. 48 [Auskunftspflicht]

Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK schlagen vor, diesen Artikel zu streichen. Subsidiärer Vorschlag: ihn so anpassen, dass sich die Auskunftspflicht nur auf die Tätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung bezieht.

Die Assura beantragt ebenfalls die Streichung dieses Artikels.

Art. 49 [Gemeinsame Einrichtung]

Die GE KVG lehnt die vorgeschlagene Regelung der gemeinsamen Einrichtung im KVAG (Art. 49 ff.) und die Aufhebung von Artikel 18 KVG ab. Der Institution würde damit quasi die Basis für den Namen entzogen. Unter dem Namen „Gemeinsame Einrichtung KVG“ sei sie auch in der EU-Verordnung 574/472 als Verbindungsstelle und als aushelfender Träger erwähnt. Eine Änderung des Namens könnte viele negative Konsequenzen haben. Ein allfälliger neuer Name „Gemeinsame Einrichtung KVAG“ würde auch nicht mehr auf den Tätigkeitsbereich der Krankenversicherung hindeuten, sondern fälschlicherweise den Eindruck erwecken, es handle sich um eine Institution zur Beaufsichtigung der Krankenkassen. Indessen haben die GE KVG diesbezüglich keinerlei Kompetenzen. Antrag der GE KVG: Streichung sämtlicher die GE KVG betreffenden Bestimmungen des KVAG. Die geltenden Bestimmungen im KVG, in der KVV und in der VORA sind aufrecht zu erhalten.

Eventualantrag: Artikel 49 wird wie folgt umformuliert: „Die Krankenkassen führen die gemäss Art. 18 Abs. 1 KVG gegründete Stiftung. Deren Name „Gemeinsame Einrichtung KVG“ wird beibehalten.“

Die SLKK ist über die geänderte Aufsicht über die GE KVG erfreut. Neben der neu klaren Zuständigkeit erwartet die SLKK von der neuen Aufsicht eine klare Verbesserung der Geschäftsführung sowie gesetzliche Neuregelungen bei der Leistungsaushilfe.

Santésuisse und SVK begrüßen, dass die Aufsicht über die Gemeinsame Einrichtung im KVAG geregelt wird. Materielle Prüfungen sollen jedoch im KVG geregelt werden.

Pharmaswiss regt an, der GE KVG eine neue Aufgabe zu erteilen: die Abgeltung kostensparender Tätigkeiten von Leistungserbringern, wie zum Beispiel die Optimierung der Arzneimittelverschreibung durch interdisziplinäre Qualitätszirkel Arzt-Apotheker, oder die

pharmazeutische Betreuung von Heimen, die die Kosten zugunsten der Allgemeinheit senken.

Art. 50 [Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung]

Die GE KVG begrüsst es, dass sämtliche Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung neu auf Gesetzesstufe geregelt werden sollen. Dies sollte aber im KVG erfolgen.

Antrag der GE KVG: Streichung der Bestimmungen über die GE KVG im KVAG; die bestehenden Bestimmungen im KVG (Art. 18 und 105) und in Artikel 19 KVV sind beizubehalten bzw. vollständig im KVG zu regeln.

Santésuisse beantragt die Streichung der Bestimmung bzw. die Regelung im KVG.

Art. 51 [Finanzierung der gemeinsamen Einrichtung]

Die GE KVG beantragt, wie bereits erwähnt, die Streichung sämtlicher Bestimmungen über die GE KVG im KVAG.

Grundsätzlich begrüsst die GE KVG die Regelung der Finanzierung auf Gesetzesstufe. Vergessen wurde die Finanzierung des Risikoausgleichs (bisher Artikel 9 VORA) und der Verwaltungskosten der Verbindungsstelle. Diese werden bisher durch den Bund finanziert (Art. 18 Abs. 6 KVG, Art. 19 Abs. 3 letzter Satz KVV). Wir beantragen daher, dass die Aufgaben und die Finanzierung der GE-KVG weiterhin im KVG bzw. in der KVV und in der VORA geregelt werden.

(Eventual)Antrag der GE KVG: Die Finanzierung des Risikoausgleichs wird auf Gesetzesstufe geregelt. Die Finanzierung der Verwaltungskosten der Verbindungsstelle wird auf Gesetzesstufe geregelt.

Santésuisse und SVK beantragen die Streichung der Bestimmung bzw. die Regelung im KVG.

Art. 52 [Führung des Insolvenzfonds]

Die GE KVG weist darauf hin, dass der Inhalt der Artikel 52-58 bisher lediglich in einem Reglement der GE KVG geregelt ist. Die GE KVG begrüsst es, dass nun eine grundsätzliche Regelung auf Gesetzesstufe eingeführt wird, welche die Legitimität der von der GE-KVG durchzuführenden Massnahme erhöht. Solche Bestimmungen könnten indessen ebenso gut in das KVG eingefügt werden.

Antrag der GE KVG: Die Bestimmungen zum Insolvenzfonds seien in das KVG einzufügen.

Art. 53 [Finanzierung des Insolvenzfonds]

Nach santésuisse beschreibt dieser Artikel abschliessend die Finanzierungsquellen des Insolvenzfonds, was heute nicht der Fall sei.

Die Kantone AI und BE sind der Ansicht, dass diese Bestimmung präzisiert werden muss (insb. lit. c).

lit. c

Die GE KVG geht davon aus, dass hier offenbar die Mehreinnahmen nach Art. 67 Abs. 2 der KVV gemeint sind. Diese Mehreinnahmen haben mit der Aufsicht nichts zu tun und sind

deshalb im KVAG zu streichen. Die Regelung der Umverteilung von Mehreinnahmen ist in der KVV beizubehalten.

Die GE KVG weist zudem darauf hin, dass diese Mehreinnahmen bisher an die GE KVG überwiesen werden (Art. 67 Abs. 2ter KVV); gemäss Ziff. 1.4 des vom EDI genehmigten „Reglement über die Rückerstattung der Mehreinnahmen der Pharmaindustrie an die Krankenversicherer“ hat die GE KVG diese jedoch aufgrund des Versichertenbestandes an die Versicherer auszuzahlen. Die GE hat nichts dagegen einzuwenden, wenn die Mehreinnahmen stattdessen direkt dem Insolvenzfonds zu Gute kommen. Dies müsste aber im Kommentar als Neuerung gekennzeichnet sein. Wird stattdessen die bisherige Regelung beibehalten, so ist lit. c zu streichen.

Den Kantonen AI, BE, JU und LU scheint diese Bestimmung zu wenig operationalisierbar; sie dürfte dazu führen, dass der Insolvenzfonds zu stark alimentiert wird. Alternativvorschlag: eine Zweckbestimmung für Gelder, welche gemäss den gesetzlichen Bestimmungen dem Insolvenzfonds zufließen sollen, wenn sie einen maximalen Betrag übersteigen.

Der Kanton LU verlangt Streichung von lit. c und fragt, ob diese Bestimmung nicht in Widerspruch zu Art. 17 steht.

lit. d

Nach santésuisse handelt es sich hierbei um eine neue Einnahmequelle. Santésuisse und SVK beantragen, lit. d ersatzlos zu streichen.

Die Kantone FR und JU begrüßen die Bestimmung.

Art. 54 [Höhe des Insolvenzfonds]

Abs. 1

Santésuisse weist darauf hin, dass heute der Insolvenzfonds auf einem Vertrag zwischen der GE KVG und den Versicherern basiert und 70 Mio. CHF umfasst. Dabei ist vereinbart, dass wenn dieser Betrag nicht ausreichen sollte, die Versicherer die nötigen Mittel innert kurzer Zeit zur Verfügung stellen. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass nicht erhebliche Beträge blockiert sind und von der GE KVG verwaltet werden müssen. Das heutige System konnte drei Viertel der Insolvenzfälle der letzten Jahre regeln.

Für das Konsumentenforum ist es falsch, wenn sich die Höhe des Insolvenzfonds an der finanziellen Situation der Krankenkassen orientiert.

Abs. 2

Gemäss der GE KVG ist es nicht sinnvoll, wenn bei einer Verschlechterung der Situation der Krankenkassen Zahlungen durch diese in den Insolvenzfonds und bei einer Verbesserung der Situation Zahlungen aus dem Insolvenzfonds an die Krankenkassen erfolgen. Die GE KVG kann jedoch mit dieser Bestimmung leben und opponiert nicht dagegen.

Abs. 3

Santésuisse ist einverstanden, wenn die Aufsichtsbehörde wie bis anhin konsultiert werden muss, jedoch nicht damit, dass sie bezüglich des Insolvenzfonds alleinige Entscheidungskompetenz erhält.

Santésuisse, die Groupe Mutuel und der SVK beantragen die Streichung von Abs. 3.

Die Assura verlangt, diesen Absatz zu streichen. Die der Aufsichtsbehörde eingeräumte Möglichkeit, die Erhöhung des Fonds anzuordnen, sei nicht befriedigend und müsse

zugunsten der heutigen Situation aufgegeben werden. Diese ermöglichen es, den Betrag rasch an die Umstände anzupassen und nicht unnötigerweise erhebliche Mittel zu blockieren.

Der RVK, die Lumneziana, die vita surselva und die kmu-Krankenversicherung beantragen die Streichung von Abs. 3. In der Massnahme sehen sie einen unverhältnismässigen Eingriff in die Autonomie der GE KVG.

Die GE KVG sieht in dieser neuen Bestimmung eine Vermischung von Zuständigkeit und Verantwortung. Die GE KVG beantragt die Streichung dieses Absatzes. Das BAG hat die Möglichkeit, bei einem gefährdeten Versicherer früh einzugreifen, weshalb der Insolvenzfonds nicht erhöht werden muss.

Der SGV und der Verband Schweizerischer Elektroinstallationsfirmen sprechen sich klar gegen eine Erhöhung des Insolvenzfonds aus, weil dies zu einer Prämienhöhung führen würde. Die Aufstockung sei auch nicht nötig, da durch die verschärfte Aufsicht die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Insolvenzen klar verringert werde. Sollten bei einer Insolvenz einmal die Fondsmittel nicht ausreichen, wäre es Sache des Staates, rettend einzugreifen (wie bei der UBS). Allenfalls sollte der Staat das Recht haben, die angefallenen Kosten nachgängig teilweise oder ganz auf die Versicherer abzuwälzen.

Nach Ansicht der beiden Verbände sind zwingend Bestimmungen zum Rechtsschutz (Aktiv- und Passivlegitimation, Instanzenzug) ins KVAG aufzunehmen.

Art. 55 [Feststellung der Leistungspflicht des Insolvenzfonds]

GE KVG: siehe Bemerkungen bei Artikel 52.

Santésuisse hat keine Bemerkungen.

Art. 56 [Insolvenz]

GE KVG: siehe Bemerkungen bei Artikel 52.

Santésuisse hat keine Bemerkungen.

Art. 57

GE KVG: siehe Bemerkungen bei Artikel 52.

Santésuisse hat keine Bemerkungen.

Gemäss dem Kanton FR geht aus dieser Bestimmung nicht hervor, woher die Finanzmittel stammen werden, wenn jene des Insolvenzfonds nicht ausreichen. Diese Lücke müsse geschlossen werden und im Gesetz müsse klar festgelegt werden, wer kurzfristig einspringt, wenn der Fonds erschöpft sei.

Abs. 3

Die GE KVG beantragt die Ergänzung von Abs. 3 aus folgendem Grund: Für den Fall, dass eine Krankenkasse zahlungsunfähig wird und Leistungen des Insolvenzfonds beansprucht werden müssen, ohne dass der Konkurs eröffnet wird, besteht eine Lücke. Für diesen Fall sollte vorgesehen werden, dass die Krankenkasse die Leistungen an den Insolvenzfonds zurückzahlen muss, sobald sie dazu in der Lage ist. Vorschlag für die Ergänzung von Abs. 3

(erster Satz): „Die GE-KVG kann für die von ihr geleisteten Zahlungen auf die zahlungsunfähige Krankenkasse Rückgriff nehmen.“

Art. 58 [Rückgriff]

Kontra

Die Krankenkasse SLKK möchte in aller Deutlichkeit festhalten, dass es nicht sinnvoll sei, der Gemeinsamen Einrichtung KVG die Möglichkeit zu einem Rückgriff auf die verantwortliche Organe zu geben. Mit Hinweis auf ein laufendes Verfahren begründet sie dies damit, dass die Gemeinsame Einrichtung KVG mutwillig Prozesse mit Geldern der sozialen Krankenversicherung anheben könne. Zudem seien strafrechtliche Tatbestände von Amtes wegen zu verfolgen.

Kieser kritisiert, dass nicht klar sei, auf welche Ansprüche sich diese Bestimmung beziehe. Die Legalzession sei nicht verständlich, da sie sich auf die gesetzlichen Leistungen beziehe, während die übergewandten Ansprüche solche aus Haftpflichtrecht sind und somit keine Kongruenz der Leistungen bestehe, was im Haftpflichtrecht regelmässig Voraussetzung sei. Er empfiehlt deshalb die grundlegende Überarbeitung der Bestimmung.

Pro

Die Gemeinsame Einrichtung KVG begrüsst die Einführung der Bestimmung, da diese bisher nur auf Basis eines Reglements festgehalten waren. Der letzte Satz von Art. 1 sei jedoch zu streichen, da die Anmeldung der Forderungen im Konkurs bereits in Art. 57 Abs. 3 behandelt wird.

Der RVK, die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung und ÖKK sind der Auffassung, dass mögliche Haftungsgrundlagen bereits im Voraus zu nennen seien. Zudem seien eventuell Organhaftpflichtversicherungen obligatorisch zu erklären.

8. Kapitel: Verfahren

Art. 65

Die Assura findet, es wäre nicht unnötig, wenn die Beschwerdeinstanz und Kompetenzkonflikte näher umschrieben würden.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG macht darauf aufmerksam, dass Artikel 65 die Rechtsmittelverfahren nach dem KVAG allgemein den Bestimmungen des VwVG unterstelle. Wie aber Artikel 64 zeige, sei es aber möglich, dass auch andere Verfahren (z.B. ATSG) zur Anwendung kommen. Die Gemeinsame Einrichtung könne im Übrigen noch weiteren Bestimmungen der Rechtspflege bei der Erfüllung ihrer verschiedenen Aufgaben unterstehen. Für Entscheide der GE-KVG sei daher Art. 65 nur teilweise gültig. Deshalb beantragt die GE-KVG der Geltungsbereich von Art. 65 sei einzuschränken auf die Entscheide der Aufsichtsbehörde nach diesem Gesetz.

Der RVK sowie die Krankenkassen Lumneziana, Vita surselva und kmu-Krankenversicherung machen darauf aufmerksam, dass eine ausdrückliche Regelung des Verfahrens für die Anfechtung von Verfügungen der Aufsichtsbehörde erfolgen soll.

Santésuisse und die Groupe Mutuel schlagen vor, Artikel 65 zu ergänzen. Um jegliche Missverständnisse zu vermeiden und zu verhindern, dass Entscheide der Aufsichtsbehörde nicht an höherer Instanz angefochten werden können, scheint es Ihnen notwendig, die entsprechenden

gesetzlichen Grundlagen zu schaffen. Es bleibe ihres Erachtens unklar, ob gegen Verfügungen der Aufsichtsbehörde eine Verwaltungsbeschwerde offen stehe oder ob direkt eine Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht zulässig sei. Deshalb sei Artikel 65 Absatz 1 insoweit zu ergänzen, dass auf die Verfahren die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren anwendbar sind, soweit dieses Gesetz nicht *ausdrücklich* davon abweicht. Ferner sei ein neuer Absatz 2 mit folgendem Inhalt zu schaffen: Die Anfechtung von Verfügungen der Aufsichtsbehörde richtet sich nach den Bestimmungen über die Bundesrechtspflege, insbesondere des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht und des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht.

Um jegliche Missverständnisse zu vermeiden und zu verhindern, dass Entscheide der Aufsichtsbehörde nicht an höherer Instanz angefochten werden können, scheint es *santésuisse*, Groupe Mutuel und SVK notwendig, die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen zu schaffen.

Prof. Kieser betont, es bleibe unklar, ob gegen Verfügungen der Aufsichtsbehörde eine Verwaltungsbeschwerde (an welche Behörde) offen stehe oder ob direkt eine Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht

Art. 66 [Rechtsform, Sitz und Name]

Kontra

Abs. 1

Der Kanton BS fordert, dass von der Schaffung einer unabhängigen Aufsichtsbehörde abzusehen sei. Die Aufsicht sei allenfalls zu verstärken und im BAG zu belassen. Die ausgelagerte Behörde würde nicht zwingend einen fachlichen Mehrwert bringen, werde jedoch mehr Verwaltungskosten verursachen. Zudem sei zu befürchten, dass die Ausgliederung zu einer nachteiligen Wirkung betreffend den Schnittstellen der übrigen zentralen Aufsichts- und Rechtsetzungsaufgaben des BAG im Bereich des KVG führen würden. Zudem seien Nachteile aus der grösseren Distanz zu andern Bundesverwaltungsstellen wie zum BSV, BFS und EFV zu erwarten.

Das BAG sei zudem ein wichtiger politischer Ansprechpartner für alle Beteiligten im Gesundheitswesen, gerade auch für die Kantone. Der Einbezug der Kantone in die Organisation und Mitfinanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. Spitalwesen, Prämienverbilligung, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe) könne geschmälert werden. Auch sei eine technokratische Aufsichtsbehörde mit zu grosser Nähe zu den beaufsichtigten Krankenkassen zu befürchten.

Der Kanton JU weist darauf hin, dass die Aufsicht direkt durch die Verwaltung erfolgen muss. Eine Übertragung dieser Verantwortung widerspräche der gesetzlichen Ordnung, da der Entwurf KVAG keine Rechtskontrolle im Sinn des VwVG vorsieht bzw. vorsehen kann. Zudem verweist er auf Art. 76 ATSG, welcher die Verantwortung für die Aufsicht über die Sozialversicherungen direkt dem Bundesrat überträgt.

Der Kanton SZ ist der Auffassung, dass das Beispiel der FINMA im Zusammenhang mit der Stützung der Banken zeige, dass auch mit einer unabhängigen Aufsichtsbehörde nicht alle Risiken ausgeschaltet werden könnten. Eine enge Kontrolle bei 80 Versicherungsgesellschaften sei nicht möglich, würde aber die Aufsichtskosten verteuern, was zu verhindern sei.

Der Kanton SO hält dafür, dass die Aufsicht an die FINMA anzugliedern sei, da die Begründung im Vernehmlassungsbericht, dass Sozialversicherer andern Interessen ausgesetzt seien als die Akteure, welche der Finanzmarktaufsicht unterstünden, nicht überzeuge. Die Schnittstellenproblematik liesse sich mit einer Eingliederung in die FINMA besser lösen. Andernfalls sei bei der Schaffung einer unabhängigen Aufsichtsbehörde zu

prüfen, ob diese auch die Versicherungen nach VVG beaufsichtigen soll, soweit diese institutionell nicht getrennt sind.

Das Konsumentenforum fragt sich, ob die Auslagerung der Aufsicht überhaupt zulässig sei, wenn nicht auch die Versicherten in dieser Aufsicht vertreten seien und verweist auf Art. 72 des Übereinkommens Nr. 102 der ILO.

Die Krankenkasse Assura befürchtet bei einer Auslagerung der Aufsichtsbehörde erhöhte Kosten, welche durch eine direkte Unterstellung unter das EDI vermieden werden könnten. Zudem könnten damit Effizienzgewinne durch eine verbesserte Zusammenarbeit mit dem EDI und dem BAG erzielt werden, welches die Rechtsetzung nach wie vor übernehmen müsste. Die Zusammenarbeit zwischen zwei verschiedenen Einheiten sei zudem nie so effizient wie diejenige einer einzigen Behörde, weshalb dies vor einer Auslagerung besonders erwogen werden müsste.

Die Krankenkasse SLKK, ÖKK, RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung sind der Auffassung, eine Eingliederung in die FINMA sei wegen Synergieeffekten mit dem Zusatzversicherungsgeschäft nochmal zu prüfen, von einer eigenständigen Aufsicht sei jedoch abzusehen, da diese zu höheren Verwaltungskosten führe.

Santésuisse und SVK sind ebenfalls gegen eine Auslagerung der Aufsichtsbehörde. Die bestehende Organisation sei beizubehalten. Im Entwurf KVAG seien einzig Bestimmungen zur Unabhängigkeit, zur Verantwortung und Information der Aufsichtsbehörde einzuführen. Der Schweizerische Versicherungsverband würde zwar eine Reduktion der Einflussnahme der Politik auf die Aufsicht als auch die Entflechtung von materieller und finanzieller Aufsicht erwünscht. Sie erachtet hierfür die Umwandlung der Aufsicht in eine eigenständige, unabhängige Behörde nicht als notwendig.

Der Spitalverband H+ gibt zu bedenken, dass mit der Schaffung einer selbständigen Aufsichtsbehörde die Gesundheitskosten weiter steigen würden, ohne dass dabei die Patienten profitieren würden.

Die SP und der SGB als auch der Dachverband Schweizerischer Patientenstellen sind gegen die Auslagerung der Aufsicht, da damit sowohl die Durchführung der Krankenversicherung als auch die Aufsicht nicht mehr selbst vom Staat wahrgenommen würde. Dies würde zu einer Privatisierung staatlicher Aufgaben führen. Der politische Einfluss müsse jedoch gewährleistet bleiben. Letzteres vertritt auch Travail suisse, weshalb für sie eine Auslagerung ebenfalls nicht in Frage kommt.

Der Verband KV Schweiz ist ebenfalls gegen die Einrichtung einer unabhängigen Aufsichtsbehörde, da in diesem Fall die demokratische Kontrolle der Aufsicht nicht mehr gewährleistet sei. Der Verband zweifelt zudem, ob durch eine verwaltungsunabhängige Aufsicht auch die notwendige tatsächliche Unabhängigkeit erreicht werden könne. Die notwendigen Neuerungen könnten zudem auch mit der bestehenden Aufsicht erreicht werden. Falls die Auslagerung der Aufsicht dennoch weiter verfolgt wird, wünscht sich KV Schweiz eine angemessene Vertretung der Versicherten im Aufsichtsgremium als vertrauensbildende Massnahme.

Nicht entschieden gegen eine Auslagerung wendet sich Eisler Richard, befürwortet jedoch aus Effizienzgründen eher eine Angliederung an die FINMA.

Der RVK und die Krankenkasse ÖKK monieren ausserdem, dass der Sitz der Aufsichtsbehörde auf Bern eingeschränkt sei und dass die Bezeichnung der Aufsichtsbehörde seltsam und kompliziert anmute.

Pro

Die GDK und mit ihr die Kantone BE, BL, BS, LU, SG und TG stimmen der Schaffung einer Aufsichtsbehörde als selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts unter der Bedingung zu, dass der Grundsatz durchgesetzt wird, wonach die kantonalen Kosten den kantonalen Prämien folgen. Sie sehen deshalb eine Beaufsichtigung durch die FINMA nicht als zweckmässig an. Auch der Kanton AG begrüsst eine unabhängige Aufsichtsbehörde, welche weiterhin ein wesentliches Augenmerk auf die Solvenz der Krankenkassen legen soll. Der Kanton GL befürwortet ebenfalls eine unabhängige Aufsichtsbehörde, welche zu mehr Transparenz und grösserer finanzieller Sicherheit für die beaufsichtigten Kassen führen soll.

Die Konsumentenorganisationen FRC, SKS und ACSI unterstützen ebenfalls die Einrichtung einer unabhängigen Aufsichtsbehörde.

Die FDP befürwortet grundsätzlich eine unabhängige Aufsichtsbehörde, stellt jedoch ihre Unterstützung unter die Bedingung, dass hierbei keinesfalls höhere Kosten für die Versicherten entstehen dürfen. Die gleiche Auffassung vertritt auch der Schweizerische Arbeitgeberverband und fordert, dass entsprechende Berechnungen nachgeliefert werden müssten.

Art. 67 [Organe]

Kontra

Santésuisse, der RVK und die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung fordern die ersatzlose Streichung von Art. 67.

Art. 68 [Verwaltungsrat]

Kontra

Der Kanton JU verlangt die besser definierte Aufteilung der Kompetenzen zwischen dem Verwaltungsrat und der Geschäftsleitung.

Die FMH lehnt es ab, dass der Erlass von Verordnungen an die unabhängige Aufsichtsbehörde delegiert werden kann (Art. 68 Abs. 1 lit. c).

Die EFK ist der Auffassung, dass das Budget der unabhängigen Aufsichtsbehörde voraussichtlich zu klein sein wird, um eine professionelle interne Revisionsstelle einzurichten. Sie empfiehlt deshalb, darauf zu verzichten oder diese nur im Sinn einer Kann-Formulierung einzuführen (Art. 68 Abs. 1 lit. e). Zu Art. 68 Abs. 4 äussert sich die EFK dahin gehend, dass das Präsidium der Aufsichtsbehörde voraussichtlich nicht als Vollzeitamt ausgestaltet werden kann, so dass eine entsprechend andere Regelung gefunden werden müsse, um Interessenkonflikte zu vermeiden.

Der RVK und die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung fordern eine genauere Umschreibung der notwendigen Qualifikation der Mitglieder des Verwaltungsrates und der Geschäftsleitung (Art. 68 Abs. 2), sofern dieser Artikel nicht ganz gestrichen wird. Sie und die Krankenkasse ÖKK erachten die Einführung von Geschlechterquoten in Art. 68 Abs. 3 als sachfremd, weshalb darauf zu verzichten sei.

Kieser meldet aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten Bedenken an, wenn dem Verwaltungsrat der Aufsichtsbehörde die Befugnis eingeräumt wird, Verordnungen zu

erlassen. Es sei zu prüfen, ob eine Subdelegation an den Verwaltungsrat überhaupt zulässig sei.

Pro

Der Kanton FR fordert, dass der Bundesrat die Bestimmung zur Vermeidung von Interessenkonflikten analog von Art. 20 Abs. 4 des Entwurfs besser definieren soll.

Der Kanton TI fordert, dass nicht nur die Geschlechter, sondern auch die Sprachregionen der Schweiz im Verwaltungsrat angemessen repräsentiert sind. Der Kanton VD fordert die Vertretung der Kantone in der Aufsichtsbehörde, da die Prämien und die Reserven auf kantonalem Niveau fixiert sein müssten (Art. 68 Abs. 3 Entwurf KVAG).

Die Konsumentenorganisationen FRC, SKS und ACSI möchten die Wahl des Verwaltungsrates in einer Verordnung präzisieren, damit Interessenkonflikte vermieden werden könnten.

Art. 69 [Geschäftsleitung]

Kontra

Der Kanton JU verlangt für die Geschäftsleitung, speziell aber für den Direktor der Aufsichtsbehörde Regeln zur Wahl und insbesondere Hinderungsgründe zur Wahl und zur Vermeidung von Interessenkonflikten.

Pro

text

Art. 70 [Revisionsstelle]

Kontra

Die EFK bemängelt im Entwurf KVAG, dass nicht klar sei, nach welchen Standards die Revision und deren Berichterstattung erfolgen soll. Sie schlägt deshalb eine Bestimmung vor, wonach sich der Prüfauftrag der Finanzkontrolle nach den Bestimmungen des Obligationenrechts richtet und diese dem Bundesrat Bericht erstattet. Damit werde klargestellt, dass der Bundesrat die Funktion der Generalversammlung übernimmt.

Pro

Art. 71 [Personal]

Kontra

Die EFK schlägt entsprechend einem Bericht der Interdepartementalen Arbeitsgruppe für Korruptionsbekämpfung vor, dass die Aufsichtsorgane unter die Anwendung von Regelungen entsprechend Art. 22a des Bundespersonalgesetzes (BPG) fallen. Die Anzeigepflicht und das Melderecht könne von den Angestellten nur gefordert werden, wenn auch der entsprechende Kündigungsschutz nach Art. 14 Abs. 1 BPG gegeben ist. Die EFK schlägt deshalb vor, den Geltungsbereich von Art. 71 Abs. 3 des Entwurfs KVAG um Art. 14 Abs. 1 und Art. 22a BPG zu erweitern.

Die SP, die Grünen und der SGB begrüßen ein öffentlich-rechtliches Arbeitsverhältnis, lehnen jedoch die Generalvollmacht des Verwaltungsrates für die Festlegung der Arbeitsverhältnisse ab. Sie fordern, dass das Personal der Aufsichtsbehörde nach Bundespersonalgesetz (BPG) angestellt wird. Die SP verlangt darüber hinaus, dass das Personal und seine Verbände vorab konsultiert wird, wie dies in Art. 33 BPG vorgesehen ist.

Pro

text

Art. 72 [Amtsgeheimnis]

Kontra

Santésuisse, SVK und die Groupe Mutuel verlangen, dass bezüglich der Amtsgeheimnisverletzung in einem separaten Absatz auf Art. 320 StGB zu verweisen sei.

Pro

text

Art. 73 [Reserven]

Kontra

Santésuisse, SVK und die Groupe Mutuel verlangen eine Reduktion der Reserven auf 10% eines Jahresbudgets mit Finanzierung durch den Bund. Es gehe nicht an, dass auf Kosten der Versicherer bzw. der Prämiegelder Reserven angehäuft würden.

Pro

text

Art. 74 [Tresorerie]

Kontra

Keine weitergehenden Kommentare. Siehe hierzu Kommentare zu Art. 66 Entwurf KVAG.

Pro

text

Art. 75 [Rechnungslegung]

Kontra

Keine weitergehenden Kommentare. Siehe hierzu Kommentare zu Art. 66 Entwurf KVAG.

Pro

text

Art. 76 [Verantwortlichkeit]

Kontra

Der Kanton JU findet eine Einschränkung der Haftbarkeit im Voraus für unnötig (Art. 76 Abs. 2). Zudem sei die Einschränkung der Haftbarkeit im Fall der Intervention eines Dritten in die Kausalkette ein generelles Prinzip des Haftungsrechts, weshalb dieses nicht mehr zu erwähnen sei. Sollte diese Einschränkung aufrecht erhalten bleiben, so sei auch zu bestimmen, dass sie nicht zur Anwendung komme, sofern die Aufsichtsbehörde im Fall einer (schweren) Pflichtverletzung den Schaden übernehmen muss.

Santésuisse, SVK und die Krankenkassen Assura und Groupe Mutuel erachten die Begrenzung der Haftbarkeit der Aufsichtsbehörde keinesfalls für gerechtfertigt. Ein Verweis auf das Verantwortlichkeitsgesetz (VG, SR 170.32) des Bundes sei ausreichend. Abs. 2 sei zu streichen. Santésuisse, SVK und die Groupe Mutuel begründen dies damit, dass die Aufsichtsbehörde nicht nur Aufsichtsfunktionen wahrnehmen soll, sondern weitreichende Massnahmen ergreifen könne. Dies im Gegensatz zur FINMA, welche nur für Unterlassungen hafte. Zudem könne sich der Schaden im Bereich der Finanzmärkte in Milliardenhöhe bewegen, was eine Haftungsbeschränkung der FINMA rechtfertige. Diese Beträge seien in der sozialen Krankenversicherung kleiner, weshalb die Aufsichtsbehörde diese übernehmen könne.

Die Krankenkassen hätten angesichts der beabsichtigten Verstärkung der Aufsicht nur noch wenig Handlungsspielraum. Letztere müsse sich deshalb der Verantwortung stellen; zudem könne sie sich nicht der Verantwortung mit der Begründung entziehen, sie hätte nicht die nötigen Kenntnisse und Befugnisse gehabt, um ihre komplexen Aufgaben wahrzunehmen.

Kieser fordert, dass die Haftung offensichtlich dann nicht ausgeschlossen werden kann, wenn zu den Pflichtverletzungen eines Beaufsichtigten eine eigene Pflichtverletzung der Aufsichtsbehörde tritt. Dass bei Schaden, welcher auf Pflichtverletzungen des Beaufsichtigten zurückzuführen sind, keine Haftung der Aufsichtsbehörde besteht, sei offensichtlich und müsse nicht festgelegt werden.

Pro

text

Art. 77 [Steuerbefreiung]

Kontra

Keine weitergehenden Kommentare. Siehe hierzu Kommentare zu Art. 66 Entwurf KVAG.

Pro

text

Art. 78 [Unabhängigkeit und Aufsicht]

Kontra

Kieser kritisiert, dass aus dem erläuternden Bericht nicht klar hervorgeht, ob es sich bei der Verwaltungsbeschwerde um eine Beschwerde an das Bundesgericht oder an eine andere Behörde handle. Die Frage der Rechtsmittel sei unbedingt zu klären. Zudem sei es fraglich, ob es mit Blick auf Art. 76 ATSG im Zusammenhang mit Art. 78 des Entwurfes überhaupt zulässig sei, die vorgesehene Zuordnung der Aufsichtstätigkeit so vorzunehmen. Es könne sich nicht um eine unabhängige Aufsicht handeln, der Bundesrat müsse auf jeden Fall die Oberaufsicht haben und müsse hierüber regelmässig Bericht erstatten. Das Verhältnis der beiden Bestimmungen sei zwingend zu klären, wobei Art. 76 ATSG vorgehe.

Pro

Art. 79 [Information der Öffentlichkeit]

Kontra

Pro

Santésuisse, SVK und die Konsumentenorganisationen FRC, SKS und ACSI begrüßen eine regelmässige Information der Öffentlichkeit durch die Aufsichtsbehörde.

Art. 80 Vergehen und 81 Übertretungen

Der Kanton NE betont, die Einführung von strengeren Sanktionen gehe in die richtige Richtung, doch die vorgesehenen Bussen dürften keinesfalls über die Prämien finanziert werden. Die FMH weist darauf hin, dass Ergänzungen der Sanktionen und Strafbestimmungen zwecks « Gewährleistung einer gesetzmässigen und einheitlichen Durchführung der sozialen Krankenversicherung sowie der Verhinderung von Missbräuchen zulasten der Versicherten oder im Wettbewerb unter den Krankenversicherern (vgl. G. Eugster in SVBR, 2007, S. 471, N. 231) sinnvoll sei. Richtig verstandene Aufsicht brauche Sanktionen und Strafbestimmungen nicht nur zur Durchsetzung der finanziellen Sicherheit.

Santésuisse und SVK betonen, die Strafandrohungen würden gegenüber dem geltenden Recht massiv verschärft. Sie würden nun Artikel 86 VAG und Artikel 87 VAG angeglichen. Die Strafandrohung für die fahrlässige Begehung erscheine aber zu hoch. Es stelle sich die Frage, wie die Verhältnismässigkeit der einzelnen Sanktionen sichergestellt werde.

Der Schweizerische Bauernverband und der Schweizerische Bäuerinnen- und Landfrauenverband weisen darauf hin, dass die gerechtfertigten Verschärfungen bei den Strafbestimmungen auch im KVG realisiert werden können. Dieser Verband beantragt, es müsse der Grundsatz der Verhältnismässigkeit beachtet werden. Die vorgesehenen Beträge seien für Kleinkassen sehr hoch. Für Grosskassen seien sie hingegen eher bescheiden.

Santésuisse und SVK beantragen, Artikel 81 Absatz 1 lit. c und lit. d sei zu streichen. Sie begründen diesen Antrag damit, dass sich die Einreichung des Geschäftsberichts auch ungewollt verzögern könne. Dadurch dass der Aufsichtsbehörde nach Artikel 24 KVAG bis zum 31. März ein Bericht über den Geschäftsgang eingereicht werden müsse, sei dieser Tatbestand für eine Übertretung unverhältnismässig. Den gleichen Antrag stellt auch die Assura zu Artikel 81 Absatz 1 lit. c. Ferner sei die Massnahme bzw. Bussenhöhe bei fehlender Rückstellungsbildung unverhältnismässig (zu Artikel 81 Absatz 1 lit. d). Zu Artikel 81 Absatz 1 lit. e wird festgestellt, dass aufgrund des Legalitätsprinzips nicht jegliche Pflichtverletzung als Straftatbestand genügen dürfe, die entsprechenden Pflichten seien

vielmehr explizit aufzuführen. Zudem sei der zweite Halbsatz zu streichen; diesbezüglich würden die Strafbestimmungen des StGBs genügen. Zu Artikel 81 Absatz 1 lit. h wird betont, es solle hier der Sinn der entsprechenden KVG-Bestimmung zum Ausdruck kommen, dass ein einmaliger Verstoss nicht für die Erfüllung des Straftatbestandes genügt. Die Bestrafung eines einmaligen Verstosses wäre nicht adäquat.

Der Kanton Genf und der Kanton Wallis machen darauf aufmerksam, dass bei Verletzung der Aufnahmepflicht (welche im KVAG in Artikel 4 Absatz 1 lit. f und i vorgesehen sei) auch eine Strafe erfolgen sollte. Das KVAG sehe aber keine Strafe bei der illegalen Verweigerung der Aufnahme vor. Auch die rasche Aufnahme soll gewährleistet werden. Wenn der Versicherte keine Antwort erhält, hat er auch kein Beweismittel, dass er hätte aufgenommen werden müssen.

Die Assura macht darauf aufmerksam, dass in Artikel 81 Absatz 1 lit. a KVAG der Bezug auf Artikel 48 KVAG gestrichen werden soll.

Artikel 82 Widerhandlungen gegen das Gesetz und gegen Verfügungen

Santésuisse, SVK und Groupe Mutuel schlagen vor, lit. b von Artikel 82 KVAG zu streichen. Weisungen seien in Form einer Verfügung zu erlassen, welche anfechtbar sei. Deshalb erübrige sich dieser Absatz. Weisungen könnten im Übrigen keine gesetzesähnlichen Wirkungen entfalten.

Prof. Kieser betont, es sei verfehlt, eine Verwaltungssanktion bereits festzulegen, wenn eine Krankenkasse einer Weisung der Aufsichtsbehörde nicht Folge leiste. Es müsse namentlich berücksichtigt werden, dass Weisungen nicht als zwingende Rechtsnormen zu betrachten seien, sondern nur insoweit zu befolgen seien, als sie sich im Rahmen des übergeordneten Rechts hielten. Deshalb sei lit. b ersatzlos zu streichen.

Der Kanton Wallis begrüsst die Verstärkung der Strafen gegenüber den Krankenkassen. Hingegen sollen die Bussen nicht aus dem Prämiengeld bezahlt werden dürfen. Vielmehr sollen die Verantwortlichen die Bussen als natürliche Person bezahlen müssen.

Die Assura schlägt vor, lit. b von Artikel 82 zu streichen. Es sei zwischen Gesetzes- und Weisungsverstoss zu unterscheiden. Es sei nicht angebracht, eine Krankenkasse wegen einem Verstoss gegen eine Weisung der Aufsichtsbehörde zu bestrafen. Der Verstoss gegen eine Weisung sei in einer Verfügung festzustellen. Diese unterliege der Beschwerde. Falls dann der Verfügung nicht Folge geleistet werde, komme Artikel 82 lit. a zur Anwendung.

Der Kanton Jura betont, Geldstrafen seien nur geeignet, wenn sie eine natürliche Person treffen, nicht hingegen, wenn sie auf den Versicherer abgewälzt werden können. Zur Abschreckung sei der Entzug der Bewilligung und die Veröffentlichung der Entscheide besser geeignet. Was lit. b von Artikel 82 betreffe, würden unbestimmte Begriffe verwendet. Vor allem der Begriff „Weisung“ müsse geklärt werden.

Art. 83 [Vollzug]

Keine Bemerkungen

Art. 84 [Änderung bisherigen Rechts]

Keine Bemerkungen

Art. 85 [Übergangsbestimmungen]

Art. 85 Abs. 1

Assura, RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, santésuisse, SVK und Centre patronal verlangen die Streichung dieser Bestimmung (siehe die Bemerkungen zu

Art. 4 Abs. 1 Bst. a). Nach Ansicht von FRC, SKS und ACSI ist die Frist von fünf Jahren zu lang. Eine dreijährige Frist sei ausreichend.

Art. 85 Abs. 2

RVK, Lumneziana, Vita Surselva und kmu-Krankenversicherung sprechen sich zudem für die folgenden Übergangsfristen aus: zwei Jahre für die Einreichung des Geschäftsplans und fünf Jahre für dessen Umsetzung (Art. 6 und 7); mindestens fünf Jahre für die Einführung der risikobasierten Reserven (Art. 12), entsprechend der Einführung des SST durch die FINMA; fünf Jahre in Bezug auf die Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit (Art. 20), ebenso für die Berichte (Art. 24).

Art. 86 [Übergang von Rechten und Pflichten]

RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, santésuisse und SVK verlangen die Streichung dieser Bestimmung.

Nach Ansicht von Kieser ist die Vereinbarkeit von Absatz 3 (unverzügliche Übernahme der Verfahren durch die SASO) und Absatz 1 (Übergangsfrist) fraglich.

Art. 87 [Übergang der Arbeitsverhältnisse]

ÖKK, RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, santésuisse und SVK verlangen die Streichung dieser Bestimmung.

Art. 87 Abs. 4

Die Grünen, die SP und der SGB wünschen, dass Absatz 4 umformuliert wird: Die SASO gestaltet Umstrukturierungen sozialverträglich.

Art. 88 [Zuständige Arbeitgeberin]

RVK, Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung, santésuisse, Groupe Mutuel und SVK verlangen die Streichung dieser Bestimmung. Als Alternative schlagen santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK einen Absatz 3 mit folgendem Wortlaut vor: «Eine allfällige Rekapitalisierung der Pensionskasse des Bundes wird durch den Bund finanziert.»

Art. 89 [Referendum und Inkrafttreten]

Keine Bemerkungen

Art. 86 [Übergang von Rechten und Pflichten]

Kontra

Kieser kritisiert die Unzulänglichkeit des zeitlichen Verhältnis zwischen Abs. 1 und Abs. 3 für den Fall, dass der Bundesrat den Zeitpunkt des Eintritts der Rechtspersönlichkeit der Aufsichtsbehörde nicht auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bestimmt.

Pro

Art. 87 [Übergang der Arbeitsverhältnisse]

Kontra

Die Grünen erachten die Regeln für den Übergang der Arbeitsverhältnisse als unzureichend. Es brauche eine minimale sozialpartnerschaftliche Rücksichtnahme, wie sie im Bundespersonalgesetz (BPG) vorgesehen sei. Diese gebe dem Personal die Sicherheit, dass an seinem Status nichts ändere, wozu auch kein Anlass bestehe. Es sei deshalb die Bestimmung aufzunehmen, dass die Aufsichtsbehörde das Personal nach Bundespersonalgesetz anstelle.

Die Grünen, die SP und der SGB fordern, dass die Umstrukturierungen zwingend sozialverträglich zu gestalten sind (Änderung von Abs. 4).

Der RVK, die Krankenkassen Lumneziana, Vita Surselva, kmu-Krankenversicherung und ÖKK fordern die Streichung von Art. 87, da die neue Aufsichtsbehörde die Stellen zwingend in einem neuen wettbewerblichen Verfahren auszuschreiben seien. Dies solle auch für die Eingliederung in die FINMA gelten. Die ÖKK begründet dies damit, dass der Entwurf KVAG kein Gesetz der Verwaltung für die Verwaltung sei.

Pro

Art. 88 [Zuständige Arbeitgeberin]

Kontra

Santésuisse, SVK und die Groupe Mutuel verlangen eine Bestimmung, wonach die Rekapitalisierungen der Pensionskasse durch den Bund zu finanzieren sei. Es könne nicht angehen, dass hierfür Prämienfelder verwendet würden.

Pro

Übergangsbestimmungen

Der Kanton ZH verlangt die Aufnahme einer Übergangsbestimmung, gemäss der die neue Regelung erst in Kraft treten darf, nachdem die kantonalen Unterschiede ausgeglichen wurden, die sich aus den in der Vergangenheit erhobenen Prämien ergeben. Santésuisse, Groupe Mutuel und der SVK verlangen, dass die Übergangsbestimmungen bezüglich des Risikoausgleichs beibehalten werden.

3. Einzelne Bestimmungen betreffend Änderung bisherigen Rechts

KVG, Art. 00 [Titel]

Keine Bemerkungen

KVG, Art. 00 [Ruhe der Unfalldeckung]

Keine Bemerkungen

Änderung bisherigen Rechts

Art. 59a KVG [Daten der Leistungserbringer]

Die FMH weist darauf hin, die Organisationen der Leistungserbringer seien daran, mit dem BFS zu klären, welche Informationen sachgerecht und praktikabel seien. Nach Ansicht von Physioswiss lässt sich diese Bestimmung nur rechtfertigen, wenn die Prüfung der Wirtschaftlichkeit künftig paritätisch erfolgt.