

**Bundesgesetz  
betreffend die Aufsicht über die  
soziale Krankenversicherung  
(Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG)**

*Entwurf*

vom ...

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
gestützt auf Artikel 117 Absatz 1 der Bundesverfassung<sup>1</sup>,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2012<sup>2</sup>,  
beschliesst:*

**1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen**

**Art. 1** Gegenstand und Zweck

<sup>1</sup> Dieses Gesetz regelt die Aufsicht des Bundes über:

- a. Krankenkassen;
- b. Versicherungsgruppen;
- c. Rückversicherer;
- d. die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>3</sup> über die Krankenversicherung (KVG).

<sup>2</sup> Es bezweckt insbesondere den Schutz der Versicherten nach dem KVG.

**Art. 2** Krankenkassen

<sup>1</sup> Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen und die soziale Krankenversicherung nach dem KVG<sup>4</sup> durchführen.

<sup>2</sup> Es steht den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach dem KVG auch Zusatzversicherungen anzubieten; ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben. Diese Versicherungen unterliegen dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908<sup>5</sup>.

1 SR 101  
2 BBl 2012 1941  
3 SR 832.10  
4 SR 832.10  
5 SR 221.229.1

<sup>3</sup> Die Krankenkassen können zudem die Unfallversicherung mit der Einschränkung nach Artikel 70 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981<sup>6</sup> über die Unfallversicherung betreiben.

## **2. Kapitel: Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung**

### **Art. 3** Bewilligung

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde bewilligt den Krankenkassen, welche die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllen und die Interessen der Versicherten gewährleisten, die Durchführung der sozialen Krankenversicherung.

<sup>2</sup> Sie veröffentlicht eine Liste der zugelassenen Krankenkassen.

### **Art. 4** Bewilligungsvoraussetzungen

Die Krankenkassen müssen:

- a. die Rechtsform der Aktiengesellschaft, der Genossenschaft, des Vereins oder der Stiftung aufweisen;
- b. ihren Sitz in der Schweiz haben;
- c. über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten;
- d. über ein ausreichendes Startkapital verfügen und jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen und insbesondere über die erforderlichen Reserven verfügen;
- e. über eine zugelassene externe Revisionsstelle verfügen;
- f. die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten; sie dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwenden;
- g. die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anbieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen; auf Gesuch hin kann die Aufsichtsbehörde Krankenkassen in besonderen Fällen von dieser Verpflichtung befreien;
- h. die freiwillige Taggeldversicherung nach dem KVG<sup>7</sup> durchführen;
- i. in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige oder -berechtigte Person aufnehmen;
- j. in der Lage sein, alle anderen Anforderungen dieses Gesetzes und des KVG zu erfüllen.

<sup>6</sup> SR 832.20

<sup>7</sup> SR 832.10

**Art. 5** Übertragung von Aufgaben

<sup>1</sup> Krankenkassen dürfen einem anderen Unternehmen der Versicherungsgruppe, einem Verband der Krankenkassen oder Dritten Aufgaben übertragen.

<sup>2</sup> Nicht übertragen werden dürfen:

- a. die Oberleitung und die Kontrolle durch den Verwaltungsrat;
- b. sonstige zentrale Führungsaufgaben, einschliesslich des Erlasses von Verfügungen im Sinne von Artikel 49 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000<sup>8</sup> über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

<sup>3</sup> Die Krankenkassen müssen sicherstellen, dass die Aufsicht über übertragene Aufgaben uneingeschränkt wahrgenommen werden kann.

**Art. 6** Bewilligungsgesuch

<sup>1</sup> Das Bewilligungsgesuch muss der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.

<sup>2</sup> Dem Gesuch ist der Geschäftsplan beizulegen. Dieser muss folgende Angaben und Unterlagen enthalten:

- a. die Statuten, die Gründungsurkunde und den Handelsregisterauszug (Eintragung);
- b. die Organisation der Krankenkasse und gegebenenfalls der Versicherungsgruppe, zu der die Krankenkasse gehört;
- c. die namentliche Bezeichnung und die Lebensläufe der Mitglieder des Verwaltungsrats, des Stiftungsrates oder des Vorstands und der Geschäftsleitung;
- d. die namentliche Bezeichnung der externen Revisionsstelle und des leitenden Revisors oder der leitenden Revisorin;
- e. Angaben über Personen, die direkt oder indirekt mit mindestens 10 Prozent des Kapitals oder der Stimmen an der Krankenkasse beteiligt sind oder deren Geschäftstätigkeit auf andere Weise massgebend beeinflussen können;
- f. Angaben zur finanziellen Ausstattung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach dem KVG<sup>9</sup>;
- g. die Eröffnungsbilanz;
- h. die Planbilanzen und Planerfolgsrechnungen für die ersten drei Geschäftsjahre;
- i. falls vorhanden, den Rückversicherungsplan und die Rückversicherungsverträge;
- j. Angaben zur Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken;
- k. Angaben über den örtlichen Tätigkeitsbereich der Krankenkasse;

<sup>8</sup> SR 830.1

<sup>9</sup> SR 832.10

- l. falls vorhanden, die Verträge oder sonstige Absprachen, durch die wesentliche Aufgaben der Krankenkasse übertragen werden sollen;
- m. die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung;
- n. die Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 62 KVG) und über die freiwillige Taggeldversicherung (Art. 67–77 KVG) sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen;
- o. falls die Krankenkasse Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten zu betreiben beabsichtigt, die Mitteilung, dass sie bei der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) ein entsprechendes Gesuch gestellt hat;
- p. falls die Krankenkasse die Krankenversicherung im Fürstentum Liechtenstein durchführen will, die Mitteilung, dass sie dort ein entsprechendes Gesuch gestellt hat.

<sup>3</sup> Die Aufsichtsbehörde kann weitere Angaben und Unterlagen verlangen, sofern diese für die Beurteilung des Gesuchs erforderlich sind.

#### **Art. 7** Änderungen des Geschäftsplans

<sup>1</sup> Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans nach Artikel 6 Absatz 2 Buchstabe a, i und k–n betreffen, bedürfen einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde.

<sup>2</sup> Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans nach Artikel 6 Absatz 2 Buchstabe b–f, j, o und p betreffen, sind der Aufsichtsbehörde vorgängig mitzuteilen. Sie gelten als bewilligt, sofern die Aufsichtsbehörde nicht innert acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet.

#### **Art. 8** Änderung der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Versichertenbestandübertragung

<sup>1</sup> Beabsichtigt eine Krankenkasse eine Änderung ihrer rechtlichen Struktur oder eine Vermögensübertragung nach dem Fusionsgesetz vom 3. Oktober 2003<sup>10</sup>, so hat sie dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde kann eine Änderung innert acht Wochen nach deren Mitteilung untersagen oder an Bedingungen knüpfen, wenn die Änderung nach Art und Umfang die Krankenkasse oder die Interessen der Versicherten gefährden kann.

<sup>3</sup> Überträgt eine Krankenkasse ihren Versichertenbestand gestützt auf eine vertragliche Vereinbarung ganz oder teilweise auf eine andere Krankenkasse, so bedarf dies der Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde bewilligt die Übertragung, wenn die Interessen der Versicherten insgesamt gewahrt werden.

<sup>10</sup> SR 221.301

#### **Art. 9**           Beteiligungen

<sup>1</sup> Eine Krankenkasse, die beabsichtigt, sich an einem anderen Unternehmen zu beteiligen, hat dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen, wenn die Beteiligung 10, 20, 33 oder 50 Prozent des Kapitals oder der Stimmrechte des anderen Unternehmens erreicht oder überschreitet.

<sup>2</sup> Wer beabsichtigt, sich direkt oder indirekt an einer Krankenkasse zu beteiligen, hat dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen, wenn die Beteiligung 10, 20, 33 oder 50 Prozent des Kapitals oder der Stimmrechte der Krankenkasse erreicht oder überschreitet.

<sup>3</sup> Wer beabsichtigt, seine Beteiligung an einer Krankenkasse unter die Schwellen von 10, 20, 33 oder 50 Prozent des Kapitals oder der Stimmrechte herabzusetzen oder die Beteiligung so zu verändern, dass eine Krankenkasse nicht mehr Tochtergesellschaft ist, hat dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

<sup>4</sup> Die Aufsichtsbehörde kann eine Beteiligung untersagen oder an Bedingungen knüpfen, wenn die Beteiligung nach Art und Umfang die Krankenkasse oder die Interessen der Versicherten gefährden kann.

#### **Art. 10**           Weitere Bestimmungen

Die Vorschriften des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995<sup>11</sup> betreffend die Beurteilung von Unternehmenszusammenschlüssen sowie des Fusionsgesetzes vom 3. Oktober 2003<sup>12</sup> bleiben vorbehalten.

### **3. Kapitel: Ausübung der Versicherungstätigkeit**

#### **1. Abschnitt: Finanzierung**

#### **Art. 11**           Finanzierungsverfahren

Die Krankenkassen müssen die soziale Krankenversicherung nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanzieren.

#### **Art. 12**           Versicherungstechnische Rückstellungen

<sup>1</sup> Die Krankenkassen sind verpflichtet, angemessene versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden.

<sup>2</sup> Die versicherungstechnischen Rückstellungen umfassen die Leistungsrückstellungen zur Deckung der Kosten von bereits durchgeführten, aber noch nicht abgerechneten Behandlungen, die Rückstellungen von noch nicht abgerechneten Versicherungsfällen in der freiwilligen Taggeldversicherung sowie Alterungsrückstellungen der freiwilligen Taggeldversicherung, falls die Prämien nach dem Eintrittsalter abgestuft werden.

<sup>11</sup> SR 251

<sup>12</sup> SR 221.301

**Art. 13** Reserven

<sup>1</sup> Die Krankenkassen müssen zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung ausreichende Reserven bilden.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt ein Modell zur Ermittlung der Mindesthöhe der Reserven. Dieses basiert auf den durch die Krankenkasse eingegangenen versicherungstechnischen Risiken sowie den Markt- und Kreditrisiken.

**Art. 14** Gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung

<sup>1</sup> Die Krankenkassen müssen die Ansprüche aus Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung sicherstellen. Sie müssen der Aufsichtsbehörde den entsprechenden Nachweis jährlich erbringen; die Aufsichtsbehörde kann den Nachweis jederzeit verlangen.

<sup>2</sup> Der Sollbetrag des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung entspricht den versicherungstechnischen Rückstellungen.

<sup>3</sup> Die Werte des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung müssen gekennzeichnet sein. Sie dürfen ausschliesslich für die durch das gebundene Vermögen der sozialen Krankenversicherung sicherzustellenden Ansprüche verwendet werden.

**Art. 15** Genehmigung der Prämientarife

<sup>1</sup> Die Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Einzeltaggeldversicherung bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Sie dürfen vor ihrer Genehmigung nicht veröffentlicht oder angewendet werden.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde prüft, ob die vorgelegten Prämientarife die Solvenz der Krankenkasse und den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleisten.

<sup>3</sup> Sie verweigert die Genehmigung des Prämientarifs, wenn dieser Prämien vorsieht, die:

- a. den gesetzlichen Vorgaben nicht entsprechen;
- b. die entsprechenden Kosten nicht decken;
- c. unangemessen hoch über den entsprechenden Kosten liegen;
- d. zu übermässigen Reserven führen.

<sup>4</sup> Bei Nichtgenehmigung des Prämientarifs legt die Aufsichtsbehörde die zu ergreifenden Massnahmen fest.

<sup>5</sup> Vor der Genehmigung des Prämientarifs können die Kantone zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten gegenüber den Krankenkassen und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen; das Genehmigungsverfahren darf dadurch nicht verzögert werden. Die Kantone können bei den Krankenkassen die dazu benötigten Informationen einholen. Vor der Genehmigung des Prämientarifs dürfen diese Informationen nicht veröffentlicht oder weitergeleitet werden.

**Art. 16**           Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen

<sup>1</sup> Liegen die Prämieinnahmen einer Krankenkasse in einem Kanton unangemessen über den entsprechenden Kosten ihrer Versicherten, so verfügt die Aufsichtsbehörde die Rückerstattung der zu hohen Prämieinnahmen, sofern die wirtschaftliche Situation der Krankenkasse dies zulässt. Lässt die wirtschaftliche Situation die Rückerstattung nicht zu, so kann die Aufsichtsbehörde dies bei der Genehmigung der Prämien für das folgende Jahr berücksichtigen.

<sup>2</sup> Für die Beurteilung der Angemessenheit stützt sich die Aufsichtsbehörde auf das Verhältnis zwischen den Kosten und den Prämien der Krankenkasse. Sie berücksichtigt den Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen und die Grösse des Versichertenbestandes.

**Art. 17**           Modalitäten der Rückerstattung

Die Rückerstattung erfolgt in der Form einer Rückvergütung der Krankenkasse zu gleichen Teilen an diejenigen Personen, die am 31. Dezember des Jahres, dessen Prämien korrigiert werden, bei der betreffenden Krankenkasse für das entsprechende Risiko in der sozialen Krankenversicherung versichert sind. Die Rückvergütung muss im Kalenderjahr erfolgen, in dem die Verfügung eröffnet wird.

**Art. 18**           Verwaltungskosten

<sup>1</sup> Die Krankenkassen müssen die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränken.

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann die Entschädigung der Vermittlertätigkeit und die Kosten für Werbung regeln.

## **2. Abschnitt: Unternehmensführung und Revision**

**Art. 19**           Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit

<sup>1</sup> Personen, die dem Verwaltungsrat, dem Stiftungsrat, dem Vorstand oder der Geschäftsleitung einer Krankenkasse oder der gemeinsamen Einrichtung angehören, müssen einen guten Ruf geniessen und Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten.

<sup>2</sup> Der Bundesrat legt fest, welche beruflichen Fähigkeiten diese Personen haben müssen.

<sup>3</sup> Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsrats, des Stiftungsrats oder des Vorstands darf nicht zugleich der Geschäftsleitung vorsitzen.

<sup>4</sup> Der Bundesrat erlässt Bestimmungen zur Offenlegung von Interessenbindungen und zur Vermeidung von Interessenkonflikten.

**Art. 20** Offenlegung des Entschädigungssystems und der Entschädigungen

<sup>1</sup> Die Krankenkassen legen im Geschäftsbericht ihr Entschädigungssystem offen.

<sup>2</sup> Sie veröffentlichen im Geschäftsbericht:

- a. für den Verwaltungsrat, den Stiftungsrat oder den Vorstand: den Gesamtbetrag der Entschädigungen und den auf jedes Mitglied entfallenden Betrag unter Nennung des Namens und der Funktion des betreffenden Mitglieds;
- b. für die Geschäftsleitung: den Gesamtbetrag der Entschädigungen und den höchsten auf ein Mitglied entfallenden Betrag unter Nennung des Namens und der Funktion des betreffenden Mitglieds.

<sup>3</sup> Sie erläutern im Geschäftsbericht die Gründe für Veränderungen der Entschädigungen im Vergleich zum Vorjahr.

<sup>4</sup> Als Entschädigungen gelten insbesondere

- a. Honorare, Löhne, Bonifikationen und Gutschriften;
- b. Antritts- und Abgangsentschädigungen;
- c. sämtliche Leistungen für zusätzliche Arbeiten.

**Art. 21** Risikomanagement

<sup>1</sup> Die Krankenkassen müssen so organisiert sein, dass sie insbesondere alle wesentlichen Risiken erfassen, begrenzen und überwachen können.

<sup>2</sup> Der Bundesrat erlässt Vorschriften zum Ziel, zum Inhalt und zur Dokumentation des Risikomanagements sowie zur Überwachung der Risiken durch die Krankenkassen.

**Art. 22** Interne Kontrolle

<sup>1</sup> Die Krankenkassen richten ein wirksames internes Kontrollsystem zur Überwachung der Geschäftstätigkeit ein, das der Grösse und der Komplexität des Unternehmens angepasst ist. Sie bestellen eine von der Geschäftsführung unabhängige interne Revisionsstelle.

<sup>2</sup> Die interne Revisionsstelle erstellt über ihre Tätigkeit mindestens einmal jährlich einen Bericht und reicht ihn der externen Revisionsstelle ein.

**Art. 23** Berichterstattung

<sup>1</sup> Die Krankenkassen erstellen jährlich auf den 31. Dezember einen Geschäftsbericht, der aus der Jahresrechnung, dem Jahresbericht und, wenn das Obligationenrecht<sup>13</sup> (OR) dies vorschreibt, der Konzernrechnung besteht.

<sup>13</sup> SR 220

<sup>2</sup> Die Krankenkassen reichen der Aufsichtsbehörde den Geschäftsbericht über das abgelaufene Geschäftsjahr bis zum 30. April ein. Der Beschluss des zuständigen Organs der Krankenkasse über die Genehmigung der Rechnung kann bis zum 30. Juni nachgereicht werden.

<sup>3</sup> Die Aufsichtsbehörde kann unterjährige Berichterstattungen anordnen.

<sup>4</sup> Der Bundesrat legt die Rechnungslegungsvorschriften fest. Er stellt Anforderungen an die Berichterstattung nach den Absätzen 1–3 zuhanden der Aufsicht und kann besondere Anforderungen an den Geschäftsbericht stellen. Er kann diese Kompetenzen der Aufsichtsbehörde übertragen.

#### **Art. 24** Externe Revisionsstelle

<sup>1</sup> Die Krankenkassen bezeichnen eine zugelassene externe Revisionsstelle, die:

- a. die Jahresrechnung und gegebenenfalls die Konzernrechnung ordentlich prüft (Art. 727 ff. OR<sup>14</sup>);
- b. die Ordnungsmässigkeit der Geschäftsführung prüft.

<sup>2</sup> Als Revisionsstelle tätig sein dürfen Revisionsunternehmen, die als Revisionsexpertinnen und Revisionsexperten nach dem Revisionsaufsichtsgesetz vom 16. Dezember 2005<sup>15</sup> zugelassen sind.

<sup>3</sup> Als leitender Revisor oder leitende Revisorin tätig sein dürfen natürliche Personen, die als Revisionsexpertinnen und Revisionsexperten nach dem Revisionsaufsichtsgesetz zugelassen sind.

#### **Art. 25** Aufgaben der externen Revisionsstelle

<sup>1</sup> Die externe Revisionsstelle prüft:

- a. ob die Jahresrechnung hinsichtlich Form und Inhalt den gesetzlichen Vorschriften, den Statuten und den Reglementen entspricht;
- b. ob, nach Massgabe der Weisungen der Aufsichtsbehörde, die Bestimmungen dieses Gesetzes, des KVG<sup>16</sup> und von deren Vollzugsverordnungen eingehalten sind.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde kann der externen Revisionsstelle zusätzliche Aufträge erteilen und besondere Prüfungen anordnen. Die Kosten trägt die geprüfte Krankenkasse.

<sup>3</sup> Die externe Revisionsstelle hält ihre Prüfungsergebnisse und Feststellungen in einem Bericht nach Artikel 728*b* OR<sup>17</sup> fest. Sie stellt diesen Bericht der Aufsichtsbehörde jeweils bis zum 30. April zu.

<sup>14</sup> SR 220

<sup>15</sup> SR 221.302

<sup>16</sup> SR 832.10

<sup>17</sup> SR 220

**Art. 26** Meldepflicht der externen Revisionsstelle

Die externe Revisionsstelle meldet der Aufsichtsbehörde unverzüglich, wenn sie Folgendes feststellt:

- a. Straftaten;
- b. schwerwiegende Unregelmässigkeiten;
- c. Verstösse gegen die Grundsätze einer einwandfreien Geschäftstätigkeit;
- d. Sachverhalte, die geeignet sind, die Solvenz der Krankenkasse oder die Interessen der Versicherten anderweitig zu gefährden.

#### **4. Kapitel: Rückversicherung**

**Art. 27** Bewilligung

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde erteilt die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung der Versicherungsrisiken der sozialen Krankenversicherung, wenn der Rückversicherer die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllt und die Interessen der Versicherten gewährleistet.

<sup>2</sup> Sie veröffentlicht eine Liste der zugelassenen Rückversicherer.

**Art. 28** Bewilligungsvoraussetzungen

<sup>1</sup> Als Rückversicherer tätig sein können:

- a. Krankenkassen nach Artikel 2 mit einem vom Bundesrat festgesetzten Mindestbestand an Versicherten;
- b. private Versicherer, die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004<sup>18</sup> (VAG) zur Rückversicherung zugelassen sind (private Rückversicherer).

<sup>2</sup> Die Rückversicherer müssen:

- a. die Rechtsform der Aktiengesellschaft, der Genossenschaft, des Vereins oder der Stiftung aufweisen;
- b. ihren Sitz in der Schweiz haben;
- c. über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten;
- d. jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen und insbesondere als Krankenkasse über ausreichende Reserven verfügen oder als privater Rückversicherer die finanziellen Anforderungen nach dem VAG erfüllen;
- e. über eine zugelassene externe Revisionsstelle verfügen.

<sup>18</sup> SR 961.01

**Art. 29** Bewilligungsgesuch

<sup>1</sup> Das Bewilligungsgesuch muss der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.

<sup>2</sup> Dem Gesuch ist ein Geschäftsplan beizulegen. Dieser muss folgende Angaben und Unterlagen enthalten:

- a. falls der Rückversicherer Risiken bei einer weiteren Gesellschaft rückversichern will, den Retrozessionsplan für die soziale Krankenversicherung;
- b. für das Geschäft der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung in den nächsten drei Geschäftsjahren die geplanten Erfolgsrechnungen und Rückstellungen.

<sup>3</sup> Der Geschäftsplan eines privaten Rückversicherers muss zudem folgende Angaben und Unterlagen enthalten:

- a. die Organisation des privaten Rückversicherers und gegebenenfalls der Versicherungsgruppe, der er angehört;
- b. die namentliche Bezeichnung und die Lebensläufe der Mitglieder des Verwaltungsrats, des Stiftungsrats oder des Vorstands und der Geschäftsleitung;
- c. Angaben über Personen, die direkt oder indirekt mit mindestens 10 Prozent des Kapitals oder der Stimmen am Rückversicherer beteiligt sind oder dessen Geschäftstätigkeit auf andere Weise massgebend beeinflussen können;
- d. Angaben zur finanziellen Ausstattung des Rückversicherers; eine Bestätigung der FINMA, wonach der Rückversicherer die finanziellen Anforderungen nach dem VAG<sup>19</sup> erfüllt, um die Rückversicherung im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu betreiben;
- e. die namentliche Bezeichnung der externen Revisionsstelle und des leitenden Revisors oder der leitenden Revisorin.

<sup>4</sup> Die Aufsichtsbehörde kann weitere Angaben und Unterlagen verlangen, sofern diese für die Beurteilung des Gesuchs erforderlich sind.

**Art. 30** Änderungen des Geschäftsplans

Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans betreffen, sind der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

**Art. 31** Mindestanteil der Krankenkassen an den Versicherungsrisiken

Der Bundesrat legt den Mindestanteil der Versicherungsrisiken fest, den die Krankenkassen selber übernehmen müssen.

**Art. 32** Rückversicherungsverträge

<sup>1</sup> Die Prämien für die Rückversicherung müssen den übernommenen Risiken entsprechen. Sie bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

<sup>19</sup> SR 961.01

<sup>2</sup> Die Rückversicherer haben der Aufsichtsbehörde jährlich Planerfolgsrechnungen für das Geschäft der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung und eine Abrechnung über jeden Rückversicherungsvertrag einzureichen.

## **5. Kapitel: Aufsicht**

### **1. Abschnitt: Allgemeines**

#### **Art. 33** Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde überwacht die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Sie hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a. Sie wacht darüber, dass die Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG<sup>20</sup> eingehalten werden.
- b. Sie prüft, ob Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit geboten wird.
- c. Sie wacht über die Einhaltung des Geschäftsplans.
- d. Sie wacht darüber, dass die Krankenkassen solvent sind, die Reserven und Rückstellungen vorschriftsgemäss bilden und die Vermögenswerte ordnungsgemäss verwalten und anlegen, sowie die gesamten Kapitalerträge der sozialen Krankenversicherung zukommen lassen.
- e. Sie schützt die Versicherten vor Missbräuchen.

<sup>2</sup> Sie sorgt für die gesetzeskonforme und dauerhafte Einhaltung der Bewilligungsvoraussetzungen durch die Krankenkassen. Bei Nichteinhaltung der Voraussetzungen verlangt die Aufsichtsbehörde die Wiederherstellung des gesetzlichen Zustandes.

<sup>3</sup> Sie kann den Krankenkassen Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen und bei ihnen Inspektionen durchführen. Die Inspektionen können auch unangekündigt durchgeführt werden. Der Aufsichtsbehörde ist freier Zugang zu sämtlichen von ihr im Rahmen der Inspektion als relevant erachteten Informationen zu verschaffen.

<sup>4</sup> Zur Überprüfung der Einhaltung dieses Gesetzes kann die Aufsichtsbehörde jederzeit Dritte heranziehen. Die Kosten können dem kontrollierten Unternehmen belastet werden, insbesondere wenn bei der Kontrolle Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidrige Handlungen festgestellt werden. Die beauftragten Personen sind gegenüber der Aufsichtsbehörde von der Geheimhaltungspflicht entbunden.

<sup>5</sup> Die Durchführung der Versicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 wird von der FINMA nach dem VAG<sup>21</sup> beaufsichtigt. Die Aufsichtsbehörde und die FINMA koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten. Sie informieren sich gegenseitig, sobald sie von Vorkommissen Kenntnis haben, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind.

<sup>20</sup> SR 832.10

<sup>21</sup> SR 961.01

**Art. 34**           Auskunfts- und Meldepflicht

<sup>1</sup> Die beaufsichtigten Unternehmen sind verpflichtet, der Aufsichtsbehörde, der externen Revisionsstelle oder der von der Aufsichtsbehörde beauftragten Person alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Belege einzureichen, die für die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung erforderlich sind.

<sup>2</sup> Sie sind verpflichtet, jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung anfallen. Die Aufsichtsbehörde kann diese Angaben auch häufiger verlangen.

<sup>3</sup> Die Krankenkassen müssen der Aufsichtsbehörde zudem unverzüglich Vorkommnisse melden, die für die Aufsicht von wesentlicher Bedeutung sind.

**Art. 35**           Informationsaustausch und Amtshilfe

<sup>1</sup> In Abweichung von Artikel 33 ATSG<sup>22</sup> ist die Aufsichtsbehörde befugt, im Bereich der sozialen Krankenversicherung, anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden und den Kantonen nicht öffentlich zugängliche Auskünfte und Unterlagen zu übermitteln, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

<sup>2</sup> Die Verwaltungs- und Rechtspflegebehörden des Bundes und der Kantone sind unter Vorbehalt spezialgesetzlicher Bestimmungen verpflichtet, an Abklärungen der Aufsichtsbehörde mitzuwirken und ihr die dafür notwendigen Daten auf schriftliche und begründete Anfrage bekannt zu geben. Für die Amtshilfe dürfen der Aufsichtsbehörde keine Kosten belastet werden.

**Art. 36**           Veröffentlichung der Entscheide

Die Aufsichtsbehörde kann die Öffentlichkeit in Abweichung von Artikel 33 ATSG<sup>23</sup> über ihre Massnahmen und über strafrechtliche Sanktionen informieren.

## **2. Abschnitt: Aufsichtsmassnahmen**

**Art. 37**           Sichernde Massnahmen

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde trifft die sichernden Massnahmen, die ihr zur Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich erscheinen, wenn eine Krankenkasse die Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG<sup>24</sup> nicht einhält, Anordnungen der Aufsichtsbehörde nicht nachkommt oder die Interessen der Versicherten anderweitig gefährdet erscheinen.

<sup>22</sup> SR 830.1

<sup>23</sup> SR 830.1

<sup>24</sup> SR 832.10

<sup>2</sup> Sie kann insbesondere:

- a. die freie Verfügung über Vermögenswerte der Krankenkasse untersagen;
- b. die Hinterlegung oder die Sperre der Vermögenswerte der Krankenkasse anordnen;
- c. den Organen einer Krankenkasse zustehende Befugnisse ganz oder teilweise auf eine Drittperson übertragen;
- d. den Versichertenbestand einer anderen Krankenkasse nach Artikel 39 übertragen;
- e. die Verwertung des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung anordnen;
- f. die Abberufung der mit der Oberleitung, Aufsicht, Kontrolle oder Geschäftsführung betrauten Personen anordnen;
- g. Prämien erhöhungen anordnen;
- h. die Umsetzung eines Finanzierungs- oder Sanierungsplans anordnen;
- i. eine Person ernennen und ihr besondere Aufträge und Befugnisse nach Artikel 38 erteilen;
- j. Vermögenswerte der Krankenkasse dem gebundenen Vermögen der sozialen Krankenversicherung bis zur Höhe des Sollbetrages nach Artikel 14 Absatz 2 zuordnen;
- k. bei Insolvenzgefahr die Nachlassstundung nach den Artikeln 293–304 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889<sup>25</sup> über Schuldbetreibung und Konkurs anordnen;
- l. von der Krankenkasse den Abschluss eines Rückversicherungsvertrages verlangen.

<sup>3</sup> Ist die finanzielle Situation einer Krankenkasse gefährdet und ergreifen die statutarischen Organe keine ausreichenden Massnahmen, so kann die Aufsichtsbehörde die Massnahmen nach Absatz 2 Buchstaben g und h ergreifen, damit die gesetzlichen Vorgaben in den kommenden zwei Jahren erfüllt bleiben.

### **Art. 38** Von der Aufsichtsbehörde beauftragte Person

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde kann eine unabhängige und fachkundige Person damit beauftragen, bei einem beaufsichtigten Unternehmen Aufsichtsmaßnahmen umzusetzen.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde umschreibt die Aufgaben der beauftragten Person. Sie legt fest, in welchem Umfang die beauftragte Person anstelle der Organe des beaufsichtigten Unternehmens handeln darf.

<sup>3</sup> Für die Informationsbefugnisse der beauftragten Person und für die Auskunftspflicht des beaufsichtigten Unternehmens ihr gegenüber ist Artikel 34 sinngemäss anwendbar.

<sup>25</sup> SR 281.1

<sup>4</sup> Die Kosten für die beauftragte Person trägt das beaufsichtigte Unternehmen. Es hat auf Anordnung der Aufsichtsbehörde einen Kostenvorschuss zu leisten. In Ausnahmefällen kann die Aufsichtsbehörde die Kosten ganz oder teilweise erlassen.

**Art. 39** Verfahren bei der Übertragung des Versichertenbestandes

<sup>1</sup> Im Hinblick auf die Übertragung eines Versichertenbestandes ist die Aufsichtsbehörde gegenüber interessierten Krankenkassen und Verbänden von Krankenkassen von ihrer Schweigepflicht entbunden.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde kann den Versichertenbestand einer Krankenkasse mit dem gebundenen Vermögen der sozialen Krankenversicherung, den Reserven und den Rechten und Pflichten, die damit zusammenhängen, ganz oder teilweise auf eine andere Krankenkasse übertragen, sofern diese ihre Zustimmung erteilt. Sie verfügt die Bedingungen der Übertragung.

**Art. 40** Konkursöffnung

<sup>1</sup> Die Eröffnung des Konkurses über eine Krankenkasse bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Diese erteilt die Zustimmung, wenn keine Sanierungsmöglichkeit besteht.

<sup>2</sup> Sie kann die Konkursöffnung beim Konkursgericht beantragen.

**Art. 41** Darlehen zur Überbrückung von Liquiditätsengpässen

<sup>1</sup> Zur Überbrückung von vorübergehenden Liquiditätsengpässen kann der Bundesrat der gemeinsamen Einrichtung Tresoreriedarlehen zu marktüblichen Bedingungen gewähren. Die Gewährung der Tresoreriedarlehen kann an Bedingungen geknüpft werden.

<sup>2</sup> Zur Sicherstellung der Rückzahlung der Tresoreriedarlehen nach spätestens fünf Jahren kann der Bundesrat einen Prämienzuschlag zugunsten des Insolvenzfonds von höchstens einem Prozent des Prämienvolumens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festlegen.

### **3. Abschnitt: Beendigung der Versicherungstätigkeit**

**Art. 42**

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde entzieht einer Krankenkasse die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung oder einem Rückversicherer die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung der sozialen Krankenversicherung, wenn sie oder er darum ersucht oder wenn sie oder er die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt.

<sup>2</sup> Bei Krankenkassen fällt ein allfälliger Vermögenüberschuss in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung, wenn die Bewilligung vollständig entzogen wird und das Vermögen und der Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf eine andere Krankenkasse übertragen werden.

<sup>3</sup> Entzieht die Aufsichtsbehörde einer Krankenkasse die Bewilligung zur Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereichs, so hat die Krankenkasse einen Anteil ihrer Reserven abzugeben. Dieser Betrag ist auf die Krankenkassen umzuverteilen, welche die von der Einschränkung des Tätigkeitsbereiches betroffenen Versicherten aufnehmen. Die Aufsichtsbehörde kann den Betrag festlegen und die Umverteilung des Betrags der gemeinsamen Einrichtung übertragen.

<sup>4</sup> Beendet eine Krankenkasse oder ein Rückversicherer die Versicherungstätigkeit, so verfügt die Aufsichtsbehörde die Entlassung aus der Aufsicht.

<sup>5</sup> Die Aufsichtsbehörde teilt ihre Verfügung dem Handelsregisteramt mit und veröffentlicht sie auf Kosten des Unternehmens.

## **6. Kapitel: Besondere Bestimmungen zur Aufsicht über Versicherungsgruppen**

### **Art. 43**            Versicherungsgruppen

Zwei oder mehrere Unternehmen bilden eine Versicherungsgruppe, wenn:

- a. mindestens eine Krankenkasse ist;
- b. sie in ihrer Gesamtheit hauptsächlich im Versicherungsbereich tätig sind; und
- c. sie eine wirtschaftliche Einheit bilden oder auf andere Weise durch Einfluss oder Kontrolle miteinander verbunden sind.

### **Art. 44**            Verhältnis zur Einzelaufsicht

<sup>1</sup> Die Aufsicht über Versicherungsgruppen erfolgt in Ergänzung zur Einzelaufsicht über eine Krankenkasse.

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann Vorschriften zur Überwachung gruppeninterner Vorgänge, zum Risikomanagement, zum internen Kontrollsystem und zur gruppenweiten Risikokonzentration erlassen. Er kann diese Kompetenzen der Aufsichtsbehörde übertragen.

### **Art. 45**            Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit und externe Revisionsstelle

<sup>1</sup> Artikel 19 gilt sinngemäss für die führende Holdinggesellschaft.

<sup>2</sup> Versicherungsgruppen müssen über eine externe Revisionsstelle verfügen. Die Artikel 24–26 gelten sinngemäss.

### **Art. 46**            Auskunftspflicht

Die Auskunftspflicht nach Artikel 34 gilt für die führende Holdinggesellschaft.

## **7. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung**

### **1. Abschnitt: Allgemeines**

#### **Art. 47** Externe Revisionsstelle

Die gemeinsame Einrichtung bezeichnet eine externe Revisionsstelle. Die Artikel 24–26 sind sinngemäss anwendbar.

#### **Art. 48** Berichterstattung

Die gemeinsame Einrichtung reicht der Aufsichtsbehörde bis zum 30. Juni des Folgejahres einen Jahresbericht über ihre Tätigkeit ein. Dem Jahresbericht beizufügen sind:

- a. eine Betriebsrechnung für jeden Aufgabenbereich;
- b. eine Gesamtbetriebsrechnung;
- c. eine Bilanz;
- d. eine Übersicht über die Reserven (Bereich Prämienverbilligung);
- e. der Bericht der Revisionsstelle.

### **2. Abschnitt: Insolvenzfonds**

#### **Art. 49** Führung eines Insolvenzfonds

Die gemeinsame Einrichtung führt einen Insolvenzfonds, dessen Zweck die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von insolventen Krankenkassen nach Artikel 18 Absatz 2 KVG<sup>26</sup> ist.

#### **Art. 50** Finanzierung des Insolvenzfonds

Der Insolvenzfonds wird finanziert durch:

- a. Beiträge der Krankenkassen;
- b. Vermögensüberschüsse von aufgelösten Krankenkassen deren Vermögen und Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf eine andere Krankenkasse übertragen worden sind;
- c. Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren und von den Pharmaunternehmen an die gemeinsame Einrichtung zurückerstattet werden;
- d. mittels Rückgriff durchgesetzte Ansprüche (Art. 54 Abs. 4).

**Art. 51**            Höhe des Insolvenzfonds

<sup>1</sup> Die gemeinsame Einrichtung setzt die Höhe des Insolvenzfonds fest. Diese richtet sich nach den Risiken, die mit dem Insolvenzfonds abgedeckt werden müssen.

<sup>2</sup> Die Risiken nach Absatz 1 bestimmen sich nach der finanziellen Situation der Krankenkassen.

<sup>3</sup> Die Aufsichtsbehörde kann zur Sicherung des Krankenversicherungssystems die Erhöhung des Insolvenzfonds anordnen.

**Art. 52**            Insolvenz

<sup>1</sup> Die Insolvenz einer Krankenkasse ist gegeben, wenn über sie der Konkurs eröffnet worden ist oder sie sonst in absehbarer Zeit nicht mehr in der Lage sein wird, den finanziellen Verpflichtungen nachzukommen.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde stellt auf Antrag der Krankenkasse, auf Antrag der gemeinsamen Einrichtung oder von Amtes wegen die Insolvenz der Krankenkasse formell fest. Gleichzeitig legt sie den Beginn der Leistungspflicht des Insolvenzfonds fest und informiert die gemeinsame Einrichtung.

**Art. 53**            Art und Umfang der Leistungsübernahme

<sup>1</sup> Die gemeinsame Einrichtung übernimmt zulasten des Insolvenzfonds den Betrag, welcher der insolventen Krankenkasse für die Bezahlung der gesetzlichen Leistungen fehlt. Diese umfassen:

- a. die Kosten für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- b. die Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung;
- c. die Abgaben in den Risikoausgleich nach Ziffer 2 Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007<sup>27</sup> des KVG (Risikoausgleich);
- d. die mit der Gewährung der Leistungen nach den Buchstaben a–c verbundenen Verwaltungskosten.

<sup>2</sup> Sie legt im Einzelfall die zweckmässige Art der Leistungsbearbeitung fest.

<sup>3</sup> Sie meldet die Höhe der vom Insolvenzfonds übernommenen Leistungen bei der Liquidations- oder Konkursverwaltung fortlaufend an. Die gemeldeten Leistungen werden als Liquidations- oder Konkursforderungen behandelt.

<sup>27</sup> AS 2009 4755

### 3. Abschnitt: Rückgriff

#### Art. 54

<sup>1</sup> Gegenüber einem haftbaren Organ oder einer Drittperson, die für die Insolvenz der Krankenkasse haftet, tritt die gemeinsame Einrichtung bis zur Höhe der vom Insolvenzfonds übernommenen gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der insolventen Krankenkasse ein. Sie gibt ihre Forderungen im Konkurs ein.

<sup>2</sup> Mehrere Haftpflichtige haften für die Rückgriffsansprüche der gemeinsamen Einrichtung solidarisch.

<sup>3</sup> Auf die übergegangenen Ansprüche sind die gleichen Verjährungsfristen anwendbar, wie sie gegenüber der Krankenkasse anwendbar waren. Für den Rückgriffsanspruch der gemeinsamen Einrichtung beginnen die relativen Verjährungsfristen erst mit Kenntnis der Leistungspflicht und der ersatzpflichtigen Person zu laufen.

<sup>4</sup> Das Ergebnis dient nach Abzug der Inkassokosten zur Deckung des vom Insolvenzfonds nach Artikel 53 übernommenen Betrags. Der Überschuss fällt in die Konkursmasse.

<sup>5</sup> Die Ansprüche, die nicht auf die gemeinsame Einrichtung übergehen, bleiben der Konkursmasse gewahrt.

### 8. Kapitel: Strafbestimmungen

#### Art. 55            Vergehen

<sup>1</sup> Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe wird bestraft, wer vorsätzlich:

- a. ohne Bewilligung eine zur Versicherungstätigkeit nicht zugelassene Krankenkasse oder Rückversicherung betreibt;
- b. aus dem gebundenen Vermögen der sozialen Krankenversicherung Werte ausscheidet oder belastet, sodass der Sollbetrag nicht mehr gedeckt ist;
- c. andere Handlungen vornimmt, welche die Sicherheit der Werte des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung vermindern.

<sup>2</sup> Wer fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen bestraft.

#### Art. 56            Übertretungen

<sup>1</sup> Mit Busse bis zu 500 000 Franken wird bestraft, wer vorsätzlich:

- a. gegen eine Pflicht nach Artikel 7, 8, 9, 34 oder 46 verstösst;
- b. in Verletzung der Auskunftspflicht oder der Mitteilungspflicht nach diesem Gesetz unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert;
- c. den Geschäftsbericht nicht innerhalb der gesetzlichen Frist einreicht;
- d. die nach Artikel 12 vorgesehenen Rückstellungen nicht bildet;

- e. als Durchführungsorgan im Sinn dieses Gesetzes seine Pflichten, namentlich die Schweigepflicht, verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil anderer missbraucht;
- f. sich einer von der Aufsichtsbehörde angeordneten Kontrolle widersetzt oder diese auf eine andere Weise verunmöglicht;
- g. sich der Pflicht zur Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 32 ATSG<sup>28</sup> und nach Artikel 82 KVG<sup>29</sup> entzieht;
- h. gegen das Verbot nach Artikel 62 Absatz 2<sup>bis</sup> oder Artikel 64 Absatz 8 KVG verstösst;

<sup>2</sup> Wer fahrlässig handelt, wird mit Busse bis zu 150 000 Franken bestraft.

<sup>3</sup> Mit Busse bis zu 100 000 Franken wird bestraft, wer vorsätzlich:

- a. einer rechtskräftigen Verfügung der Aufsichtsbehörde oder einem Entscheid der Rechtsmittelinstanzen nicht Folge leistet oder zuwiderhandelt;
- b. die Durchsetzung der Versicherungspflicht nach den Artikeln 4, 4a, 5 und 7 KVG erschwert;
- c. Vorschriften über das Finanzierungsverfahren und die Rechnungslegung verletzt;
- d. Vorschriften über die Leistungsvergütung nach Artikel 34 Absatz 1 KVG verletzt;
- e. Vorschriften über die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG verletzt;
- f. Vorschriften über die Prämien der Versicherten nach den Artikeln 61–63 KVG verletzt.

<sup>4</sup> Wer in den Fällen nach Absatz 3 Buchstaben b–f fahrlässig handelt, wird mit Busse bis zu 20 000 Franken bestraft.

<sup>5</sup> Haben die Aufsichtsbehörde oder beauftragte Personen Auskünfte unter Mitwirkung einer Person erlangt, so dürfen diese in einem Strafverfahren gegen dieselbe Person nur verwendet werden, wenn die Person zustimmt oder die Auskünfte auch ohne ihre Mitwirkung hätten erlangt werden können.

#### **Art. 57** Widerhandlung in Geschäftsbetrieben

Von der Ermittlung der strafbaren Personen kann Umgang genommen und an ihrer Stelle der Geschäftsbetrieb zur Bezahlung der Busse verurteilt werden, wenn:

- a. die Ermittlung der Personen, die nach Artikel 6 des Bundesgesetzes vom 22. März 1974<sup>30</sup> über das Verwaltungsstrafrecht strafbar sind, Untersuchungsmassnahmen bedingt, die im Hinblick auf die verwirkte Strafe unverhältnismässig wären; und

<sup>28</sup> SR 830.1

<sup>29</sup> SR 832.10

<sup>30</sup> SR 313.0

- b. für die Widerhandlung gegen diese Strafbestimmung eine Busse von höchstens 20 000 Franken in Betracht fällt.

## **9. Kapitel: Zuständige Aufsichtsbehörde**

### **Art. 58**

Das Bundesamt für Gesundheit übt die Aufsicht nach diesem Gesetz aus.

## **10. Kapitel: Schlussbestimmungen**

### **Art. 59**           Vollzug

Der Bundesrat vollzieht dieses Gesetz. Er erlässt die Ausführungsbestimmungen.

### **Art. 60**           Änderung bisherigen Rechts

Die Änderung bisherigen Rechts wird im Anhang geregelt.

### **Art. 61**           Übergangsbestimmungen

<sup>1</sup> Die Krankenkassen müssen bis spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes:

- a. über einen Geschäftsplan nach Artikel 6 Absatz 2 Buchstaben a–f und i–p verfügen und diesen der Aufsichtsbehörde einreichen;
- b. die Ansprüche aus Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung nach Artikel 14 sicherstellen;
- c. über ein Risikomanagement nach Artikel 21 verfügen;
- d. über eine interne Revisionsstelle nach Artikel 22 verfügen.

<sup>2</sup> Sie müssen bis spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes:

- a. die Anforderungen nach Artikel 5 erfüllen;
- b. Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit nach Artikel 19 bieten.

### **Art. 62**           Referendum und Inkrafttreten

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

## **Änderung bisherigen Rechts**

Die nachstehenden Bundesgesetze werden wie folgt geändert:

### **1. Revisionsaufsichtsgesetz vom 16. Dezember 2005<sup>31</sup>**

*Art. 22 Sachüberschrift und Abs. 1, erster Satz*

Schweizerische Aufsichtsbehörden

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde und die anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden müssen einander alle Auskünfte erteilen und Unterlagen übermitteln, die sie für die Durchsetzung der jeweiligen Gesetzgebung benötigen. ...

### **2. Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>32</sup> über die Krankenversicherung**

*Art. 1 Abs. 1*

<sup>1</sup> Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000<sup>33</sup> über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das vorliegende Gesetz oder das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom ...<sup>34</sup> (KVAG) nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

*Art. 4 Wahl des Versicherers*

Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Krankenkassen, die nach dem KVAG<sup>35</sup> eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben (Versicherer), frei wählen.

*Art. 7 Abs. 4, 7 und 8*

<sup>4</sup> Führt ein Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung nach Artikel 42 KVAG<sup>36</sup>.

<sup>31</sup> SR 221.302

<sup>32</sup> SR 832.10

<sup>33</sup> SR 830.1

<sup>34</sup> SR ...; BBl 2012 1999

<sup>35</sup> SR ...; BBl 2012 1999

<sup>36</sup> SR ...; BBl 2012 1999

<sup>7</sup> Der bisherige Versicherer darf eine versicherte Person nicht dazu zwingen, bei einem Wechsel des Versicherers auch die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 KVAG zu kündigen.

<sup>8</sup> Der Versicherer darf einer versicherten Person die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG nicht allein aufgrund der Tatsache kündigen, dass die versicherte Person den Versicherer für die soziale Krankenversicherung wechselt.

*1. Abschnitt (Art. 11–15)*

*Aufgehoben*

*Art. 18 Abs. 2*

<sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern nach Artikel 53 KVAG<sup>37</sup>.

*Gliederungstitel vor Art. 21*

**4. Abschnitt: Daten und Statistik**

*Art. 21–22a*

*Aufgehoben*

*Art. 24* Grundsatz

<sup>1</sup> Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss den Artikeln 25–31 nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 festgelegten Voraussetzungen.

<sup>2</sup> Die übernommenen Leistungen werden dem Datum beziehungsweise der Periode der Behandlung zugeordnet.

*Art. 59a* Daten der Leistungserbringer

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen dieses Gesetzes über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen. Namentlich sind folgende Angaben zu machen:

- a. Art der Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform;
- b. Anzahl und Struktur der Beschäftigten und der Ausbildungsplätze;
- c. Anzahl und Struktur der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form;
- d. Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen;

<sup>37</sup> SR ...; BBl 2012 1999

- e. Aufwand, Ertrag und finanzielles Betriebsergebnis;
- f. medizinische Qualitätsindikatoren.

<sup>2</sup> Die befragten natürlichen und juristischen Personen sind zur Auskunft verpflichtet. Die Angaben sind kostenlos zur Verfügung zu stellen.

<sup>3</sup> Die Angaben werden vom Bundesamt für Statistik erhoben. Es stellt die Angaben nach Absatz 1 zur Durchführung dieses Gesetzes dem Bundesamt für Gesundheit, dem Eidgenössischen Preisüberwacher, dem Bundesamt für Justiz, den Kantonen und Versicherern sowie den in Artikel 84a aufgeführten Organen je Leistungserbringer zur Verfügung. Die Daten werden veröffentlicht.

<sup>4</sup> Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

### *1. Abschnitt (Art. 60) und 61 Abs. 5*

*Aufgehoben*

#### *Art. 67 Abs. 1*

<sup>1</sup> Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr vollendet hat, kann bei einer Krankenkasse nach Artikel 2 Absatz 1 KVAG<sup>38</sup> eine Taggeldversicherung abschliessen.

#### *Art. 68*

*Aufgehoben*

#### *Art. 72 Abs. 1<sup>bis</sup>*

<sup>1bis</sup> Die übernommenen Leistungen werden der Periode der Arbeitsunfähigkeit zugeordnet.

#### *Art. 75*

*Aufgehoben*

#### *Art. 84 Einleitungssatz*

Die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes betrauten Organe nach diesem Gesetz oder nach dem KVAG<sup>39</sup> sind befugt, die Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, die sie benötigen, um die ihnen nach diesem Gesetz oder nach dem KVAG übertragenen Aufgaben zu erfüllen, namentlich um:

<sup>38</sup> SR ...; BBl 2012 1999

<sup>39</sup> SR ...; BBl 2012 1999

*Art. 84a Abs. 1 Einleitungssatz und Bst. a*

<sup>1</sup> Sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht, dürfen Organe, die mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG<sup>40</sup> betraut sind, Daten in Abweichung von Artikel 33 ATSG<sup>41</sup> bekannt geben:

- a. anderen mit der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung dieses Gesetzes oder des KVAG betrauten Organen, wenn die Daten für die Erfüllung der ihnen nach diesem Gesetz oder dem KVAG übertragenen Aufgaben erforderlich sind;

*Art. 92 Bst. c, 93, 93a und 94*

*Aufgehoben*

### **3. Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004<sup>42</sup>**

*Art. 80 Abs. 2*

<sup>2</sup> Die FINMA und die Aufsichtsbehörde nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom ...<sup>43</sup> koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten. Sie informieren sich gegenseitig, sobald sie von Vorkommnissen Kenntnis erhalten, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind.

40 SR ...; BBl 2012 1999

41 SR 830.1

42 SR 961.01

43 SR ...; BBl 2012 1999

