



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Per E-Mail
corinne.erne@bag.admin.ch
Bundesamt für Gesundheit
Bern

Für Rückfragen:
Isabel Kohler Muster
Direktwahl: +41 32 625 4131
Isabel.Kohler@santesuisse.ch

Solothurn, 6. Juli 2015

Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV); Stellungnahme santésuisse im Rahmen der Anhörung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur neuen Krankenversicherungsverordnung KVAV Stellung nehmen zu können. Gerne halten wir Folgendes fest:

1. Zusammenfassung und Fazit

Der im Rahmen der Anhörung präsentierte Entwurf der KVAV enthält Sachverhalte, die dem Wortlaut des Gesetzes widersprechen und den explizit formulierten Willen des Gesetzgebers ignorieren. Der Entwurf erhebt bei den Krankenversicherern unnötige Informationen, konzentriert sich auf Nebensächliches, definiert in unzulässiger Weise per Gesetz eingeräumte Ermessensbegriffe, ist in sich wenig kohärent und führt insbesondere bei kleineren und mittleren Krankenversicherern zu unnötigen Mehrbelastungen, welche zuletzt deren Versicherte berappen müssen. Der Entwurf sucht nicht nach Lösungen, um diverse gesetzliche Widersprüche (KVG, KVAG) zu vermindern, vielmehr verschärft er sie noch. santésuisse begrüsst im Grundsatz eine verbesserte Aufsicht über die sozialen Krankenversicherer, dies jedoch mit Augenmass. santésuisse ist nach wie vor den Ansicht, dass die notwendigen Änderungen hätten im KVG selbst vorgenommen werden müssen.

Gemäss seiner Konzeption verliert der Entwurf das gesetzliche Ziel der Aufsicht - die Überprüfung, ob die Krankenversicherung gesetzeskonform durchgeführt wird - weitgehend aus den Augen. Gemäss Entwurf sollen durch die Aufsicht zum Vornherein, ohne jeglichen Verdachtsfall, möglichst viele und detaillierte Informationen auf Vorrat gesammelt werden. Die KVAV verlangt systematisch auch solche Daten, welche für die Überprüfung, ob die gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden, nicht notwendig sind. Dabei bleibt unklar, wie die Aufsicht die Masse dieser Daten innert nützlicher Frist seriös und zielgerecht sichten und einsetzen könnte.

Weiter trägt der Entwurf nichts zur Reduktion der Prämien bei, der grössten Sorge der Bevölkerung im Zusammenhang mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Im Gegenteil: Gemäss Entwurf würden noch volatilere und höhere Prämien provoziert. Die Mehrkosten der Bürokratisierung ohne Mehrwert für die Versicherten müssten zur Hauptsache die Kundschaft von kleineren und mittleren Krankenversicherern berappen.

Das wichtigste Ziel des KVAG ist es, primär die Solvenz und die Solvabilität sowie die Transparenz und den Wettbewerb unter den Krankenversicherern langfristig zu sichern. Dies bedingt die Aufrechterhaltung von unternehmerischen Spielräumen gestützt auf eine offene Rahmenregulierung. Beim Entwurf handelt es sich demgegenüber de facto um ein «Kontroll- und Führungsinstrument der Krankenversicherer durch den Bund». Da die privaten Krankenversicherer aber weder Bundesorgane, noch die «verlängerten Arme der Verwaltung» sind, was seit dem Jahre 1900 mitunter vier Volksabstimmungen gezeigt haben, lehnt santésuisse die vorliegenden Konzeption der Verordnung ab.

Der Entwurf ist gründlich zu überarbeiten und nochmals zu vernehmlassen. Vor diesem Hintergrund ist auch die geplante Inkraftsetzung des KVAG und des KVAV per 1. Januar 2016 zu überdenken.

2. Generelle Bemerkungen

Das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) wurde in einem langwierigen Gesetzgebungsprozess in den Jahren 2013 und 2014 in den eidgenössischen Räten erarbeitet und beraten und stellt in seiner vom Parlament in der Schlussabstimmung verabschiedeten Fassung vom 26. September 2014 den politischen Kompromiss bzw. den Willen des Gesetzgebers dar. Dieser Wille ist zu akzeptieren und umzusetzen. Das KVAG ist jedoch auch eine Reaktion auf die Einheitskasseninitiative, die vom Souverän deutlich abgelehnt wurde. Einerseits ist es eine Reaktion auf die in der Politik artikulierten Kritikpunkte hinsichtlich Transparenz, Governance und Finanzierung, andererseits sollte aber auch keine faktische Einheitskrankenkasse geschaffen werden. Dieser anlässlich der Abstimmung über die Einheitskasseninitiative klar geäußerte Volkswille ist deutlich zu respektieren. Der Gesetzgeber wollte Sicherheit und Voraussehbarkeit schaffen. Dies im Bewusstsein, dass man den Versicherern Spielräume erhalten muss und Klarheit besteht, was erlaubt ist und wo die Grenzen verlaufen. In diesem Sinn steckt das KVAG auch klar ab, wo die aufsichtsrechtlichen Grenzen verlaufen. Was sich somit nicht klar aus dem KVAG ergibt, kann nicht neu auf Verordnungsstufe eingeführt werden. Zudem muss sich jede aufsichtsrechtliche Massnahme im Rahmen der gesetzlichen Regelung messen lassen, ob sie geeignet, erforderlich und zumutbar ist. Die Aufsichtsbehörde hat zu unterlassen, was sich als unverhältnismässig erweisen würde, selbst wenn das Gesetz ihm die aufsichtsrechtliche Kompetenz zuweist.

Der Entwurf zur Krankenversicherungsaufsichtsverordnung trägt den genannten Vorgaben sowie der besonderen Stellung der historisch gewachsenen Krankenversicherungslandschaft in weiten Teilen keine Rechnung. Er scheint sich vielmehr am AHV- und IV-Modell, an sogenannten reinen Durchführungsorganen einer dezentral organisierten Sozialversicherung, zu orientieren. Diese Durchführungsorgane tragen im wesentlichen Unterschied zu den Krankenversicherern keine unternehmerische bzw. finanzielle Verantwortung. Im Gegenteil: Diese staatlichen Durchführungsorgane können im Gegensatz zu einem Krankenversicherer Milliardendefizite anhäufen und trotzdem weiterbestehen, während ein Krankenversicherer seine Tätigkeit sofort einstellen müsste, wenn er die eingegangenen Risiken nicht mehr aus eigenen Mitteln oder Rückversicherungen tragen könnte.

Faktisch wird sodann die Unternehmensführung in weiten und zentralen Teilen auf das BAG delegiert, ohne dass dieses für unternehmerische Entscheide die Verantwortung tragen müsste.

Der Entwurf zur Krankenversicherungsaufsichtsverordnung zielt auf eine präventive Totalüberwachung sämtlicher unternehmerischer Entscheide aller Krankenversicherer ab, statt auf eine gezielte Überprüfung der korrekten Umsetzung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung im begründeten Verdachtsfall oder mittels Stichproben. Der Entwurf ignoriert faktisch nicht nur die Resultate von vier Volksabstimmungen, welche die Sonderstellung der privaten Krankenversicherer bestätigt haben, sondern auch die proklamierte Absicht des Bundesrates im Rahmen der Krankenversicherungsaufsichtsgesetzgebung (KVAG), den regulierten Wettbewerb zu stärken. Damit schießt das KVAV weit übers Ziel hinaus.

3. Die wichtigsten Kritikpunkte im Überblick

3.1 Obligatorischer Abbau bestehender und neuer Reserven (Art. 28 Abbau von übermässigen Reserven): gesetzeswidrig sowie Missachtung des gesetzgeberischen Willens

3.1.1 Bestehende Reserven

Die KVAV steht in Widerspruch zum KVAG und zum ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers, welcher den Umgang mit Reserven ausgiebig diskutiert hat. Eine „Muss-Formulierung“ zum Reserveabbau wurde explizit abgelehnt. «Durch die „Hintertüre“ der Verordnung», die dem direkten Einfluss des Gesetzgebers entzogen bleibt, soll die „Muss-Formulierung“ dennoch eingeführt werden, obwohl der Gesetzgeber gemäss Art. 17 KVAG bei zu hohen Prämieinnahmen einen freiwilligen Prämienausgleich im Folgejahr vorgesehen hat. Angemessen und sachlich korrekt ist eine Praxis, welche einen Abbau von bestehenden Reserven zulässt, wenn entsprechend hohe Kostenentwicklungen eintreffen, die über den Prognosen liegen. Das KVAG sieht aber kein spezielles Programm zum Abbau übermässiger Reserven vor, sondern die Frage ist bei der Festlegung der Prämientarife zu prüfen. Bei der Prämienberechnung und -genehmigung ist der gesamtwirtschaftlichen Situation eines Versicherers Rechnung zu tragen. Ein Krankenversicherer mit hohen Reserven muss grundsätzlich höhere Risiken eingehen dürfen als einer mit tiefen Reserven. Damit muss es im Kern ein autonomer unternehmerischer Entscheid bleiben, welche Risiken bei der Prämienberechnung eingegangen werden. Nur der Krankenversicherer als Unternehmer kann die gesamte Tragweite einschätzen und nur er kann das unternehmerische Risiko tragen. Wenn der Krankenversicherer schon die Verantwortung tragen muss, dann soll auch er die damit verbundenen Kompetenzen beanspruchen können (Kongruenz von Kompetenz und Verantwortung). Ein Krankenversicherer muss bei seiner Prämienberechnung das Risiko eingehen können, dass je nach Kostenentwicklung die hohen Reserven hinzugezogen werden müssen. Im Zusammenhang mit dem Reserveabbau definiert die Verordnung zudem faktisch Maximalreserven vom 200% der Mindestsolvenz. Die gesetzliche Abstützung dieses Vorgehens muss zumindest angezweifelt werden; jedenfalls ist die Vorgabe nicht geeignet, dem Einzelfall angemessen und verhältnismässig Rechnung zu tragen. Ein fixer Prozentsatz zur Definition von übermässigen Reserven ist deshalb willkürlich. Der Gesetzgeber hat sich beim geplanten Reserveabbau explizit für eine „Kann-Formulierung“ ausgesprochen. Die „Kann-Formulierung“ unterstützt auch *santésuisse*.

3.1.2 Reserven aufgrund zu hoher Prämieinnahmen („neue Reserven“)

Auch diese Forderung des KVAV steht in Widerspruch zum KVAG. Auch diesen Punkt hat der Gesetzgeber ausgiebig diskutiert. Eine „Muss-Vorschrift“ ist unzulässig und die definierten Werte, wann ein Abbau erfolgen muss (siehe oben), sind willkürlich und nicht sachgerecht. Kommt hinzu, dass Prämien, die zu übermässigen Reserven führen, gemäss KVAG gar nicht bewilligt werden dürfen (Art. 16 Abs. 4 lit. d KVAG). Ein „Muss-Abbau“ von Reserven gemäss Ziff. 3.1.1. und 3.1.2 würde überdies zu vermehrten Prämienchwankungen führen und wäre alles andere als wettbewerbsneutral.

3.2 Finanzierungsvorschriften und Risikomanagement (3. Kapitel: Finanzierung der Versicherungstätigkeit): unverhältnismässig

Nur der einzelne Krankenversicherer kann das unternehmerische Risiko adäquat einschätzen und nur er kann es tragen. Macht ein Krankenversicherer Konkurs, hat der Versicherte keinen nachhaltigen Schaden. Im Wettbewerbssystem müssen Konkurse und Fusionen vielmehr möglich sein. Die Verordnung geht auch in diesen Punkten viel zu weit. Sie wird weder dem Umstand gerecht, dass Versicherte den Versicherer jeder Zeit ohne Schaden wechseln können (regulierter Wettbewerb), noch der Sonderstellung der Krankenversicherer im Sozialversicherungssystem. Kommt hinzu dass die Verordnung die Vorschriften in undifferenzierter Weise auf die historisch gewachsene, heterogene Landschaft der Krankenversicherer, überstülpt.

3.3 Transaktionsaufsicht (Art. 75 -76): unverhältnismässig sowie Missachtung des gesetzgeberischen Willens

Der Gesetzgeber hat die umfassende Gruppenaufsicht abgelehnt bzw. entschärft, die der bundesrätliche Entwurf noch vorgesehen hatte. Die Verordnung führt eine Bewilligungspflicht für Transaktionen inner- und ausserhalb einer Gruppe ein und will wichtige Transaktionen vorgängig prüfen. Diese Punkte der Verordnung müssen vehement kritisiert werden. Mit einer vorgängigen Prüfung von Transaktionen würde die Aufsicht in unzulässiger Weise in unternehmerische Aufgaben eingreifen. Es ergeben sich unzulässige Überschneidungen mit anderen Artikeln, u.a. mit Vermittlerverträgen, einem Sachverhalt, den der Gesetzgeber an anderer Stelle des Gesetzes geregelt und den Staatseingriff zurückgebunden hat. Die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern müssen immer auf Tarifverträgen beruhen und unterstehen nicht der Aufsicht des KVAG. Die Überprüfung von Transaktionen ausserhalb der Gruppe, z.B. mit Leistungserbringern und Dachverbänden, bewirkt eine massive Ausweitung des Aufsichtsauftrages und verwandelt den Entscheid des Gesetzes, die Gruppenaufsicht zu entschärfen, ins Gegenteil.

3.4 Datenaustausch (Art. 82 -83): unverhältnismässig

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

3.5 Jährliche Kostendeckung um jeden Preis: Nicht vereinbar mit Versicherungsprinzip, Gefährdung der Prämienkontinuität

Die geforderte ex ante Festlegung einer Prämie, die pro Kanton und Jahr kostendeckend sein muss, widerspricht dem Versicherungsprinzip. Die zufälligen Schwankungen der Gewinne und Verluste sollen sich über die Jahre ausgleichen. Prämien sind aber immer eine Kostenprognose. Die Versicherten müssen keine Nachzahlung leisten, wenn die Kosten höher ausfallen. Nur kostendeckende Prämien pro Kanton pro Jahr zu bewilligen, ist besonders in kleinen Kantonen mit üblicherweise sehr grossen Schwankungen, nicht zielführend und impliziert zudem kantonale Reserven mit besonders negativen Folgen für kleine Kollektive. Es braucht vielmehr eine Mehrjahresbetrachtung. Das KVG (Art. 61) weist auf eine nationale Solvenz hin. Auch aufgrund von Art. 16 Abs. 4 lit. b KVAG kann nicht auf eine zwingende

jährliche Kostendeckung pro Kanton geschlossen werden. Als normative Zielvorgabe sind kostendeckende Prämien pro Kanton zwar eine anerkannte politische Forderung. Ziel des Gesetzgebers ist es, dass Ein- und Ausgaben pro Kanton im mehrjährigen Mittel ausgeglichen ausfallen und systematische Verzerrungen zwischen den Kantonen soweit wie möglich vermieden werden.

3.6 Konzeption der KVAV: unverhältnismässig sowie keine Differenzierung hinsichtlich der Grösse der einzelnen Krankenversicherer

Schon unter den aktuellen gesetzlichen Bestimmungen ist es für die meisten kleinen und mittleren Krankenversicherer äusserst schwierig, die geforderten Bedingungen einzuhalten, ohne an ihr Kostenlimit zu stossen. Mit der KVAV werden nun strengere aufsichtsrechtliche Vorschriften für Krankenversicherer erlassen ohne irgendwelche Differenzierung hinsichtlich Grösse und Organisation der einzelnen Unternehmungen zu machen. Diese haben insbesondere für die kleineren und mittleren Krankenversicherer Fixkostencharakter, womit der Hauptaufwand der Regulierungskosten bei diesen anfällt und sie so vor existenzielle Probleme stellt. Dies führt dazu, dass weniger als 10% der Versicherten rund 70% der Kosten zu tragen haben, welche durch die KVAV ausgelöst werden. Beispiele dazu sind die Regelungen hinsichtlich Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems (Art. 48) sowie betreffend die Bestimmungen zur internen Revisionsstelle (Art. 51).

4. Einzelne Verordnungsbestimmungen

Art. 4 Abs. 1 lit. a (Befreiung von der Versicherungspflicht nach Art. 5 lit. g KVAG in besonderen Fällen)

Die Grenze von 100'000 Versicherten für die Befreiung von der Versicherungspflicht soll belassen werden.

Art. 5 (Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung)

Die Akquisition von potentiellen Versicherungsnehmenden bereits vor Beginn des Kalenderjahres darf durch diese Bestimmung nicht tangiert werden. Dies muss bereits mit Eingabe der Gesuchs um Bewilligung im Vorjahr möglich sein. Der Artikel sowie die Erläuterungen sind entsprechend zu ergänzen.

Art. 7 Abs. 2 (Fristen bei Änderungen des Geschäftsplans)

„Gesuche um (...) obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ und über die freiwillige Taggeldversicherung“

Da es sich bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung um prämierelevante Informationen handelt, sind hier 5 Monate angebracht.

„und über (...) eingereicht werden.“

Hinsichtlich Änderungen der *allgemeinen Versicherungsbedingungen* sind 5 Monate für die Einreichung vor Beginn der Gültigkeit zu früh, da nicht umsetzbar. Es wird beantragt, die Frist auf 1 Monat zu senken.

Art. 7 Abs. 3 (Fristen bei Änderungen des Geschäftsplans)

In Outsourcingverträgen sind oft viele kurzfristige Änderungen notwendig, die auch noch später als 2 Monate vor Beginn der Gültigkeit gemacht werden müssen und die für die Versicherten nicht von Belang sind. In Anlehnung an die Praxis im Privatversicherungsbereich sollte hier die Frist wie auch der Zwang, die Verträge vor Beginn ihrer Gültigkeit einzureichen, aufgehoben werden.

Art. 7 Abs. 4 (neu) (Fristen bei Änderungen des Geschäftsplans)

Art. 7 ist mit neu Absatz 4 zu ergänzen: *„Die Genehmigung nach Art. 8 Abs. 1 KVAG hat innert 4 Wochen zu erfolgen. Ohne Stellungnahme innerhalb dieser Frist gelten sie als genehmigt“.*

Art. 8 Abs. 3 (Änderung der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Übertragung des Versichertenbestandes)

Terminologisch falsch. Es muss wohl heissen: *„In begründeten Fällen (...)“* statt *„in dringenden Fällen (...)“*.

Art. 9 Abs. 1 (Finanzierungsverfahren)

Das Versicherungsgeschäft ist durch nicht vorhersehbare Ereignisse, Unsicherheiten und Schätzungen geprägt. Es ist somit eine Sache der Unmöglichkeit, dass der Versicherer für jedes Geschäftsjahr sicherstellt, dass die Erträge seinen Bedarf decken. Dies ist allerhöchstens über einen Zeithorizont von mehreren Jahren möglich. Abs. 1 ist zudem nicht nötig, da er inhaltlich bereits in Art. 12 KVAG zu finden ist. Falsch ist in jedem Fall, den Begriff „Erträge“ zu verwenden, nachdem Art. 12 KVAG wesentlich offener von der „Finanzierung“ spricht. **Diese Einnengung auf Verordnungsstufe widerspricht dem Gesetz!**

Art. 11 Abs. 5 (Ermittlung der Reserven)

Abs. 5 ist zu streichen. Eventualiter muss zumindest ein anerkannter Standard zur Bewertung der Aktiven und Verpflichtungen bestehen und dieser muss im „Berechnungsmodell“ abgebildet sein. Es kann nicht sein, dass das EDI die Bewertung festlegt.

Eventualiter-Antrag: *„Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) legt aufgrund von anerkannten Kriterien fest, wie die Aktiven und die Verpflichtungen zu bewerten sind“.*

Art. 12 Abs. 3 (Mindesthöhe der Reserven)

Wie folgt ergänzen: „Bestehende Rückversicherungsverträge sind zu berücksichtigen. Das EDI legt die Modalitäten fest.“

Art. 13 Abs. 3 letzter Satz (Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung)

Streichen. Eine solche Variantenbudgetverpflichtung ist viel zu aufwändig sowie systemfremd (wird in der bisherigen Aufsichtspraxis so auch nicht angewandt). Bei solch unverhältnismässigen Forderungen stellt sich generell die Frage nach der Seriosität bei der Umsetzung. Es gibt jeweils 1 Budget, welches dem BAG eingereicht wird.

Art. 14 Abs. 3 letzter Satz (Berichterstattung)

„Das EDI legt den Zeitpunkt der Einreichung fest.“ Bei der Umsetzung dieser Bestimmung ist es wünschenswert, dass das BAG bei den Krankenversicherern gleiche Termine zur Einreichung der Unterlagen festlegt und sich selber ebenfalls Fristen zur Rückmeldung an die Versicherer setzt.

Art. 15 (Versicherungstechnische Rückstellungen)

Allein der offizielle Standard Swiss GAAP FER 41 ist als massgebend anzuerkennen, womit auf Kapitalanlagen Wertschwankungsrückstellungen bzw. -reserven zuzulassen sind. Vgl. hierzu auch Art. 21 nachfolgend.

Art. 15 Abs. 1 (Versicherungstechnische Rückstellungen)

„Bestehende Rückversicherungsverträge sind zu berücksichtigen. Das EDI legt die Modalitäten fest“.

Art. 15 Abs. 4 (Versicherungstechnische Rückstellungen)

Streichen. Es liegt in der unternehmerischen Entscheidungsfreiheit, wie Rückstellungen zu bilden und aufzulösen sind. Das EDI entscheidet höchstens über die Grundsätze.

Art. 16 Abs. 2 (Sollbetrag gebundenes Vermögen)

Antrag: Neue Formulierung: „Die Aufsichtsbehörde berücksichtigt dabei auch die Forderungen aus Rückversicherungsverträgen.“

Begründung: Die Rückstellungen müssen alle berücksichtigt werden! Private Rückversicherer sind auch abgesichert (FINMA), wenn auch nicht über gebundenes Vermögen.

Art. 17 Abs. 3 (Bericht)

Eine Neuberechnung oder Schätzung des Sollbetrages soll nicht jederzeit, quasi unbegründet, verlangt werden können. Abs. 3 ist deshalb abzuändern: „Sie kann in begründeten Fällen eine (...) verlangen.“

Art. 21 (Geeignete Anlagen)

Bei Kapitalanlagen müssen zwingend Wertschwankungsrückstellungen zugelassen werden. Vgl. dazu auch oben Art. 15.

Art. 25 Abs. 4 (Prüfung durch die Aufsichtsbehörde)

Die Kommentierung des EDI zu diesem Absatz besagt, dass die Kosten des mit der Prüfung beauftragten Dritten durch den geprüften Versicherer zu tragen sind. Diese Auslegung bzw. Kommentierung widerspricht sowohl dem KVAG als auch dem Verordnungsentwurf. Denn gemäss Art. 34 Abs. 4 KVAG können die Kosten dem kontrollierten Unternehmen, sprich der Krankenversicherung *nur dann belastet werden, wenn bei der Kontrolle Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidrige Handlungen festgestellt werden*. Diese Regelung auf Stufe KVAG ist derart klar, dass auch eine Wiederholung auf Verordnungsebene überflüssig wäre.

Art. 27 Abs. 1 (Prämienfestlegung)

Art. 16 KVAG ist lückenhaft und nicht konsequent. Kapitalerträge sollen Teil der Finanzierung der sozialen Krankenversicherer sein. Das KVAG enthält hierzu jedoch keine eingehenderen

Vorschriften. Unter den gegebenen Umständen sollten Kapitalanlageerträge nicht in die Berechnung einbezogen werden, wenn keine Wertschwankungsreserven zugelassen werden. Kapitalanlageerträge gehören dann in die Berechnung, wenn auf der anderen Seite auch Wertschwankungsreserven zugelassen werden. Das KVAG lässt Anlageerträge zu, diese gehören ja auch gerade zur sorgfältigen Mittelbewirtschaftung. Die Prämientariffestsetzung bzw. –genehmigung nach Art. 16 KVAG erfolgt im Rahmen der gesamten Solvenz (Art. 16 Abs. 2 KVAG). Dabei sind für die Anlagenschwankungen auch entsprechende Schwankungsreserven zu bilden, wie Art. 14 Abs. 1 zeigt. Die Anlagen stehen ja in einem direkten Zusammenhang zur Solvenz und die Reserven dienen der Erhaltung der Solvenz. Daher muss einerseits der Versicherer die Anlageerträge berücksichtigen, andererseits müssen auf der Reserveseite entsprechende Schwankungsreserven eingebaut werden.

Art. 27 Abs. 2 (Prämienfestlegung)

Einerseits ist nicht klar, was genau unter den „*letzten Jahren*“ zu verstehen ist, und andererseits findet sich für die aufgeführte Limitierung auf das Doppelte des Durchschnitts der anderen Versicherer in den letzten 10 Jahren keine Begründung. Sie dient ausschliesslich der Einebnung der Marktverhältnisse und ist somit gesetzeswidrig.

Art. 27 Abs. 4 (Prämienfestlegung)

Streichen. „Übermässige“ Reserven werden automatisch abgebaut. Diese Bestimmung dient der Strukturhaltung statt dem Wettbewerb. Der Markt reguliert sich selber.

Eventualiter ist eine Ausnahmeklausel oder zumindest die Aufnahme des Begriffes „sind in der Regel“ übermässig aufzunehmen. Denn die Reserven sind immer im Verhältnis zur konkreten Versicherung zu betrachten und zu deren Solvenz. Bei kleinen Versicherern können 200% ungenügend sein. Die Aufsicht kann bei hohen Reserveschwankungen, wie z.B. beim letzten „Börsencrash“, die Verantwortung nicht tragen, wenn die Reserven bei +200% Mindestsolvenz eingefroren werden müssten. Damals schwankten die Reserven bei einzelnen Krankenversicherern bis zu -40% in einem Tag! Gerade bei sehr kleinen Krankenversicherern können Einzelfälle von Patienten zu ganz erheblichen Reserveschwankungen führen, bei denen +200% nicht ausreichen.

Art. 28 Abs. 1 (Abbau von übermässigen Reserven)

Absatz 1 ist zwingend als „Kann-Vorschrift“ und nicht als Pflicht zu formulieren für Reserven, welche sich oberhalb einer Schwelle von mindestens 150% (Solvenz) bewegen. Die gesetzliche Grundlage dazu fehlt und entspricht insbesondere nicht dem Willen des Gesetzgebers, der in Art.17 KVAG explizit und nach langen parlamentarischen Diskussionen die Verantwortung bei den Versicherern gelassen und bei zu hohen Prämieinnahmen einen freiwilligen Prämienausgleich im Folgejahr vorgesehen hat. Zudem fehlt eine Regelung, die besagt, in welchem Verhältnis ein Reserveabbau zu erfolgen hat, wenn die Reserven über den gesamten Tätigkeitsbereich der Versicherer zu bilden sind (KVG und Taggeldversicherung).

Art. 28 Abs. 3 (Abbau von übermässigen Reserven)

Es müssen unbedingt kantonal unterschiedliche Ausgleichsbeträge möglich sein. Es besteht kein einheitlicher Schlüssel. Dies ist der Klarheit halber in der Verordnung zu präzisieren und daher der Begriff „einheitlich“ zu streichen. Ausserdem sollte der Artikel umformuliert werden, da nicht die Kantone, sondern die Versicherten in den Genuss der abgebauten Reserven kommen. „*Der pro Kanton festgelegte Betrag der Rückerstattung...*“

Art. 29 Abs. 4 (Genehmigung der Prämientarife)

Das KVAG kennt keine Verpflichtung zur automatischen Datenlieferung! (Vgl. Art. 16 Abs. 4). Die Daten können von den Kantonen bei der Aufsichtsbehörde eingeholt werden. Dies ist im Text festzuhalten.

Antrag: „*Die Kantone erhalten auf Gesuch hin von der Aufsichtsbehörde die Daten....*“

Art. 29 neu Abs. 5 (Genehmigung der Prämientarife)

Abs. 5 legt die Vermutung nahe, wonach die Genehmigung für maximal ein Jahr erfolgt. Dies ergibt sich jedoch nirgends aus dem KVAG, falls dies tatsächlich so ist. Vielmehr ist es an den Versicherern, neue Prämientarife zu beantragen und so auch Tarife weiter gelten zu lassen, die im Vorjahr genehmigt wurden (Rechtssicherheit). Dies kann insbesondere im Beschwerdeverfahren der Versicherer gegenüber ihren Versicherten von Bedeutung sein, wonach dann Druck entstehen könnte, dass ein tarifloser Zustand eintritt.

Antrag: Abs. 5 ist zudem zu ergänzen mit: *„Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Prämientarife bis spätestens zum 30. September des Vorjahres. Liegt der Entscheid der Aufsichtsbehörde bis zu diesem Termin nicht vor, so gelten für das Folgejahr die beantragten Prämientarife.“*

Begründung: Die Versicherer benötigen gegenüber ihren Versicherten Rechtssicherheit. Nur so ist es den Versicherern möglich, den Versicherten die individuellen Angaben zur Prämienhöhe rechtzeitig und verbindlich zu kommunizieren.

Art. 30 (Veröffentlichung der Prämien)

Diese Bestimmung widerspricht dem KVAG. Denn aus Art. 16 Abs. 1 KVAG e contrario ergibt sich, dass die Versicherer nicht verpflichtet sind, die Prämientarife zu veröffentlichen. Es wird deshalb beantragt, diese Bestimmung zu streichen.

Art. 31 (Verweis)

Es ist richtig, wonach Art. 29 Abs. 1-3 sinngemäss auf die Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung anwendbar ist, da das KVAG keine besonderen Regelungen für die Taggeldversicherung kennt. Art. 14 Abs. 1 KVAG gilt für die gesamte soziale Krankenversicherung und Art. 16 Abs. 1 KVAG erfasst auch die Taggeldversicherung. Artikel, welche jedoch den Reserveabbau betreffen, müssen von diesem Verweis ausgenommen werden, insbesondere Art. 28 KVAV.

Art. 35 (Rückerstattungsbetrag)

Es muss im Verordnungstext klargestellt werden, dass kantonal unterschiedliche Ausgleichsbeträge möglich sind. S. dazu Kommentierung zu Art. 28 Abs. 3 oben.

Art. 36 Abs. 1 und 2 (Durchführung des Ausgleichs)

Die Bestimmung regelt nicht, wie mit Personen umzugehen ist, welche „nach Unbekannt“ abreisen. Abs. 1 ist nicht umsetzbar.

Art. 36 neu Abs. 4 (Durchführung des Ausgleichs)

Neuer Absatz 4: *„Bei Personen, ohne feststellbare Zahlungsverbindung, bei ins Ausland abgereisten Personen oder bei unbekanntem berechtigtem Erben, verfällt der Ausgleichsanspruch nach 5 Jahren. Der Versicherer führt eine entsprechende Liste.“*

Art. 37 Abs. 2 (Zuordnung der Verwaltungskosten)

Abs. 2 ist zu streichen, da nicht nötig und nicht umsetzbar. Die wirtschaftliche Effizienz bei den Verwaltungskosten wird in Art. 19 Abs. 1 KVAG bereits verlangt. An dieser Stelle verweisen wir auch auf den Nichteintretensentscheid des Ständerates vom 2. März 2015 zur bundesrätlichen Vorlage 13.080, „Trennung von Grund- und Zusatzversicherung“ mit dem Argument, wonach eine solche strikte Trennung klar unerwünscht ist und dass Synergien zwischen der Grund- und Zusatzversicherung weiterhin genutzt werden sollen.

Art. 38 Abs. 2 (Beurteilung der Verwaltungskosten)

Abs. 2 ist zu streichen! Der Bundesrat darf keine näheren Bestimmungen dort erlassen, wo der Bundesgesetzgeber dies im Verlauf der Beratungen ausgeschlossen hat, so etwa im Bereich der Festlegung der Verwaltungskosten nach Art. 19 KVAG! Art. 19 KVAG richtet sich allein an die Versicherer. Zudem ist die Offenlegung in Art. 19 Abs. 2 KVAG abschliessender Natur.

Art. 39 Abs. 1 (Vermittlertätigkeit und Werbekosten)

Abs. 1 ist dahingehend zu präzisieren, wonach als Vermittler hier nicht die Angestellten eines Krankenversicherers gelten.

Antrag: „Eine Vermittlertätigkeit im Sinne von Artikel 19 KVAG üben Personen aus, die ohne beim Versicherer angestellt zu sein, dem Versicherer Kompetenzen oder Dienste gegen Entgelt zur Verfügung stellen, mit dem Ziel den Beitritt von Versicherten zu erleichtern oder zu ermöglichen.“ Zudem sollte die Definition der Vermittlertätigkeit im KVG-Geschäft identisch sein mit derjenigen des VVG-Geschäfts.

Art. 40 Abs. 1 (Interne Richtlinien für die Unternehmensführung)

Die vorgeschlagene Formulierung stellt ein unverhältnismässiger Eingriff in die unternehmerische Freiheit der Krankenversicherer dar. Es geht zu weit, den Krankenversicherern vorzuschreiben, dass sie zwecks Unternehmensführung Richtlinien erlassen müssen. Zudem ist nicht klar, was denn die erforderlichen Kenntnisse bzw. die Erfahrung sind. Der vorliegende Absatz ist nicht umsetzbar.

Abs. 1 ist umzuformulieren: „Der Versicherer regelt die Unternehmensführung.“

Art. 40 Abs. 2 (Interne Richtlinien für die Unternehmensführung)

Abs. 2 ist zu streichen (Überregulierung).

Art. 41 Abs. 2 (Zusammensetzung des Verwaltungsorgans)

Unverhältnismässige Einmischung in die Geschäftsführung. Die Formulierung ist anzupassen mit „über Berufserfahrung im Finanz-, Versicherungs- und Gesundheitsbereich“ „über „angemessene Kenntnisse im Finanz-, Versicherungs- und Gesundheitsbereich“.

Art. 41 Abs. 3 (Zusammensetzung des Verwaltungsorgans)

Unverhältnismässige Einmischung in die Geschäftsführung. Die Gewähr zur einwandfreien Geschäftsführung ist bereits im Gesetz verankert (vgl. Art. 20 KVAG). Mit welchen Messkriterien will hier die Aufsichtsbehörde prüfen? Abs. 3 ist zu streichen:

Eventualiter: Die Formulierung ist zu ersetzen durch „Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde nach Ernennung (...) einen aktuellen beglaubigten Straf- und Betreibungsregisterauszug zur Verfügung. (...)“

Art. 42 Abs. 3 (Zusammensetzung des Leitungsorgans)

s. oben Art. 41 Abs. 3!

Art. 43 (Doppelfunktionen)

Diese Regelung geht eindeutig über den Gesetzeswortlaut hinaus. Vgl. dazu Art. 20 Abs. 3 KVAG, welcher das Doppelmandat verhindern soll. So soll eine Person nicht gleichzeitig dem Verwaltungsrat, dem Stiftungsrat oder dem Vorstand und der Geschäftsleitung vorsitzen. Damit soll das Gleichgewicht zwischen der strategischen und operativen Führungsebene gewährleistet werden. Die Beschränkung bezieht sich nicht auf beliebige Personen innerhalb der Organe, sondern allein auf den oder die Vorsitzende. Mit vorliegender Bestimmung der KVAV wird somit versucht, die Meinung der Botschaft contra legem wieder einzubringen. Massgebend kann jedoch nur der eindeutige Gesetzeswortlaut sein.

Abs. 1 muss deshalb heissen: „Die vorsitzende Person des Verwaltungsorgans darf nicht zugleich dem Leitungsorgan vorsitzen.“

Art. 44 (Nachweis des guten Rufs)

Mit dieser Bestimmung werden faktische Berufsverbote eingeführt für Annahmen oder Sachverhalte, die weit über die Problematik von strafrechtlich relevanten Verfehlungen hinausgehen. Die Gewähr zur einwandfreien Geschäftsführung ist bereits im Gesetz verankert (vgl. Art. 20 KVAG). Eine vorgängige Information vor einer Wahl bzw. Anstellung an die Aufsichtsbehörde ist zudem völlig sachfremd.

Art. 44 lit. c ist zu streichen, da eine Abberufung alleine nicht heisst, dass sich jemand etwas hat zuschulden kommen lassen. Die Anforderungen sind viel zu hoch und es handelt sich um eine Überregulierung.

Art. 45 Abs. 1 (Veröffentlichung der Interessenbindungen)

Dieser Absatz ist neu zu formulieren. Relevant sind einzig Interessenbindungen, welche zu *konkreten Konflikten führen könnten*. Die private Mitgliedschaft in Vereinen etc. ist irrelevant und nicht Sache der Aufsichtsbehörde!

Art. 45 Abs. 2 (Veröffentlichung der Interessenbindungen)

Streichen! Die Veröffentlichung der Interessenbindungen von operativen und strategischen Katern im Geschäftsbericht ist unverhältnismässig.

Art. 46 Abs. 1 (Verhinderung von Interessenkonflikten)

Art. 20 KVAG legt nicht nur die Anforderungen an die personelle Besetzung des Verwaltungs- oder Leitungsorgans eines Versicherers fest (guter Ruf und Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit nach Art. 20 Abs. 1 KVAG), sondern enthält Ansätze für eine Corporate-Governance-Regelung. Die Regelungen selbst orientieren sich an Art. 14 VAG und an Art. 13 der Aufsichtsverordnung sowie an Art. 53a BVG. So darf nach Art. 20 Abs. 3 KVAG der Vorsitzende des Verwaltungsorgans nicht zugleich dem Leitungsorgan vorsitzen. Sodann legt Art. 20 Abs. 4 KVAG fest, dass der Bundesrat Bestimmungen zur Offenlegung von Interessenbindungen und zur Vermeidung von Interessenkonflikten aufstellt. Diese vorgenannten Bestimmungen enthalten keine derart einengenden Regelungen, wie sie hier im vorliegenden KVAV aufgestellt werden. Am eingehendsten regelt die BVV2 in Ausführung von Art. 53a BVG die Anforderungen an das Kader der Vorsorgeeinrichtung und die Vermögensverwalter, doch auch diese Bestimmungen (siehe Art. 48f ff. BVV2) sehen eine derart rigide Einschränkung nicht vor. Diese ist auch etwa dem für die Bundesverwaltung geltenden VwVG nicht bekannt und ergibt sich auch nicht aus der Treuepflicht der Angestellten der Bundesverwaltung. Art. 36 ATSG zeigt denn auch, welches der übliche Standard im Sozialversicherungsrecht ist. Die Ausstandsfrage ist im Einzelfall zu entscheiden. Wenn eine Person permanent in Interessenskollisionen gerät und zwar derart, dass sie ihre Aufgabe nicht wahrnehmen kann, so ist die Funktion mit einer anderen Person zu besetzen oder kann diese aufsichtsrechtlich abberufen werden (Art. 38 Abs. 2 lit. f KVAG). *Vorliegender Absatz ist daher zu streichen!*

Art. 46 Abs. 2 (Verhinderung von Interessenkonflikten)

Der zweite Satz ist zu streichen, da ebenfalls unverhältnismässig. Abs. 1 regelt die Verhinderung von Interessenskollisionen bereits.

Art. 48 (Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems)

Es fehlen Unterscheidungen zwischen grossen und kleineren Versicherern hinsichtlich der Art der Kontrollen. Es sollten Erleichterungen für kleine und mittlere Versicherer sowie Anpassungen hinsichtlich Grösse und Komplexität der Versicherer in der Bestimmung aufgeführt sein. Für kleine und mittlere Krankenversicherer mit einem OKP-Bestand bis zu 100'000 Versicherten dürfen diese Regelungen nur beschränkt d.h. verhältnismässig hinsichtlich Art, Grösse und Komplexität der Krankenversicherung, gelten!

Art. 48 lit. e (Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems)

Streichen, da unverhältnismässig

Art. 48 lit. f zweiter Teilsatz (Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems)

Streichen, da unverhältnismässige Einmischung in die unternehmerische Freiheit.

Art. 49 Abs. 1 zweiter Satz (Dokumentation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems)

Unverhältnismässige Einmischung in die unternehmerische Freiheit. Dies ist Sache der internen Revision! Der Satz „*Er aktualisiert sie laufend und stellt sie der Aufsichtsbehörde zu*“, ist zu streichen!

Art. 49 Abs. 2 lit. c und d (Dokumentation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems)

Lit. c und d sind zu streichen. Dies sind Kompetenzen der Geschäftsführung. Eine solche Bestimmung für eine laufende Dokumentation ist unverhältnismässig!

Art. 50 Abs. 2 (Liquiditätsanforderungen)

Abs. 2 ist zu streichen. Es kann wohl nicht wirklich Sinn und Zweck sein, dass der Versicherer Stresstests zur Ermittlung seiner Liquiditätsposition durchführt, anstatt sein Kerngeschäft, die Durchführung der sozialen Krankenversicherung zu betreiben. Zudem sind die geforderten Bemühungen anderweitig bereits genügend abgedeckt. Diese Bestimmung ist unverhältnismässig.

Art. 51 (Interne Revisionsstelle)

Diese Bestimmung muss auf die Grösse des Versicherers sowie die entsprechende Komplexität ausgerichtet werden. Kleine und mittlere Krankenversicherer mit einem OKP-Bestand bis zu 100'000 Versicherten sind von dieser Anwendung auszunehmen.

Art. 52 (Anlagegrundsätze)

Hier ist die Formulierung von Art. 80 Abs. 2 KVV zu übernehmen:

„Als Vermögen der Versicherer gelten deren Kapitalanlagen, einschliesslich der Immobilien und deren den Kapitalanlagen zugeordnete flüssige Mittel. Nicht als Vermögen gelten die Werte des Versicherungsgeschäftes nach dem VVG.“

Art. 53 Abs. 2 (Anforderungen an die Vermögensverwaltung)

Die französische Version ist nicht korrekt wiedergegeben. Statt „*différentes personnes*“ muss es heissen „*par des personnes différentes*“.

Art. 55 (Gewichtung des Anlagerisikos)

Dass der Bundesrat hier Aussagen zu Anlagerisiken macht, scheint uns nicht sachgemäss. Wir verweisen an dieser Stelle auch auf die aktuellen Prämienkorrekturen von CHF 800 Mio. Zudem sind gemäss Art. 80d Abs. 1 lit. d KVV Hypothekarkredite gar nicht zugelassen. Es macht daher wenig Sinn, in Abs. 1 und 2 von Art. 55 KVAV das Wort „*riskant*“ zu verwenden

Art. 58 Abs. 2 (Grundsätze der Rechnungslegung und externen Revision)

Swiss GAAP FER 41 ist die anerkannte Rechnungslegung, die für die Krankenversicherer entwickelt wurde. Diese ist unverändert als massgebend zu erklären.

Art. 59 Abs. 2 (Geschäftsbericht, Art. 24 KVAG)

Abs. 2 ist nicht korrekt. Massgebende Rechnungslegungsvorschrift für die Krankenversicherer ist Swiss GAAP FER 41. *Dies ist zwingend* festzuhalten.

Art. 60 Abs. 1 (Aufsichtsrechtlicher Jahresabschluss)

Der aufsichtsrechtliche Jahresabschluss richtet sich nach den anerkannten Grundsätzen von Swiss GAAP FER 41! *santésuisse* lehnt anderslautende Bestimmungen des BAG mit Ausnahme von Swiss GAAP FER 41 ausdrücklich ab.

Art. 60 Abs. 3 (Aufsichtsrechtlicher Jahresabschluss)

Verschreiber. Es muss wohl heissen, bis zum 30. April...

Art. 62 Abs. 2 (Aufgaben der externen Revisionsstelle)

Abs. 2 ist umzuformulieren. Die externe Revisionsstelle kontrolliert die *Angemessenheit* des internen Kontrollsystems jährlich entsprechend den Weisungen der Aufsichtsbehörde. Die Beurteilung der *Wirksamkeit* ist Sache der internen Revision. Die Revisionsstelle erstattet dem BAG

gestützt auf Art. 26 Abs. 3 KVAG jährlich Bericht, dies aufgrund der Vorgaben von Art. 782b OR. Wenn dann das BAG Anlass für weitere Abklärungen oder Informationen sieht, so können diese im *Einzelfall* eingeholt werden.

Art. 62 Abs. 3 (Aufgaben der externen Revisionsstelle)

Ergänzung im Sinne der Klarstellung von Abs. 3: „Sie kann vor Ort *im Auftrag der Aufsichtsbehörde (...)*.“

Begründung: Die externe Revisionsstelle erteilt sich selber keine Aufträge!

Art. 63 Abs. 1 lit. c (Bericht der externen Revisionsstelle)

Buchstabe c konkretisieren: „einen Bericht über den aufsichtsrechtlichen Jahresabschluss nach *Swiss GAAP FER 41*.“

Art. 68 (Rückversicherungsverträge)

Die Krankenversicherer vertreten die Meinung, dass die Konditionen für den Abschluss der Rückversicherungsverträge im wesentlichen Sache der Geschäftsführung bzw. der mündigen Vertragspartner, und nicht der Aufsichtsbehörde, ist. Prospektive sowie retrospektive Doppelkontrolle stellen einen unverhältnismässigen Aufwand dar. Eine Revision jedes einzelnen Vertrages ist zudem zu teuer und nicht angezeigt.

Art. 69 Abs. 2 (Pflichten des Rückversicherers)

Auch hier ist die Frist auf den *30. April* anzusetzen, da zu kurz.

Art. 69 Abs. 5 (Pflichten des Rückversicherers)

Die Meldung von Angaben auf Verlangen der Aufsichtsbehörde auch zu anderen Zeitpunkten stellt ein Problem dar, denn frühere Monate sind insbesondere bei kleinen und mittleren Versicherern nicht aussagekräftig.

Art. 70 (Gleichbehandlung der Versicherten und Schutz vor Missbrauch)

Dieser Artikel ist überflüssig und deshalb zu streichen. Das KVG und das KVAG schreiben die Gleichbehandlung der Versicherten bereits vor. Zudem würde die Gleichbehandlung hinsichtlich Fristigkeiten bei Leistungsverfügungen Probleme darstellen, da die Rechnungstellungen der Leistungserbringer sehr unterschiedlich sind. Die Krankenversicherer haben den gesetzlichen Auftrag, die Rechnungen zu überprüfen, das gilt naturgemäss besonders bei teuren und komplexen Rechnungen.

Art. 71 Abs. 2 (Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden)

„Die Aufsichtsbehörde und die FINMA *müssen* ihre Aufsichtstätigkeit auch im Rahmen eines (...) koordinieren.“ Es hat sich in der Vergangenheit mehrmals zulasten hoher administrativer Aufwendungen der Krankenversicherer gezeigt, dass eine Koordination unerlässlich ist.

Zudem Abs. 2 dahingehend ergänzen: „*Sie beachten dabei den Datenschutz und den Geltungsbereich des Gesetzes.*“

Art. 72 lit. b (Meldung von Vorkommnissen von wesentlicher Bedeutung)

Der 2. Teil von lit. b ist zu streichen: „~~(...oder die Rückstellungen liegen unter dem Bedarf nach Artikel 15.~~“ Er steht im Widerspruch zur „best estimate“ Methode.

Art. 75 (Überprüfung von Transaktionen zwischen dem Versicherer und anderen Unternehmen)

Art. 34 KVAG legt generell die Aufgaben der Aufsichtsbehörde fest. Die Aufsichtsbehörde kann nicht beliebig alles kontrollieren, was in den weiteren Bestimmungen des KVAG genannt wird. Vielmehr muss sie sich auf die Erreichung der genannten Ziele beschränken. Dies ergibt sich auch aus dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz. Art. 44 Abs. 1 KVAG hat folgenden Wortlaut: *Die Aufsichtsbehörde kann die Transaktionen zwischen einem Versicherer in der sozialen Krankenversicherung und anderen Unternehmen überprüfen.* Trotz dieser offenen Formulierung kann das BAG nicht flächendeckend alles prüfen, sondern nur das, was für die Aufsichtstätigkeit un-

entbehrlich ist. Dabei muss sie sich an die Wertungen des KVAG halten, welches wesentliche und weniger wesentliche Vorgänge unterscheidet. Zudem ist zu beachten, dass Art. 44 Abs. 1 KVAG nur die „*anderen Unternehmen*“ anspricht, also solche, welche im Versicherungsbereich tätig sind. Sicherlich gehören Leistungserbringer nicht zu den Unternehmen. Auch ist die Vermittlertätigkeit in Art. 19 KVAG abschliessend geregelt hinsichtlich der zu schaffenden Transparenzen und wird somit von vorliegender Bestimmung nicht erfasst. Indem nun Art. 75 Abs. 1 KVAV gewisse Vorgänge als „wichtig“ bezeichnet, ungeachtet des Inhalts des Vorgangs, widerspricht dieser Absatz dem KVAG-Konzept, das auf den Inhalt und nicht die Form des Vorgangs abstellt und ist somit gesetzeswidrig!

Fazit ist, dass dieser Artikel in der Praxis nicht umgesetzt werden kann. Hier wird eine systematische Kontrolle installiert, die nicht zwischen wesentlichen und unwesentlichen, sowie dringlichen und nicht dringlichen Sachverhalten unterscheidet und zudem Bereiche erfasst, die nicht der im KVAG geregelten Aufsicht unterstehen. Die Einteilung in Überprüfungen vor dem Eintritt der rechtlichen Wirksamkeit und danach ist ebenfalls nicht praxistauglich. Als Beispiel seien die «Transaktionen» mit Vermittlern (neue Verträge und Preise etc.) erwähnt, von denen an der Zahl hunderte pro grosse Krankenversicherung bestehen.

Art. 76 Abs. 1 (Auf Holdinggesellschaften anwendbare Bestimmungen)

Es kann nicht sein, dass mit dem Bewilligungsgesuch an die Aufsichtsbehörde als Angaben im Geschäftsplan Angaben über die Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken mitzuteilen sind. Lit. j als Verweis in Art. 76 Abs. 1 ist deshalb zu streichen.

Begründung: Der bundesrätliche Entwurf sah ein Gesetzeskapitel vor, welches besondere Bestimmungen zur Aufsicht über Versicherungsgruppen enthielt und aus vier Artikeln (Art. 43-46 EKVAG) bestand. Danach sollte eine im Gesetz näher definierte Versicherungsgruppe mitbeaufsichtigt werden (dies entsprechend Art. 1 Abs. 1 lit. b EKVAG). Als Versicherungsgruppe wurden zwei oder mehrere Unternehmen verstanden, von denen mindestens eines eine Krankenkasse ist, die sich in ihrer Gesamtheit hauptsächlich im Versicherungsbereich betätigten und eine wirtschaftliche Einheit bildeten oder auf andere Weise durch Einfluss oder Kontrolle miteinander verbunden waren. Die Aufsicht über die Versicherungsgruppe sollte in Ergänzung zur Einzelaufsicht über eine Krankenkasse erfolgen. Der Bundesrat sollte die Möglichkeit erhalten, Vorschriften zur Überwachung gruppeninterner Vorgänge, zum Risikomanagement, zum internen Kontrollsystem und zur gruppenweiten Risikokonzentration zu erlassen. Für die Holdinggesellschaft sollten die Bestimmungen betreffend Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit und externe Revisionsstelle sinngemäss gelten. Gleiches war für die Auskunftspflicht vorgesehen. Die entsprechenden Regelungen wurden von der Bundesversammlung in grossen Teilen als zu eingreifend betrachtet und durch den heutigen Art. 44 KVAG ersetzt. Diese Bestimmung gibt der Aufsichtsbehörde nunmehr die Möglichkeit, Transaktionen zwischen einem Versicherer in der sozialen Krankenversicherung und anderen Unternehmen zu prüfen. Dabei kann die Prüfung an die externe Revisionsstelle delegiert werden, sodann kann die Aufsichtsbehörde Vorschriften zum Risikomanagement und zum internen Kontrollsystem erlassen, sofern die Versicherer davon betroffen sind. Belassen wurde hingegen die sinngemässe Anwendung der Vorschriften zur einwandfreien Geschäftstätigkeit und zur Abberufung von Personen sowie zur Auskunftspflicht, dies mit Wirkung für die Holdinggesellschaft. Die Abänderung durch die Bundesversammlung führt dazu, dass Transaktionen zwischen Versicherern und ihren Holdinggesellschaften, nicht aber Transaktionen zwischen allen Versicherungszweigen innerhalb der Gruppe überprüft werden können. Die Entstehungsgeschichte von Art. 44 KVAG zeigt, dass sich die Aufsicht in Holdingverhältnissen eng auf die im KVAG genannten Befugnisse zu beschränken hat. Dazu gehören auch Angaben zur Bewilligungseinholung nach Art. 7 KVAG. Dort werden Angaben zur Holdingmutter oder zu anderen verbundenen Unternehmen nur in wenigen Fällen verlangt (Abs. 2 lit. b, e und allenfalls l). Sicherlich gehört Abs. 2 lit. j nicht dazu. Die KVG-Tochter ist eh rechtlich abgespalten zu führen und unterliegt derart eingehenden Regeln und Vorschriften zur Kontrolle der Mittelzweckbindung, dass das Risikomanagement der Holdingmutter nicht als wesentlich anzusehen ist.

Art. 82 (Daten der Versicherer)

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

Art. 83 (Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer)

Der gesamte Artikel ist zu hinterfragen. Die Lieferung von Individualdaten auf Vorrat ist unverhältnismässig. Zudem wäre die Anonymität der Versicherten nicht in jedem Fall gewährleistet. Auf jeden Fall ist der Aufwand der Krankenversicherer für Datenlieferungen auf ein Minimum zu reduzieren. Vgl. Art. 82 Abs. 2. Siehe zudem Kommentar oben unter Art. 82.

Art. 83 Abs. 1 lit. c (Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer)

Der gesamte Artikel ist zu hinterfragen. Im Minimum muss „Austrittsgrund“ gestrichen werden. Ist nicht relevant für die durch die Aufsichtsbehörde benötigten Informationen im Rahmen der Aufsichtstätigkeit.

Art. 83 Abs. 4 (Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer)

Abs. 4 streichen. Eine solche Bestimmung macht keinen Sinn.

Art. 85 (Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten)

Das KVAG regelt den Zugang des BAG zu Informationen abschliessend. Art. 35 KVAG nennt die Auskunftspflichteten in diesem Sinn auch abschliessend. Ein „Durchgriff“ auf die Outsourcing-Partner ist gesetzlich nicht vorgesehen. Art. 85 ist somit gesetzeswidrig. Im Übrigen verletzt ein solcher Durchgriff die Datenschutzgesetzgebung des Bundes.

Eventualiter ist für dieses „Durchgriffsrecht“ unbedingt zwischen wesentlichen und unwesentlichen Aufgaben zu unterscheiden, denn Outsourcing kann beide Bereiche erfassen. Ein direktes Durchgriffsrecht der Aufsichtsbehörde ist allerhöchstens und nur in wesentlichen Aufgabenbereichen gerechtfertigt.

Änderung bisherigen Rechts

3. Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung

Art. 99 Abs. 1 (Besondere Versicherungsformen)

„Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist. Wenn sie eine solche Versicherung betreiben, so müssen sie diese in der ganzen Prämienregion anbieten.“

Es wird Streichung dieses Absatzes beantragt mit folgender Begründung:

Speziell bei Hausarzt- und HMO-Angeboten hängt das Funktionieren davon ab, dass eine vernünftige Distanz zwischen Praxis und Wohnort besteht. Nur so kann der Gatekeeper auch eine Steuerung vornehmen. Wenn solche Modelle nun für die ganze Prämienregion geöffnet werden müssen, ist dies nicht mehr praktikabel bzw. der Gatekeeper kann seine Funktion gar nicht wahrnehmen. Wenn z.B. für Winterthur ein HMO-Angebot gemacht wird, müsste dies neu in der ganzen Region ZH 2 angeboten werden, d.h. zum Beispiel auch für Wädenswil am Zürichseeufer. Heute kann dies mit den Versicherungsbedingungen oder mit Prämienrechnern, die eine realistische Distanz voraussetzen, verhindert werden.

Wir bitten Sie, unsere Anliegen entsprechend zu berücksichtigen. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen sehr gerne – auch für ein persönliches Gespräch - zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse



Verena Nold
Direktorin

Generalsekretariat



Isabel Kohler Muster, lic. iur., Fürsprecherin
Generalsekretärin