

**Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV)  
Vernehmlassung vom 1. April bis 8. Juli 2015**

**Stellungnahme von**

| Name / Firma / Organisation / Amt : Schweizerische Aktuarvereinigung

| Abkürzung Firma / Organisation / Amt : SAV

| Adresse : c/o Swiss Re, Mythenquai 50/60, 8022 Zürich

| Kontaktperson : Holger Walz

| Telefon : 043 285 37 55

| E-Mail : Sekretariat@actuaries.ch

| Datum : 7. Juli 2015

**Wichtige Hinweise:**

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte als **Word**-Dokument bis am **8. Juli 2015** an folgende E-Mail-Adresse:  
[Corinne.Erne@bag.admin.ch](mailto:Corinne.Erne@bag.admin.ch)

**1. Allgemeine Bemerkungen**

Grundsätzliche Bemerkungen

-

Internes Papier

## 2. Stellungnahme zu den einzelnen Artikeln

Artikel	Kommentar / Bemerkungen	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
<p><b>1. Kapitel: Begriffe</b></p> <p><b>Art. 1</b> Weitere Versicherungsarten</p> <p>Als weitere Versicherungsarten im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 KVAG gelten:</p> <p>a. ein Sterbegeld bei Tod infolge Krankheit oder Unfall von höchstens 6000 Franken;</p> <p>b. die Weiterführung der Krankenpflegeversicherung nach Artikel 7a der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>2</sup> über die Krankenversicherung (KVV).</p>		
<p><b>Art. 2</b> Versicherungsgruppe</p> <p>Als Versicherungsgruppe gilt eine Gruppe von zwei oder mehreren Unternehmen, die:</p> <p>a. in ihrer Gesamtheit hauptsächlich im Versicherungsbereich tätig sind; und</p> <p>b. eine wirtschaftliche Einheit bilden oder auf andere Weise durch Einfluss oder Kontrolle miteinander verbunden sind.</p>		

<p><b>2. Kapitel: Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung</b></p> <p><b>Art. 3</b> Bewilligungsgesuch</p> <p>1 Das Gesuch nach Artikel 7 KVAG muss bis zum 30. Juni des Vorjahres bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.</p> <p>2 Private Versicherungsunternehmen müssen im Gesuch belegen, dass sie über eine Bewilligung zur Aufnahme der Versicherungstätigkeit nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004<sup>3</sup> (VAG) verfügen.</p>		
<p><b>Art. 4</b> Befreiung von der Pflicht nach Artikel 5 Buchstabe g KVAG</p> <p>1 Ein Versicherer kann von der Pflicht, die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anzubieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen (Art. 5 Bst. g KVAG), ganz oder teilweise befreit werden, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. weniger als 500 000 Personen bei ihm versichert sind;</li> <li>b. er in keinem dieser Staaten oder nur in einem oder mehreren dieser Staaten Leistungen anbieten will; und</li> </ul>		

<p>c. er in den betreffenden Staaten nur sehr kleine Bestände versichert hat.</p> <p>2 Er reicht das Gesuch um Befreiung von der Pflicht bis zum 30. Juni bei der Aufsichtsbehörde ein. Die Befreiung wird auf den 1. Januar des folgenden Jahres wirksam.</p>		
<p><b>Art. 5</b> Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung</p> <p>Die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung wird auf den Beginn eines Kalenderjahres wirksam.</p>		
<p><b>Art. 6</b> Entzug der Bewilligung bei Beendigung der Versicherungstätigkeit</p> <p>Ist bei einem Versicherer während mehr als zwei Jahren niemand versichert, so gilt die Versicherungstätigkeit als beendet. Die Aufsichtsbehörde entzieht ihm die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung und verfügt seine Entlassung aus der Aufsicht.</p>		
<p><b>Art. 7</b> Fristen bei Änderungen des Geschäftsplans</p> <p>1 Der Versicherer reicht den Entwurf für neue Statuten vor der Eintragung ins Handelsregister bei der Aufsichtsbehörde ein. Die Aufsichtsbehörde prüft die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden</p>		

<p>Bestimmungen und genehmigt diese.</p> <p>2 Gesuche um Änderung des örtlichen Tätigkeitsbereichs, neue Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und über die freiwillige Taggeldversicherung sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen müssen fünf Monate vor Beginn ihrer Gültigkeit bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden. Die Aufsichtsbehörde kann diese Frist verkürzen.</p> <p>3 Verträge oder sonstige Absprachen zur Übertragung von wesentlichen Aufgaben müssen zwei Monate vor Beginn ihrer Gültigkeit bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.</p>		
<p><b>Art. 8</b> Änderungen der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Übertragung des Versichertenbestandes</p> <p>1 Beabsichtigt ein Versicherer eine Änderung nach Artikel 9 Absatz 1 KVAG, so teilt er dies der Aufsichtsbehörde bis zum 30. Juni mit. Die Mitteilung und die dazu gehörigen Unterlagen sind spätestens bis zum 30. August bei der Aufsichtsbehörde einzureichen. Die Änderungen werden jeweils am 1. Januar wirksam.</p>		

<p>2 Beabsichtigt ein Versicherer eine Änderung nach Artikel 9 Absatz 3 KVAG, so teilt er dies der Aufsichtsbehörde mindestens vier Monate vor dem vorgesehenen Übertragungsdatum mit.</p> <p>3 In dringenden Fällen kann die Aufsichtsbehörde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. die Frist nach Artikel 9 Absatz 2 KVAG und die Mitteilungsfristen nach den Absätzen 1 und 2 verkürzen, sofern dies im Interesse der Versicherten ist und deren Rechte gewahrt bleiben;</li> <li>b. genehmigen, dass die Änderungen nach Absatz 1 an einem anderen Datum als am 1. Januar wirksam werden.</li> </ul>		
<p><b>3. Kapitel: Finanzierung der Versicherungstätigkeit</b></p> <p><b>1. Abschnitt: Finanzierungsverfahren</b></p> <p><b>Art. 9</b> 1 Der Versicherer stellt sicher, dass seine Erträge seinen Bedarf für jedes Geschäftsjahr decken. Als Bedarf gelten insbesondere die Kosten der im betreffenden Jahr erbrachten Leistungen.</p>	<p>Absatz 1: Artikel 12 KVAG ist präziser als Abs. 1 Art. 9 KVAV. Aktuariell macht es Sinn, einen Ausgleich über die Zeit anzustreben. Dieses vermeidet jährliche Schwankungen, was für die Versicherten verständlicher ist. Die Verwendung von Reserven sollte auch für die Versicherten transparent sein, denn ein forciertes Abbau kann sich in grösseren Schwankungen in den Prämien auswirken</p> <p>Absatz 2 hat keine gesetzliche Grundlage und sollte gestrichen werden.</p>	<p><b>Artikel 9</b> Der Versicherer ermittelt den finanziellen Bedarf. Er zeigt die Finanzierung über Prämien, Kapitalerträge und Reserven auf und beachtet, dass für das entsprechende GJ kein planmässiger Verlust auf Gesamtunternehmenssicht kalkuliert wird. Der Versicherer strebt an, dass die Ausgaben mittelfristig durch die Einnahmen gedeckt werden. Der Einsatz von Reserven wird transparent gemacht.</p>

<p>2 Der Versicherer darf Schenkungen weder ausrichten noch entgegennehmen.</p>		
<p><b>3. Abschnitt: Reserven</b></p> <p><b>Art. 10</b> Anfangsreserven</p> <p>Die Reserven eines um Bewilligung ersuchenden Versicherers müssen mindestens acht Millionen Franken betragen.</p>		
<p><b>Art. 11</b> Ermittlung der Reserven</p> <p>1 Der Versicherer ermittelt die Reserven aus der Differenz zwischen dem Wert der Aktiven und dem Wert der Verpflichtungen.</p> <p>2 Die Aktiven sind marktnah zu bewerten. Der marktnahe Wert der Aktiven ist der Marktwert oder, wo ein solcher nicht verfügbar ist, der Marktwert eines vergleichbaren Aktivums oder ein Wert nach Massgabe einer Modellrechnung.</p> <p>3 Der Wert der Verpflichtungen ist nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden möglichst genau zu schätzen.</p> <p>4 Bei der Ermittlung des Wertes der Aktiven und des Wertes der</p>	<p>Es muss klar unterschieden werden zwischen den bilanzierten Reserven und den „vorhandenen Reserven“ nach KVG-Solvenztest. Art. 11 bezieht sich auf den KVG-Solvenztest. Daher ist auch die entsprechende Bezeichnung der „vorhandenen Reserven“ zu verwenden.</p>	<p>Absatz 1: Der Versicherer ermittelt die vorhandenen Reserven aus der Differenz zwischen dem Wert der Aktiven und dem Wert der Verpflichtungen.</p>

<p>Verpflichtungen werden die Bilanzpositionen des Versicherungsgeschäfts nach dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 19084 (VVG) nicht berücksichtigt.</p> <p>5 Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) kann festlegen, wie die Aktiven und die Verpflichtungen zu bewerten sind.</p>		
<p><b>Art. 12</b> Mindesthöhe der Reserven</p> <p>1 Die Reserven müssen mindestens so hoch sein, dass der Durchschnitt der am Jahresende möglichen Reservebestände, die unter dem Schwellenwert liegen, null ist. Der Schwellenwert ist derjenige Wert, den die Reserven im Laufe eines Jahres mit einer Wahrscheinlichkeit von 99 Prozent überschreiten.</p> <p>2 Das EDI legt ein Modell zur Ermittlung der Mindesthöhe der Reserven fest. Dieses umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. die Quantifizierung der versicherungstechnischen Risiken, der Marktrisiken und der Kreditrisiken;</li> <li>b. die Auswertung von Szenarien im Bereich der versicherungstechnischen Risiken, der Marktrisiken und der</li> </ul>	<p>Der Art 12 weicht von der üblichen aktuariellen Definition ab, ohne mehr zur intuitiven Klarheit beizutragen. Die Ermittlung der Mindesthöhe der Reserven sollte gemäss Solvenztest am gängigen aktuariellen Standard vorgenommen werden. Weitere Spezifizierungen erübrigen sich damit.</p>	<p><b>Art. 12</b> Die Reserven (Mindesthöhe) müssen mindestens ausreichen, um den erwarteten Verlust (expected shortfall) eines extremen (mit Wahrscheinlichkeit 1% eintretenden) Jahrhundertereignisses decken zu können.</p>

<p>Kreditrisiken;</p> <p>c. ein Aggregationsverfahren, das die Resultate der Quantifizierung der Risiken und die Auswertung der Szenarien unter Berücksichtigung des Diversifikationseffekts vereinigt.</p> <p>3 Das EDI kann festlegen, wie die Rückversicherungsverträge im Modell zu berücksichtigen sind.</p>		
<p><b>Art. 13 Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung</b></p> <p>1 Der Versicherer ermittelt zu Beginn jedes Kalenderjahres die vorhandenen Reserven und die Mindesthöhe der Reserven.</p> <p>2 Ändert sich im Laufe des Jahres die Risikosituation eines Versicherers erheblich, so sind die vorhandenen Reserven und die Mindesthöhe der Reserven auch unterjährig näherungsweise zu ermitteln und der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.</p> <p>3 Der Versicherer legt seinem Gesuch um Prämien genehmigung eine Schätzung der Reserven am Ende des laufenden Jahres und der Mindesthöhe der Reserven für das folgende Kalenderjahr bei. Die Schätzung umfasst mehrere Varianten mit verschiedenen</p>	<p>Absatz 3: Absatz 3 stimmt mit Art. 78b KVV überein. Art. 78b KVV stammt jedoch aus der Zeit prämiensproportionaler Eigenkapitalanforderungen. Bezogen auf den KVG-Solvenztest führt die Bestimmung des letzten Satzes zu Aufwänden, denen kein Nutzen gegenübersteht. Der letzte Satz von Absatz 3 sollte deshalb gestrichen werden.</p>	<p><b>Art. 13 Häufigkeit und Zeitpunkt der Ermittlung</b></p> <p>1 Der Versicherer ermittelt zu Beginn jedes Kalenderjahres die vorhandenen Reserven und die Mindesthöhe der Reserven.</p> <p>2 Ändert sich im Laufe des Jahres die Risikosituation eines Versicherers erheblich, so sind die vorhandenen Reserven und die Mindesthöhe der Reserven auch unterjährig näherungsweise zu ermitteln und der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.</p> <p>3 Der Versicherer legt seinem Gesuch um Prämien genehmigung eine Schätzung der Reserven am Ende des laufenden Jahres und der Mindesthöhe der Reserven für das folgende Kalenderjahr bei.</p>

<p>Eintrittswahrscheinlichkeiten, die das individuelle Risiko von Bestandesänderungen berücksichtigen.</p>		
<p><b>Art. 14</b> Berichterstattung</p> <p>1 Die Versicherer verfassen jährlich einen Bericht über die Ermittlung der vorhandenen Reserven und der Mindesthöhe der Reserven.</p> <p>2 Der Bericht muss alle Informationen enthalten, die zum Verständnis der Ermittlung der vorhandenen Reserven und der Mindesthöhe der Reserven sowie der Risikosituation des Versicherers notwendig sind.</p> <p>3 Er ist von der Geschäftsleitung zu unterzeichnen und der Aufsichtsbehörde einzureichen. Das EDI legt den Zeitpunkt der Einreichung fest.</p>		
<p><b>3. Abschnitt:</b> <b>Versicherungstechnische Rückstellungen</b></p> <p><b>Art. 15</b> 1 Der Versicherer bildet seine versicherungstechnischen Rückstellungen nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden. Er bildet sie, ohne Ansprüche aus Rückversicherungsverträgen zu</p>	<p>Absatz 1: In der gegebenen Form unklar. Der zweite Satz ist zu streichen, da Rückversicherungszessionen in der Bilanz zu berücksichtigen sind. Falls Rückversicherungszessionen im Hinblick auf die Bestimmung des Sollbetrags des Gebundenen Vermögens keine Berücksichtigung finden sollen, so sollte eine entsprechende Bestimmung unter Artikel 16 aufgenommen werden.</p> <p>Absatz 3: Die Inhalte des Geschäftsplans werden in Artikel 7 Absatz 2 KVAG aufgezählt. Da die Bewirtschaftung der versicherungstechnischen Rückstellungen dort nicht genannt wird, sollte auf Absatz 3 unter Artikel 15 verzichtet</p>	<p><b>Art. 15</b></p> <p><b>Art. 15</b> 1 Der Versicherer bildet seine versicherungstechnischen Rückstellungen nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden.</p> <p>2 Der Versicherer löst nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen auf.</p>

<p>berücksichtigen.</p> <p>2 Er <del>l</del>öt nicht mehr benötigte versicherungstechnische Rückstellungen auf.</p> <p>3 Er nennt im Geschäftsplan die Bedingungen der Bildung und der Auflösung der versicherungstechnischen Rückstellungen. Er dokumentiert seine Annahmen, insbesondere die Rechnungsgrundlagen und die Rückstellungsmethoden.</p> <p>4 Das EDI kann festlegen, wie die Rückstellungen zu bilden und aufzulösen sind.</p>	<p>oder der Ort, an dem die verlangte Dokumentation vorzunehmen ist, präzisiert werden. (Eine zu Absatz 2 Art. 15 KVAV analoge Bestimmung der AVO (Art. 54) stützt sich auf Art. 16 Abs. 2 VAG. Im KVAG fehlt eine entsprechende Grundlage.)</p> <p>Absatz 4: Zu streichen. Die Versicherer bewirtschaften die Rückstellungen im Einklang mit den Geboten des Rechnungslegungsstandards unter Benutzung anerkannter versicherungsmathematischer Methoden.</p>	
<p><b>4. Abschnitt: Gebundenes Vermögen</b></p> <p><b>Art. 16 Sollbetrag</b></p> <p>1 Das gebundene Vermögen hat bei seiner Bestellung mindestens 200 000 Franken zu betragen.</p> <p>2 Die Aufsichtsbehörde kann Forderungen aus Rückversicherungsverträgen auf</p>	<p>Die Bedingung "Voraussetzung ist, dass der Rückversicherer diese Forderungen mit seinem gebundenen Vermögen sicherstellt." ist unseres Erachtens nicht sinnvoll. Private Rückversicherer müssen weder nach VAG noch nach KVAG ein gebundenes Vermögen haben. Somit wären nur Forderungen gegenüber einem als Rückversicherer agierenden Krankenversicherer zur Bestellung des gebundenen Vermögens zugelassen. Eine ähnliche Formulierung wie im Art. 68 Abs. 2 AVO (mit detaillierter Regelung in der FINMA-Mitteilung 32 (2011)) wäre sinnvoller.</p>	<p><b>Art. 16 Sollbetrag</b></p> <p>1 Das gebundene Vermögen hat bei seiner Bestellung mindestens 200 000 Franken zu betragen.</p> <p>2 Die Aufsichtsbehörde kann Forderungen aus Rückversicherungsverträgen auf Antrag ganz oder teilweise zur Bestellung des gebundenen Vermögens zulassen.</p>

<p>Antrag ganz oder teilweise zur Bestellung des gebundenen Vermögens zulassen. Voraussetzung ist, dass der Rückversicherer diese Forderungen mit seinem gebundenen Vermögen sicherstellt.</p>		
<p><b>Art. 17</b> Zeitpunkt der Ermittlung des Sollbetrages</p> <p>1 Der Versicherer berechnet den Sollbetrag auf den Zeitpunkt des Rechnungsabschlusses.</p> <p>2 Auf begründetes Begehren des Versicherers kann die Aufsichtsbehörde zulassen, dass der Sollbetrag auf einen anderen Zeitpunkt berechnet wird.</p> <p>3 Sie kann jederzeit eine Neuberechnung oder eine Schätzung des Sollbetrages verlangen.</p>		
<p><b>Art. 18</b> Bericht</p> <p>Der Versicherer teilt der Aufsichtsbehörde bis zum 31. März den auf das Ende des Geschäftsjahres berechneten Sollbetrag zusammen mit dem Verzeichnis der Deckungswerte mit.</p>		
<p><b>Art. 19</b> Deckung</p> <p>1 Der Sollbetrag muss jederzeit durch Aktiven gedeckt sein.</p> <p>2 Stellt der Versicherer eine Unterdeckung</p>		

<p>fest, so meldet er der Aufsichtsbehörde die Unterdeckung und ergänzt das gebundene Vermögen unverzüglich. Die Aufsichtsbehörde kann in besonderen Fällen eine Frist zur Ergänzung einräumen.</p> <p>3 Die Werte des gebundenen Vermögens müssen frei und unbelastet sein. Verbindlichkeiten des Versicherers dürfen nicht mit Forderungen, die zum gebundenen Vermögen gehören, verrechnet werden. Vorbehalten bleibt Artikel 21 Buchstabe f.</p>		
<p><b>Art. 20</b> Bestellung</p> <p>1 Der Versicherer bestellt das gebundene Vermögen durch Zuweisung von Vermögenswerten. Er erfasst und kennzeichnet diese Werte so, dass er jederzeit ohne Verzug nachweisen kann, welche Werte zum gebundenen Vermögen gehören, und dass der Sollbetrag des gebundenen Vermögens gedeckt ist.</p> <p>2 Er wählt die Werte des gebundenen Vermögens in erster Linie unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit und der tatsächlichen finanziellen Lage aus.</p> <p>3 Er strebt einen marktgerechten Ertrag bei zweckmäßiger Diversifikation an und stellt den voraussehbaren Bedarf an</p>		

<p>flüssigen Mitteln jederzeit sicher.</p> <p>4 Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung und Versicherungen nach VVG anbieten, haben das gebundene Vermögen der sozialen Krankenversicherung als solches zu kennzeichnen.</p>		
<p><b>Art. 21</b> Geeignete Anlagen</p> <p>1 Anlagen, die nicht in der folgenden Liste enthalten sind, gelten als ungeeignet:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Bareinlagen, Bankguthaben, Festgelder und sonstige Geldmarktanlagen mit einer Laufzeit von bis zu zwölf Monaten;</li><li>b. andere Forderungen, die auf einen festen Geldbetrag lauten, als diejenigen nach Buchstabe a, namentlich Anleiheobligationen, Optionsanleihen, Wandelanleihen und Pfandbriefe;</li><li>c. sofern an einer Börse oder an einem anderen geregelten, dem Publikum offenstehenden Markt gehandelt und kurzfristig veräusserbar, Aktien, Partizipations- und Genussscheine, Anteilscheine von Genossenschaften und andere Kapitalbeteiligungen;</li></ul>		

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p>d. Wohn- und Geschäftsliegenschaften im Allein- oder Miteigentum, einschliesslich des selbstgenutzten Verwaltungsraums;</p> <p>e. kollektive Kapitalanlagen im Sinne der Artikel 8, 9 und 119 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die kollektiven Kapitalanlagen, die:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. von der FINMA genehmigt und zum Vertrieb in der Schweiz zugelassen sind,</li><li>2. nur Anlagen nach den Buchstaben a–d enthalten,</li><li>3. ihre Organisationsform bezüglich Anlagerichtlinien, Kompetenzregelung, Anteilsermittlung sowie Kauf und Rücknahme der Anteile so regeln, dass die Interessen der daran beteiligten Versicherer in nachvollziehbarer Weise gewahrt sind;</li></ol> <p>f. derivative Finanzinstrumente:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. die ausschliesslich der Absicherung des Vermögens dienen,</li><li>2. die nicht als Hebel auf das Vermögen wirken,</li><li>3. deren Basiswerte nach den Buchstaben a–d geeignet und im Vermögen vorhanden sind und die abgesicherten Schwankungen des</li></ol> |  |  |
|---|--|--|

<p>Marktes nachvollziehen,  4. bei denen sämtliche Verpflichtungen gedeckt sind, die sich für den Versicherer aus dem derivativen Finanzinstrument ergeben oder sich im Zeitpunkt der Ausübung des Rechts bei Wandlung in die Basisanlage im extremsten Fall ergeben können.</p> <p>2 Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen (Art. 55 Abs. 1 Bst. b), gelten als ungeeignet.</p> <p>3 Kann der Versicherer nicht nachweisen, dass die Anlagen des gebundenen Vermögens alle Forderungen aus den Versicherungsverhältnissen und den Rückversicherungsverträgen, die er abgeschlossen hat, decken, namentlich weil gewisse Anlagen ungeeignet sind, kann die Aufsichtsbehörde dem Versicherer eine Frist setzen, um die Anlagen zu ergänzen oder zu ersetzen.</p>		
<p><b>Art. 22</b> Begrenzungen  1 Der Versicherer darf je Schuldnerin höchstens 5 Prozent des gebundenen Vermögens anlegen. Bei Anlagen nach Artikel 21 Absatz 1 Buchstabe a, bei denen eine Bank nach dem Bankengesetz vom 8. November 1934 Schuldnerin ist, darf der Versicherer je Schuldnerin höchstens 20 Prozent des gebundenen</p>		

Vermögens anlegen.

2 Die Begrenzungen nach Absatz 1 gelten nicht für Forderungen gegenüber der Eidgenossenschaft, den Kantonen und schweizerischen Pfandbriefinstituten.

3 Der Versicherer darf das gebundene Vermögen höchstens wie folgt anlegen:

a. in Anlagen nach Artikel 21 Absatz 1 Buchstabe c: 25 Prozent des gebundenen Vermögens;

b. in Anlagen nach Artikel 21 Absatz 1 Buchstabe d: 25 Prozent des gebundenen Vermögens, wobei er:

1. höchstens 5 Prozent des gebundenen Vermögens im Ausland anlegen darf,

2. je Objekt höchstens 5 Prozent des gebundenen Vermögens anlegen darf, soweit er das Objekt nicht selber nutzt;

c. in Fremdwährungen: 20 Prozent des gebundenen Vermögens.

4 Er hat die Begrenzungen nach den Absätzen 1–3 grundsätzlich jederzeit einzuhalten. Er darf sie überschreiten, soweit er die Anlagen mit derivativen

<p>Finanzinstrumenten nach Artikel 21 Absatz 1 Buchstabe f wirksam und umfassend absichert.</p> <p>5 Das EDI kann Weisungen zur Berechnung der Begrenzungen erlassen.</p>		
<p><b>Art. 23</b> Begrenzungen bei kollektiven Anlagen</p> <p>1 Für die Einhaltung der Begrenzung sind die in den kollektiven Kapitalanlagen enthaltenen Anlagen und Fremdwährungen mit einzurechnen. Enthält eine kollektive Kapitalanlage verschiedene Kategorien von Anlagen nach Artikel 21 Absatz 1 Buchstaben a–d oder verschiedene Währungen, so werden diese anteilsmäßig auf die Anlagekategorien oder die Währungen aufgeteilt, wenn die Anteile nachweisbar sind. Sind die Anteile nicht nachweisbar, so wird die kollektive Kapitalanlage gesamthaft derjenigen Anlage mit der stärksten Begrenzung zugeordnet.</p> <p>2 Kollektive Kapitalanlagen sind auf 5 Prozent des gebundenen Vermögens je Anlage begrenzt. Ausgenommen von dieser Begrenzung sind kollektive Kapitalanlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. deren Anlagen nachweisbar angemessen diversifiziert sind; und</li> <li>b. deren Vermögenswerte im Konkursfall der kollektiven Anlage oder der</li> </ul>		

<p>Depotbank zugunsten der Anlegerinnen und Anleger ausgesondert werden können.</p>		
<p><b>Art. 24</b> Verwahrung der Werte</p> <p>1 Der Versicherer hat dem gebundenen Vermögen zugewiesene bewegliche Vermögenswerte in Fremdverwahrung zu geben.</p> <p>2 Er meldet der Aufsichtsbehörde Verwahrerin und Verwahrungsort sowie deren Änderungen.</p> <p>3 Die Verwahrerin führt ein Verzeichnis der Werte und kennzeichnet sie als zum gebundenen Vermögen gehörend.</p> <p>4 Der Verwahrungsvertrag muss vorsehen, dass die Verwahrerin dem Versicherer gegenüber für die Erfüllung der Verwahrerpflichten haftet.</p> <p>5 Die Aufsichtsbehörde kann aus wichtigen Gründen jederzeit einen Wechsel der Verwahrerin oder des Verwahrungsortes verfügen.</p>		
<p><b>Art. 25</b> Prüfung durch die Aufsichtsbehörde</p> <p>1 Die Aufsichtsbehörde prüft jährlich mindestens einmal, ob:</p> <p>a. der Sollbetrag richtig berechnet ist;</p>		

<p>b. die dem gebundenen Vermögen zugewiesenen Werte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. vorhanden sind,</li> <li>2. vorschriftsgemäß zugewiesen und verwahrt werden,</li> <li>3. mindestens dem Sollbetrag entsprechen,</li> <li>4. den aufsichtsrechtlichen Anlagevorschriften genügen.</li> </ol> <p>2 Sie kann die Prüfung auf Stichproben beschränken.</p> <p>3 Sie kann bei der Prüfung auch die Ergebnisse einer Prüfung durch interne Organe des Versicherers oder durch beauftragte Dritte sowie das Verzeichnis der Verwahrerin berücksichtigen.</p> <p>4 Sie kann Dritte teilweise oder vollständig mit der Prüfung beauftragen.</p>		
<p><b>Art. 26</b> Verwendung des Erlöses des gebundenen Vermögens</p> <p>Aus dem Erlös des gebundenen Vermögens werden vorweg die Ansprüche aus den Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen, die nach Artikel 15 KVAG sichergestellt werden, gedeckt. Mit einem Überschuss werden die mit der Gewährung dieser Ansprüche verbundenen Verwaltungskosten gedeckt.</p>	<p>Keine Bemerkung</p>	

## 5. Abschnitt: Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

### Art. 27 Prämienfestlegung

1 Die von einem Versicherer in einem Kanton erhobenen Prämien decken die kantonalen Kosten im Sinne von Artikel 16 Absatz 3 KVAG. Diese Kosten umfassen sämtliche Kosten, die dem Versicherer im entsprechenden Kanton entstehen, abzüglich eines Anteils an den Kapitalerträgen.

2 Der Versicherer kann die Erträge aus seinem Kapital bis zur Höhe des Prozentsatzes, den er in den letzten Jahren durchschnittlich erwirtschaftet hat, höchstens aber bis zum Doppelten des von allen Versicherern in den zehn letzten Jahren durchschnittlich erwirtschafteten Prozentsatzes abziehen. Der kantonale Anteil wird entsprechend den geschätzten Prämieinnahmen im jeweiligen Kanton festgelegt.

3 Die Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Island und Norwegen decken die Kosten, die für die Versicherten dieser Staaten insgesamt entstehen. Bei der Festlegung der Prämien für die einzelnen Staaten beachtet der

Wir möchten darauf hinweisen, dass mit den Regelungen in diesem Artikel eine grosse Prämienvolatilität in Kauf genommen wird (Art.27. Art. 28), die sich für die Prämienzahlenden in grossen Prämienchwankungen von einem Jahr zum anderen auswirken ~~wird und wohl die Strukturbereinigung unter den Krankenversicherern massiv beschleunigen wird – mit entsprechenden Konsequenzen für die Kundinnen und Kunden.~~ Entsprechend sollte die Aufsichtsbehörde diese Effekte mit geeigneten Übergangsfristen abfedern. Auch wird mit der vorgesehenen unterjährigen Prämien genehmigung die Rechtssicherheit für die Prämienzahlenden massiv geschwächt ~~und für die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler Unsicherheit geschaffen~~ (Art. 29. Abs.5)

Massgeblich für die Prämienfestlegung sind die Bestimmungen von Art. 16 KVAG. Art. 16 KVAG nennt

- die Gewährleistung der Solvenz und
- die Risikogerechtigkeit der Prämien (Deckung der Kosten)

als grundlegende Richtlinien für die Ermittlung der Prämientarife. Diesen Prinzipien sollte in der Verordnung das erforderliche Gewicht gegeben werden.

Weiterhin findet man im KVAG den Begriff „übermässige Reserven“ nur im Zusammenhang mit der Genehmigung des Prämientarifs. Für die Anwendung zum Erlass von Regelungen zum Abbau der „übermässigen Reserven“ fehlt somit die gesetzliche Grundlage.

In der KVAV sind spezifische Bestimmungen zur Bemessung von Erträgen auf Anlagevermögen unsachgerecht. Erwartete Unternehmensergebnisse – sowohl versicherungstechnisch als auch auf der Finanzmarktseite – sind im KVG-Solvenztest bereits berücksichtigt. Artikel 27 KVAV sollte sich deshalb im Einklang mit Art. 16 KVAG an der Solvenz (und nicht an spezifischen Komponenten der Solvenz) orientieren.

Absatz 1: Der Absatz ist so zu formulieren, dass er den Bestimmungen von Artikel 16 KVAG gerecht wird (s. rechte

### Art. 27 Prämienfestlegung

1 Die von einem Versicherer für ein Behandlungsjahr erhobenen Prämien gewährleisten unter Berücksichtigung der für dieses Behandlungsjahr anfallenden Kosten die Solvenz des Versicherers.

2 Die von einem Versicherer für ein Behandlungsjahr erhobenen Prämien führen unter Berücksichtigung der für dieses Behandlungsjahr anfallenden Kosten insgesamt nicht zu übermässig hohen Reserven

3 Er berücksichtigt dabei die Grösse, Kosten und die finanzielle Entwicklung des kantonalen Bestandes an Versicherten über mehrere Jahre, um eine kontinuierliche, mittelfristig ausgeglichene Prämienentwicklung zu gewährleisten .

4 Die Prämien der Versicherten mit Wohnort in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Island und Norwegen decken die Kosten, die für die Versicherten dieser Staaten insgesamt entstehen. Bei der Festlegung der Prämien für die einzelnen Staaten beachtet der Versicherer die Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Staaten.

<p>Versicherer die Kostenunterschiede zwischen den verschiedenen Staaten.</p> <p>4 Reserven sind übermässig im Sinne von Artikel 16 Absatz 4 Buchstabe d KVAG, wenn sie mehr als 200 Prozent der Mindesthöhe nach Artikel 12 Absatz 1 betragen.</p>	<p>Spalte).</p> <p>Absatz 2: Zu streichen. Massgeblich ist die Solvenzsituation, in der Kapitalerträge bereits berücksichtigt sind.</p> <p>Von grosser Bedeutung ist die in Abs.3 Art. 16 KVAG formulierte Bestimmung, wonach Grösse und Veränderung des versicherten Bestandes bei der Festsetzung der Prämien zu berücksichtigen sind.</p> <p>Absatz 4: Die Festsetzung einer Schwelle von 200% ist willkürlich. Es gibt keine gesetzliche Grundlage für Maximalreserven. Der Absatz ist zu streichen. Denn durch die in unserer Formulierung von Artikel 9 enthaltenen Ausführungen kann bereits prospektiv erreicht werden, dass es nicht zu übermässigen Reserven kommt. Weiterhin negiert diese Bestimmung den Wettbewerb unter den Kassen, der bei einer rechtlichen Möglichkeit des Reserveabbaus auf natürliche Weise zu angemessenen Reserven führt.</p> <p>Sollte aufgrund der politischen Situation hierfür zwingend eine Festlegung notwendig sein, ist für diese ein aktuarieller Rahmen festzulegen, der für ein Gleichgewicht von Sicherheit vor zu grossen Schwankungen bei Prämien und Solvenz und dem Abbau von übermässigen Reserven sorgt und somit die Effekte des Reserveabbaus verstetigt. Dieser Mechanismus objektivierte die Schwellenwerte.</p>	
---	---	--

<p><b>Art. 28</b> Abbau von <b>übermäßigen</b> Reserven</p> <p>1 Verfügt der Versicherer <b>über übermäßige</b> Reserven oder führt der von ihm zur Genehmigung vorgelegte Prämientarif zu <b>übermäßigen</b> Reserven, so muss er den <b>übermäßigen</b> Anteil abbauen. Er legt der Aufsichtsbehörde einen Plan zum Abbau seiner Reserven vor.</p> <p>2 Der Plan muss einen Abbau der <b>übermäßigen</b> Reserven <b>über mehrere</b> Jahre vorsehen und auf der Grundlage der vorhandenen Reserven erstellt werden. Ist der Abbau gering, kann er in einem Jahr erfolgen.</p> <p>3 Der Abbau der Reserven wird in Form</p>	<p>Die Bestimmungen von Art. 28 sind überflüssig und entbehren einer <u>juristischen-rechtlichen</u> Grundlage.</p> <p>Sind hohe Reserven vorhanden, so steht es dem Versicherer frei, dies bei der Festsetzung der Prämientarife zu berücksichtigen. Die massgeblichen Bestimmungen sind durch Art. 16 KVAG gegeben. Die Art und Durchführung der Rückerstattung obliegt den Versicherer und wird bei Prämienhebung transparent ausgewiesen. Hier gelten ebenfalls die Ausführungen zum vorherigen Artikel.</p>	<p><b>Artikel 28 ist ohne Ersatz zu streichen.</b></p>

<p>eines Ausgleichsbetrags, der den Versicherten ausgerichtet wird, durchgeführt. Der für den Abbau der Reserven festgelegte Betrag wird nach einem einheitlichen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Kantone und die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers verteilt.</p> <p>4 Der Versicherer zieht den Ausgleichsbetrag von der von der Aufsichtsbehörde genehmigten Prämie ab und weist ihn auf der Prämienrechnung gesondert aus.</p>		
<p><b>Art. 29</b> Genehmigung der Prämientarife</p> <p>1 Der Versicherer reicht die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und deren Änderungen der Aufsichtsbehörde spätestens fünf Monate, bevor sie zur Anwendung gelangen, zur Genehmigung ein.</p> <p>2 Die Aufsichtsbehörde legt in einer Weisung fest, welche Unterlagen und Informationen den Prämientarifen beigelegt und nach welchen Standards sie übermittelt werden müssen.</p> <p>3 Stuft der Versicherer die Prämien regional ab, so kann die Aufsichtsbehörde von ihm periodisch eine Aufstellung der durchschnittlichen Kosten der letzten</p>		

<p>Geschäftsjahre in den entsprechenden Regionen verlangen.</p> <p>4 Die Kantone erhalten die Daten zu ihrem Gebiet, um zur Kostenschätzung Stellung zu nehmen. Die Aufsichtsbehörde räumt ihnen eine Frist für ihre Stellungnahme ein; sie berücksichtigt dabei die Fristen nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG).</p> <p>5 Die Aufsichtsbehörde genehmigt die Prämientarife grundsätzlich für ein Kalenderjahr. Bestehen aufgrund der eingereichten Unterlagen Zweifel, dass die Prämien die Anforderungen nach Artikel 16 KVAG erfüllen, kann sie einen Prämientarif für eine unterjährige Dauer genehmigen. Der Versicherer teilt den Versicherten diese Genehmigungsdauer zusammen mit der neuen Prämie mit.</p>		
<p><b>Art. 30</b> Veröffentlichung der Prämien Nach der Genehmigung des Prämientarifs veröffentlicht der Versicherer die Prämien für alle von ihm durchgeführten Versicherungsformen.</p>		
<p><b>6. Abschnitt: Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung</b></p>		

<p><b>Art. 31</b> Die Artikel 27, 28, 29 Absätze 1 –3 und 5 sowie 30 sind sinngemäss auf die Prämien der freiwilligen Einzeltaggeldversicherung anwendbar.</p>		
<p><b>7. Abschnitt: Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen</b></p> <p><b>Art. 32</b> Kumulierte Kosten</p> <p>Die kumulierten Kosten eines Versicherers entsprechen seinen gesamten Kosten in einem Jahr.</p>		
<p><b>Art. 33</b> Beurteilung der wirtschaftlichen Situation des Versicherers</p> <p>Der Versicherer ist in einer wirtschaftlichen Situation, die den Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen ermöglicht, wenn er nach dem Ausgleich über Reserven von mehr als 150 Prozent der Mindesthöhe nach Artikel 12 Absatz 1 verfügt.</p>		
<p><b>Art. 34</b> Verfahren</p> <p>1 Die Aufsichtsbehörde legt in einer Weisung fest, welche Unterlagen und Informationen dem Genehmigungsantrag beigelegt werden müssen.</p> <p>2 Sie teilt den betreffenden Kantonen ihren</p>		

Entscheid mit.		
<p><b>Art. 35 Rückerstattungsbetrag</b> Der Betrag der Rückerstattung wird nach einem einheitlichen, vom Versicherer bestimmten Schlüssel auf die Versicherten verteilt.</p>		
<p><b>Art. 36 Durchführung des Ausgleichs</b></p> <p>1 Der Versicherer teilt den Versicherten den genehmigten Ausgleichsbetrag mit.</p> <p>2 Er zieht ihn von den geschuldeten Prämien ab und weist ihn auf der entsprechenden Prämienrechnung gesondert aus. Er kann dem Versicherten den Betrag auch separat ausrichten.</p> <p>3 Der Versicherer kann den Ausgleichsbetrag mit ihm geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.</p>		
<p><b>8. Abschnitt: Verwaltungskosten</b></p> <p><b>Art. 37 Zuordnung der Verwaltungskosten</b></p> <p>1 Die Verwaltungskosten der Krankenversicherung werden folgenden Bereichen zugeordnet:</p> <p>a. obligatorische</p>		

<p>Krankenpflegeversicherung;  b. Taggeldversicherung;  c. Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten.</p> <p>2 Die Zuordnung erfolgt entsprechend dem tatsächlichen Aufwand.</p>		<p>hier</p>
<p><b>Art. 38</b> Beurteilung der Verwaltungskosten</p> <p>1 Zur Beurteilung, ob sich die Verwaltungskosten im für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderlichen Mass halten, kann die Aufsichtsbehörde insbesondere Vergleiche unter den Versicherern durchführen.</p> <p>2 Sie kann von den Versicherern eine ausführliche Darstellung ihrer Verwaltungskosten verlangen. Sie legt die Darstellungskriterien fest.</p>		
<p><b>Art. 39</b> Vermittlertätigkeit und Werbekosten</p> <p>1 Eine Vermittlertätigkeit im Sinne von Artikel 19 KVAG ist jede Tätigkeit, bei der dem Versicherer Kompetenzen oder Dienste gegen Entgelt zur Verfügung gestellt werden, mit dem Ziel, den Beitritt von Versicherten zu erleichtern oder zu ermöglichen.</p> <p>2 Als Werbekosten gelten namentlich alle Aufwendungen für die Akquisition von</p>	<p>intern</p>	

<p>Versicherten, unabhängig vom gewählten Werbekanal und Werbemittel.</p> <p>3 Schliessen die Versicherer eine Vereinbarung nach Artikel 19 Absatz 3 KVAG ab, so stellen sie diese der Aufsichtsbehörde zu.</p>		
<p><b>4. Kapitel: Unternehmensführung und Revision</b></p> <p><b>1. Abschnitt: Risikomanagement und internes Kontrollsystem</b></p> <p><b>Art. 40</b> Interne Richtlinien für die Unternehmensführung</p> <p>1 Der Versicherer erlässt interne Richtlinien für die Unternehmensführung. Er legt insbesondere die Methoden fest, mit denen die Eignung des Verwaltungsorgans, des Leitungsorgans und der oberen Kader für die Erfüllung ihrer Aufgaben beurteilt werden.</p> <p>2 Er stellt ein Exemplar der internen Richtlinien der Aufsichtsbehörde zu.</p>		
<p><b>Art. 41</b> Zusammensetzung des Verwaltungsorgans</p> <p>1 Das Verwaltungsorgan muss so zusammengesetzt sein, dass es den</p>		

<p>Aufgaben zur Beaufsichtigung und Oberleitung des Versicherers nachkommen kann; insbesondere muss sichergestellt sein, dass das nötige Versicherungswissen vorhanden ist.</p> <p>2 Jedes Mitglied des Verwaltungsorgans muss über eine angemessene Ausbildung und Berufserfahrung verfügen. In seiner Gesamtheit muss sich das Verwaltungsorgan aus Personen zusammensetzen, die über Berufserfahrung im Finanz-, Versicherungs- und Gesundheitsbereich verfügen.</p> <p>3 Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde spätestens einen Monat vor der Ernennung eines Mitglieds des Verwaltungsorgans einen aktuellen beglaubigten Straf- und Betreibungsregisterauszug zu. Für Personen mit Wohnsitz im Ausland stellt er eine gleichwertige Bescheinigung zu.</p>		
<p><b>Art. 42</b> Zusammensetzung des Leitungsorgans</p> <p>1 Das Leitungsorgan muss so zusammengesetzt sein, dass es in seiner Gesamtheit seinen Aufgaben nachkommen kann.</p> <p>2 Die Mitglieder des Leitungsorgans</p>		

<p>müssen über die für die Leitung der ihnen unterstellten Bereiche erforderlichen Kenntnisse und über die notwendige Erfahrung verfügen.</p> <p>3 Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde spätestens einen Monat vor der Ernennung eines Mitglieds des Leitungsorgans einen aktuellen beglaubigten Straf- und Betreibungsregisterauszug zu. Für Personen mit Wohnsitz im Ausland stellt er eine gleichwertige Bescheinigung zu.</p>		
<p><b>Art. 43</b> Doppelfunktionen</p> <p>1 Mitglieder des Verwaltungsorgans dürfen nicht zugleich Mitglieder des Leitungsorgans sein.</p> <p>2 Die Aufsichtsbehörde kann in begründeten Einzelfällen Ausnahmen bewilligen und diese an Bedingungen knüpfen.</p>		
<p><b>Art. 44</b> Nachweis des guten Rufs</p> <p>Wer eine Funktion im Verwaltungs- oder Leitungsorgan antritt, muss der Aufsichtsbehörde vorgängig schriftlich mitteilen, wenn:</p> <p>a. er oder sie jemals in ein Straf- oder Zivilverfahren oder in eine Untersuchung durch eine Aufsichtsbehörde im</p>		

<p>Zusammenhang mit ihrer Berufstätigkeit oder einer von ihr ausgeübten Funktion verwickelt war oder zu diesem Zeitpunkt verwickelt ist;</p> <p>b. er oder sie jemals Mitglied des Verwaltungs- oder Leitungsorgans oder wesentlicher Teilhaber oder als wesentliche Teilhaberin eines Unternehmens oder einer Organisation war, die während der Amtsdauer oder innerhalb eines Jahres nach Ende der Amtsdauer in finanzielle oder organisatorische Schwierigkeiten geraten ist, namentlich in Nachlassstundung, Konkurs oder Liquidation oder unter spezieller Aufsicht durch eine Aufsichtsbehörde;</p> <p>c. er oder sie jemals in einem Unternehmen oder in einer Organisation von einer Leitungs- oder Verwaltungsfunktion abberufen wurde;</p> <p>d. gegen ihn oder sie jemals von einem Berufsverband eine Sanktion oder eine Disziplinarmaßnahme ausgesprochen wurde.</p>		
<p><b>Art. 45</b> Veröffentlichung der Interessenbindungen</p> <p>1 Wer eine Funktion im Verwaltungs- oder Leitungsorgan antritt, muss die</p>		

<p>Aufsichtsbehörde vorgängig schriftlich unterrichten über:</p> <p>a. Tätigkeiten in Führungs - und Aufsichtsgremien sowie Beiräten und ähnlichen Gremien von schweizerischen oder ausländischen Gesellschaften, Anstalten oder Stiftungen des privaten oder des öffentlichen Rechts;</p> <p>b. Tätigkeiten für die öffentliche Hand;</p> <p>c. dauernde Leitungs- oder Beratungstätigkeiten für schweizerische oder ausländische Interessengruppen.</p> <p>2 Die Angaben nach Absatz 1 müssen im Geschäftsbericht offengelegt werden.</p>		
<p><b>Art. 46</b> Verhinderung von Interessenkonflikten</p> <p>1 Die Mitglieder des Verwaltungs- und des Leitungsorgans müssen ihre persönlichen und geschäftlichen Verhältnisse so ordnen, dass ihre Interessen nicht in Konflikt geraten mit den Interessen des Versicherers.</p> <p>2 Der Versicherer erlässt interne Richtlinien zur Regelung von Interessenkonflikten. Er stellt der Aufsichtsbehörde ein Exemplar dieser Richtlinien zu.</p>		

<p><b>Art. 47 Entschädigungssystem</b></p> <p>Der Geschäftsbericht enthält die wesentlichen Gestaltungsmerkmale und Grundsätze des Entschädigungssystems und die Beurteilungskriterien für die Entschädigung.</p>		
<p><b>Art. 48 Ziel und Inhalt des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems</b></p> <p>1 Der Versicherer gewährleistet durch ein seinen Geschäftsverhältnissen angemessenes Risikomanagement und durch interne Kontrollmechanismen, dass frühzeitig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Risikopotenziale erkannt und beurteilt werden; und</li> <li>b. Massnahmen zur Verhinderung oder Absicherung wesentlicher Risiken und Risikokumulationen eingeleitet werden.</li> </ul> <p>2 Das Risikomanagement umfasst insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. die Festlegung und die regelmäßige Überprüfung der Strategien und Massnahmen hinsichtlich aller eingegangenen Risiken durch die Organe des Versicherers;</li> </ul>		

<p>b. eine Absicherungspolitik, die den Auswirkungen der Strategie des Versicherers Rechnung trägt und angemessene Reserven beinhaltet;</p> <p>c. systematische Kontrollen der Geschäftsprozesse und Verfahren, die sicherstellen, dass die Überwachung aller Risiken in die Organisation des Versicherers integriert ist;</p> <p>d. Identifikation, Überwachung, Quantifizierung und Steuerung aller wesentlichen Risiken;</p> <p>e. eine Analyse der Auswirkungen verschiedener relevanter Risikoszenarien und die Ausarbeitung von entsprechenden Notfallkonzepten;</p> <p>f. ein internes Berichtssystem zur Ermittlung, Beurteilung und Kontrolle der Risiken und Risikokonzentrationen wie auch der damit verbundenen Geschäftsprozesse.</p> <p>3 Das Risikomanagement wird auf angemessene Weise innerhalb des Versicherers bekanntgegeben.</p>		
<p><b>Art. 49</b> Dokumentation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems</p>		

1 Der Versicherer hat sein Risikomanagement und sein internes Kontrollsystem in einer Dokumentation fest. Er aktualisiert sie laufend und stellt sie der Aufsichtsbehörde zu.

2 Die Dokumentation umfasst insbesondere die folgenden Punkte:

a. Beschreibung der Organisation des Risikomanagements und des internen Kontrollsystems auf der Ebene des ganzen Versicherers und der diesbezüglichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten;

b. Anforderungen an das Risikomanagement und das interne Kontrollsystem;

c. Risikopolitik einschliesslich Risikotoleranz;

d. Verfahren zur Identifikation der wesentlichen Risiken und Darstellung der Methoden, Instrumente und Prozesse zu deren Messung, Überwachung und Steuerung;

e. Darstellung des internen Kontrollsystems sowie der geltenden Limiten-Systeme für Risikoexpositionen;

f. interne Richtlinien zum Risikomanagement, zum internen Kontrollsystem und zu den damit

verbundenen Prozessen.		
<p><b>Art. 50</b> Liquiditätsanforderungen</p> <p>1 Der Versicherer muss quantitative Liquiditätsanforderungen erfüllen, indem er jederzeit über so viel Liquidität verfügt, dass er seinen Zahlungsverpflichtungen auch in Stresssituationen nachkommen kann.</p> <p>2 Er muss qualitative Liquiditätsanforderungen erfüllen, indem er über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. adverse Szenarien verfügt und entsprechende Stresstests zur Ermittlung seiner Liquiditätsposition durchführt;</li> <li>b. ein Notfallkonzept mit wirksamen Strategien im Umgang mit Liquiditätsengpässen verfügt; er legt die Zuständigkeiten, Kommunikationswege und die in Betracht gezogenen Massnahmen fest (qualitative Anforderungen).</li> </ul>		
<p><b>Art. 51</b> Interne Revisionsstelle</p> <p>1 Die interne Revisionsstelle ist direkt dem Verwaltungsorgan unterstellt. Das Verwaltungsorgan bezeichnet den Leiter oder die Leiterin der internen Revisionsstelle. Die interne Revisionsstelle unterliegt keinen</p>		

<p>Weisungen des Leitungsorgans.</p> <p>2 Die interne Revisionsstelle führt risikoorientierte Prüfungen der Prozesse und Struktur des Versicherers durch. Sie überwacht insbesondere, ob die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden. Innerhalb des Unternehmens hat sie freien Zugang zu den Informationen und Dokumenten, die zur Erfüllung ihrer Aufgabe erforderlich sind.</p> <p>3 Die Absätze 1 und 2 gelten sinngemäß für die Einheit, an die die Aufgaben der internen Revisionsstelle übertragen sind. Die interne Revision darf nicht an die externe Revisionsstelle des Versicherers übertragen werden.</p>		
<p><b>2. Abschnitt: Risikomanagement für das Vermögen</b></p> <p><b>Art. 52 Anlagegrundsätze</b></p> <p>1 Als Vermögen gelten alle Werte, mit Ausnahme derjenigen des Versicherungsgeschäfts nach dem VVG.</p> <p>2 Der Versicherer muss sein Vermögen sorgfältig anlegen, verwalten und überwachen.</p> <p>3 Er achtet auf die Sicherheit und Nachhaltigkeit der Anlagen, gewährleistet</p>		

<p>die erforderliche Liquidität und verteilt das Risiko bezüglich Anlagekategorien, Regionen, Wirtschaftszweigen sowie Schuldnerinnen angemessen.</p> <p>4 Er definiert eine auf seine Risikofähigkeit zugeschnittene Anlagestrategie, überprüft diese periodisch und passt sie bei Bedarf an.</p> <p>5 Er strebt einen dem Geld-, Kapital- und Immobilienmarkt angemessenen Ertrag an.</p> <p>6 Er verfügt über das seiner Anlagestrategie entsprechende Fachwissen und wendet die erforderlichen Abläufe an, um die Risiken seiner Anlagen jederzeit einschätzen zu können.</p> <p>7 Er stellt sicher, dass die Anlagen einfach zu bewerten sind und dass die Schuldnerbonität gut und überprüfbar ist.</p>		
<p><b>Art. 53</b> Anforderungen an die Vermögensverwaltung</p> <p>1 Der Versicherer darf nur Personen und Einrichtungen mit der Anlage und der Verwaltung seines Vermögens betrauen, die dazu befähigt und so organisiert sind, dass sie für die Einhaltung der Vorschriften des KVAG und dieser Verordnung Gewähr bieten.</p>		

<p>2 Er stellt sicher, dass sein Vermögen durch unterschiedliche Personen verwaltet und überwacht wird.</p> <p>3 Er regelt einen allfälligen Auftrag an Dritte, Vermögen anzulegen oder zu verwalten, in einem schriftlichen Vertrag und bringt diesen der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis.</p> <p>4 Er verwahrt das Vermögen in der Schweiz.</p>		
<p><b>Art. 54</b> Anlagereglement</p> <p>1 Der Versicherer erlässt ein Anlagereglement.</p> <p>2 Das Anlagereglement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. legt die Strategie, die Ziele und Grundsätze, die Organisation und die Prozesse der Vermögensverwaltung und deren Überwachung fest;</li> <li>b. enthält Vorschriften, mit denen Interessenkonflikte vermieden werden können, namentlich über die Zulässigkeit der Weitergabe von Bankkommissionen und die Zulässigkeit von Eigengeschäften;</li> <li>c. regelt die Offenlegungspflichten der mit der Anlage des Vermögens betrauten Personen;</li> <li>d. legt eine minimale</li> </ul>		

<p>Schuldnerbonität fest.</p> <p>3 Das Anlagereglement und dessen Änderungen sind der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis zu bringen.</p>		
<p><b>Art. 55</b> Gewichtung des Anlagerisikos</p> <p>1 Anlagen, die nicht in folgender Liste enthalten sind, gelten als riskant:</p> <p>a. Anlagen nach Artikel 21;  b. Anlagen in Institutionen, die der Durchführung der sozialen Krankenversicherung dienen.</p> <p>2 Die Vergabe von Hypothekarkrediten gilt als riskant.</p> <p>3 Anlagen nach Absatz 1 Buchstabe b, die mehr als zwei Prozent des Vermögens ausmachen, gelten als riskant und sind der Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Das EDI kann festlegen, welche Anlagen als Anlagen im Sinne von Absatz 1 Buchstabe b gelten.</p>		
<p><b>Art. 56</b> Risikomanagement bei derivativen Finanzinstrumenten</p> <p>1 Der Versicherer beachtet beim Einsatz von derivativen Finanzinstrumenten nach Artikel</p>		

<p>21 Absatz 1 Buchstabe f deren Handelbarkeit und die Bonität der Gegenpartei.</p> <p>2 Er stellt der Aufsichtsbehörde jährlich einen Bericht über die Geschäfte mit derivativen Finanzinstrumenten zu.</p>		
<p><b>Art. 57</b> Ausschluss der Effektenleihe und des Pensionsgeschäftes</p> <p>1 Die Effektenleihe und das Pensionsgeschäft sind grundsätzlich unzulässig.</p> <p>2 Ausgenommen davon ist die Effektenleihe innerhalb einer kollektiven Kapitalanlage nach Artikel 21 Absatz 1 Buchstabe e, wenn deren Anspruch auf Rückforderung der entliehenen Vermögenswerte wirksam und umfassend sichergestellt ist.</p> <p>3 Das EDI kann nähere Vorschriften erlassen.</p>		
<p><b>3. Abschnitt: Rechnungslegung und externe Revision</b></p> <p><b>Art. 58</b> Grundsätze</p> <p>1 Der Versicherer führt für die soziale Krankenversicherung eine gesonderte Rechnung.</p>		

<p>2 Die Aufsichtsbehörde kann Anforderungen an die Rechnungsführung festlegen.</p>		
<p><b>Art. 59 Geschäftsbericht</b></p> <p>1 Der Geschäftsbericht richtet sich nach den Bestimmungen der Stiftung für Fachempfehlungen zur Rechnungslegung "Swiss GAAP FER 41"<sup>9</sup> (Swiss GAAP FER). Er setzt sich aus dem Jahresbericht und der Jahresrechnung (Bilanz, Erfolgsrechnung, Geldflussrechnung, Eigenkapitalnachweis und Anhang) zusammen.</p> <p>2 Die Aufsichtsbehörde kann die Bestimmungen der Swiss GAAP FER an die Besonderheiten der sozialen Krankenversicherung anpassen. Soweit der statutarische Abschluss nicht nach diesen angepassten Bestimmungen erstellt wird, muss er nach den Bestimmungen der Swiss GAAP FER erstellt werden.</p> <p>3 Im Geschäftsbericht werden die Eckdaten nach Versicherungszweig und die Kennzahlen nach Artikel 86 aufgeführt.</p> <p>4 Die Aufsichtsbehörde kann Anforderungen zum Inhalt des Geschäftsberichts festlegen.</p>		

<p>5 Der Versicherer veröffentlicht den Geschäftsbericht spätestens am 30. Juni des auf das Geschäftsjahr folgenden Jahres.</p>		
<p><b>Art. 60</b> Aufsichtsrechtlicher Jahresabschluss</p> <p>1 Der aufsichtsrechtliche Jahresabschluss richtet sich nach den von der Aufsichtsbehörde angepassten Bestimmungen der Swiss GAAP FER.</p> <p>2 Die Aufsichtsbehörde kann Anforderungen an Inhalt und Form des aufsichtsrechtlichen Jahresabschlusses festlegen.</p> <p>3 Der Versicherer stellt den aufsichtsrechtlichen Jahresabschluss der Aufsichtsbehörde bis zum 30. März des auf das Geschäftsjahr folgenden Jahres zu.</p>		
<p><b>Art. 61</b> Externe Revisionsstelle</p> <p>1 Soweit das KVAG, die vorliegende Verordnung oder die Weisungen der Aufsichtsbehörde keine besonderen Vorschriften für die Versicherer beinhalten, sind die Bestimmungen des Obligationenrechts<sup>10</sup> (OR) über die Revisionsstelle bei Aktiengesellschaften anwendbar.</p>		

<p>2 Die Verantwortlichkeit der externen Revisionsstelle richtet sich nach den Vorschriften des Aktienrechts.</p> <p>3 Hat ein Versicherer trotz Mahnung keine externe Revisionsstelle bezeichnet, so weist ihm die Aufsichtsbehörde eine solche zu.</p> <p>4 Genügt eine externe Revisionsstelle den gesetzlichen Anforderungen nicht mehr oder erfüllt sie ihre Aufgaben unvollständig oder gar nicht, so bezeichnet der Versicherer eine andere. Er informiert die Aufsichtsbehörde über die Gründe der Änderung.</p>		
<p><b>Art. 62</b> Aufgaben der externen Revisionsstelle</p> <p>1 Die externe Revisionsstelle prüft den aufsichtsrechtlichen und den statutarischen Jahresabschluss sowie das gebundene Vermögen.</p> <p>2 Sie kontrolliert die Angemessenheit und Wirksamkeit des internen Kontrollsystems jährlich entsprechend den Weisungen der Aufsichtsbehörde.</p> <p>3 Sie kann vor Ort unangemeldete Zwischenrevisionen durchführen, namentlich wenn Zweifel an der</p>		

<p>ordnungsgemässen Rechnungsführung und Verwaltung bestehen.</p>		
<p><b>Art. 63</b> Berichte der externen Revisionsstelle</p> <p>1 Die externe Revisionsstelle erstellt jährlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. einen Bericht über den Jahresabschluss nach den Bestimmungen von Swiss GAAP FER;</li> <li>b. einen umfassenden Bericht zuhanden des Verwaltungsorgans nach den Bestimmungen des OR<sup>11</sup> und den Weisungen der Aufsichtsbehörde;</li> <li>c. einen Bericht über den aufsichtsrechtlichen Jahresabschluss nach den Weisungen der Aufsichtsbehörde.</li> </ul> <p>2 Wurde der externen Revisionsstelle ein zusätzlicher Auftrag im Sinne von Artikel 26 Absatz 2 KVAG erteilt, so erstellt sie innerhalb von zwei Monaten nach Erfüllung des Auftrags einen Bericht zuhanden der Aufsichtsbehörde.</p> <p>3 Die externe Revisionsstelle stellt ihre Berichte der Aufsichtsbehörde und der internen Revisionsstelle zu.</p> <p>4 Die Aufsichtsbehörde kann in Weisungen Form und Inhalt der Berichte festlegen</p>		

<p>und Berichte an die externe Revisionsstelle zurückweisen, wenn sie den verlangten Erfordernissen nicht genügen.</p>		
<p><b>5. Kapitel: Rückversicherung</b>  <b>Art. 64</b> Krankenkassen als Rückversicherer  Nur Krankenkassen, bei denen mindestens 300 000 Personen versichert sind, können eine Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung nach Artikel 28 KVAG erhalten.</p>		
<p><b>Art. 65</b> Bewilligungsgesuch  Das Gesuch um Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung muss bis zum 30. Juni des Vorjahres bei der Aufsichtsbehörde eingereicht werden.</p>		
<p><b>Art. 66</b> Beginn der Wirksamkeit der Bewilligung  Die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung wird auf den Beginn eines Kalenderjahres wirksam.</p>		
<p><b>Art. 67</b> Entzug der Bewilligung  Die Aufsichtsbehörde kann einer Krankenkasse die Bewilligung zur Durchführung der Rückversicherung entziehen, wenn sie während mehr als eines Jahres weniger als 300 000 Personen</p>		

<p>versichert.</p> <p>2 Kann der Rückversicherer nicht nachweisen, dass er während der vergangenen zwei Jahre Versicherer nach dem KVAG rückversichert hat, so gilt die Rückversicherungstätigkeit als beendet. Die Aufsichtsbehörde entzieht ihm die Bewilligung zur Rückversicherung.</p>		
<p><b>Art. 68 Rückversicherungsverträge</b></p> <p>1 Der Versicherer darf Rückversicherungsverträge nur mit risikogerechten Prämien und unter Bedingungen abschliessen, wie er sie auch mit unabhängigen Dritten vereinbaren würde.</p> <p>2 Er darf sich zur Bezahlung von Rückversicherungsprämien in der Höhe von höchstens 50 Prozent der gesamten von seinen Versicherten geschuldeten Prämien verpflichten.</p> <p>3 Er darf Rückversicherungsprämien erst bezahlen, wenn die Aufsichtsbehörde sie genehmigt hat.</p> <p>4 Er hat den Rückversicherungsvertrag und dessen Änderungen spätestens einen Monat vor dem Inkrafttreten der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen. Dabei hat er</p>	<p>Der Absatz 7 ist zu streichen, da die Vereinbarung von Rückversicherungsschutz über Perioden, die länger als ein Jahr sind, versicherungstechnisch sinnvoll sein kann und deshalb nicht kategorisch ausgeschlossen werden sollte.</p>	<p><b>Art. 68 Rückversicherungsverträge</b></p> <p>1 Der Versicherer darf Rückversicherungsverträge nur mit risikogerechten Prämien und unter Bedingungen abschliessen, wie sie auch mit unabhängigen Dritten vereinbart würden.</p> <p>2 Er darf sich zur Bezahlung von Rückversicherungsprämien in der Höhe von höchstens 50 Prozent der gesamten von seinen Versicherten geschuldeten Prämien verpflichten.</p> <p>3 Er darf Rückversicherungsprämien erst bezahlen, wenn die Aufsichtsbehörde sie genehmigt hat.</p> <p>4 Er hat den Rückversicherungsvertrag und dessen Änderungen spätestens einen Monat vor dem Inkrafttreten der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen. Dabei hat er Planerfolgsrechnungen für die gesamte Vertragsdauer beizulegen.</p>

<p>Planerfolgsrechnungen für die gesamte Vertragsdauer beizulegen.</p> <p>5 Er hat in den Rückversicherungsverträgen die Kündigung zu regeln. Die Rückversicherungsverträge müssen auf das Ende jedes Kalenderjahres kündbar sein. Die Kündigungsfrist muss mindestens sechs Monate betragen.</p> <p>6 Die Aufsichtsbehörde darf vom Versicherer und vom Rückversicherer Daten verlangen, um zu beurteilen, ob die Anforderungen nach Absatz 1 eingehalten werden.</p> <p>7 Sie genehmigt die Rückversicherungsverträge höchstens für die Dauer eines Kalenderjahres.</p>		<p>5 Er hat in den Rückversicherungsverträgen die Kündigung zu regeln. Die Rückversicherungsverträge müssen auf das Ende jedes Kalenderjahres kündbar sein. Die Kündigungsfrist muss mindestens sechs Monate betragen.</p> <p>6 Die Aufsichtsbehörde darf vom Versicherer und vom Rückversicherer Daten verlangen, um zu beurteilen, ob die Anforderungen nach Absatz 1 eingehalten werden.</p> <p>7 Die Aufsichtsbehörde darf vom Versicherer und vom Rückversicherer Daten verlangen, um zu beurteilen, ob die Anforderungen nach Absatz 1 eingehalten werden.</p>
<p><b>Art. 69</b> Pflichten des Rückversicherers</p> <p>1 Der Rückversicherer bildet versicherungstechnische Rückstellungen nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden.</p> <p>2 Er gibt der Aufsichtsbehörde bis zum 31. März für jeden Rückversicherungsvertrag, der im Vorjahr in Kraft war, namentlich Folgendes an:</p> <p>a. die bezahlten Prämien; b. die bezahlten Vermittlergebühren;</p>	<p>Auf die Reglementierung von technischen Einzelheiten, wie sie der Verordnungsentwurf vorsieht, sollte verzichtet werden.</p>	<p><b>Art. 69</b> Pflichten des Rückversicherers</p> <p>1 Der Rückversicherer bildet versicherungstechnische Rückstellungen nach anerkannten versicherungsmathematischen Methoden.</p> <p>2 Er übermittelt der Aufsichtsbehörde auf deren Verlangen die massgeblichen versicherungstechnischen Informationen zu bestehenden und abgelaufenen Rückversicherungsverträgen.</p>

<p>c. die übernommenen Leistungen für Verpflichtungen, die im Vorjahr entstanden sind</p> <p>d. die übernommenen Leistungen für Verpflichtungen aus früheren Jahren;</p> <p>e. die Rückstellungen für ausstehende Leistungen per 31. Dezember des Vorjahres;</p> <p>f. Erfolgsbeteiligungen und weitere bezahlte oder übernommene Beträge.</p> <p>3 Er erläutert die Berechnung der Angaben.</p> <p>4 Er ersucht seine Revisionsstelle, die Richtigkeit der Angaben zu bestätigen und übermittelt die Bestätigung innerhalb derselben Frist der Aufsichtsbehörde.</p> <p>5 Er meldet die Angaben auf Verlangen der Aufsichtsbehörde auch zu anderen Zeitpunkten.</p> <p>6 Er teilt der Aufsichtsbehörde die Kündigung eines Rückversicherungsvertrags unverzüglich, spätestens aber innerhalb von drei Arbeitstagen, mit.</p>		
<p><b>6. Kapitel: Aufsicht</b></p> <p><b>Art. 70</b> Gleichbehandlung der Versicherten und Schutz vor Missbrauch</p>		

<p>1 Der Versicherer hat alle Versicherten gleich zu behandeln, ohne Unterscheidung des Gesundheitszustandes oder eines Indikators dafür, insbesondere in Bezug auf die Aufnahme in die Versicherung, die Wahl der Versicherungsform, die Mitteilungen an die Versicherten sowie die Frist, innerhalb deren die Leistungen vergütet werden.</p> <p>2 Als Missbrauch im Sinne von Artikel 34 Absatz 1 Buchstabe e KVAG gilt die wiederholte Benachteiligung eines Versicherten oder die systematische Benachteiligung einer Gruppe von Versicherten.</p> <p>3 Als Missbrauch gilt auch die Benachteiligung eines Versicherten durch eine juristisch oder versicherungstechnisch nicht begründbare, erhebliche Ungleichbehandlung.</p>		
<p><b>Art. 71</b> Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden</p> <p>1 Die Aufsichtsbehörde und die FINMA koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten, wenn die Durchführung der sozialen Krankenversicherung einen Einfluss auf eine Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG hat oder haben kann. Einen Einfluss auf eine Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG haben</p>		

namentlich:

- a. Reserven, die unter der Mindesthöhe nach Artikel 12 liegen;
- b. Rückstellungen, die unter dem Bedarf nach Artikel 15 liegen;
- c. eine Verletzung der Bestimmungen zum gebundenen Vermögen;
- d. die Übertragung eines Versichertenbestandes nach den Artikeln 9 Absatz 3 und 40 KVAG;
- e. eine Änderung der rechtlichen Struktur, eine Vermögensübertragung oder eine Beteiligung nach den Artikeln 9 und 10 KVAG;
- f. jede strafbare Handlung, die einen Einfluss auf die Durchführung einer Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG haben kann;
- g. eine Verletzung der Bestimmungen über Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit, über das Risikomanagement und über die Revision;
- h. eine gefährdete finanzielle Situation;
- i. sichernde Massnahmen nach Artikel 38 KVAG;
- j. eine Verletzung von aufsichtsrechtlichen Bestimmungen.

2 Die Aufsichtsbehörde und die FINMA können ihre Aufsichtstätigkeiten auch im Rahmen eines regelmässigen Informationsaustauschs über die ihrer Aufsicht unterstellten Rechtsträger koordinieren.

<p><b>Art. 72</b> Meldung von Vorkommnissen von wesentlicher Bedeutung</p> <p>Von wesentlicher Bedeutung im Sinne von Artikel 35 Absatz 3 KVAG sind insbesondere folgende Vorkommnisse:</p> <p>a. Die Voraussetzungen nach Artikel 5 KVAG sind nicht mehr erfüllt.</p> <p>b. Die Reserven liegen unter der Mindesthöhe nach Artikel 12 oder die Rückstellungen liegen unter dem Bedarf nach Artikel 15.</p> <p>c. Es liegt eine strafbare Handlung vor, die einen erheblichen Einfluss auf den Versicherer haben kann.</p>		
<p><b>Art. 73</b> Gefährdete finanzielle Situation</p> <p>1 Die finanzielle Situation eines Versicherers ist nach Artikel 38 Absatz 3 KVAG gefährdet, wenn davon auszugehen ist, dass der Versicherer ohne Durchführung von Massnahmen nach Artikel 38 Absatz 2 Buchstaben g und h KVAG die gesetzlichen Anforderungen nicht länger als zwei Jahre einhalten kann.</p> <p>2 Bei der Beurteilung, ob die finanzielle Situation eines Versicherers gefährdet ist, prüft die Aufsichtsbehörde insbesondere,</p>	<p>Ziel der Aufsicht durch das BAG ist die Solvenzbewahrung und der Schutz vor Missbrauch. Ein Interventionskonzept hat daher auf dem KVG-Solvenztest zu beruhen.</p>	<p>Art. 73 ist gänzlich zu streichen und durch ein Interventionskonzept basierend auf dem KVG-Solvenztest zu ersetzen, analog zum Interventionskonzept der FINMA.</p>

<p>ob die folgenden Elemente vorliegen:</p> <p>a. Der Versicherer verzeichnet einen erheblichen finanziellen Verlust.</p> <p>b. Die Fristen zur Verwertung der Anlagen ermöglichen keine ausreichende Zufuhr von flüssigen Mitteln.</p> <p>c. Der Versicherer verzeichnet einen massiven Zuwachs an neuen Versicherten.</p> <p>d. Die Struktur des Versichertenbestandes hat sich verschlechtert.</p>		
<p><b>Art. 74</b> Übertragung des Versichertenbestandes</p> <p>1 Die Aufsichtsbehörde kann alle zweckmäßigen und notwendigen Massnahmen treffen, um die Übertragung des Versichertenbestandes eines Versicherers auf einen anderen zu gewährleisten.</p> <p>2 Bei der Auswahl des Versicherers, der den Versichertenbestand eines anderen ganz oder teilweise übernehmen soll, achtet die Aufsichtsbehörde darauf, dass die Übernahme für den neuen Versicherer finanziell und institutionell tragbar ist. Sie ist nicht verpflichtet, der Wettbewerbssituation der Versicherer Rechnung zu tragen.</p>		

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

1 Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde insbesondere die folgenden wichtigen Transaktionen spätestens 15 Tage vor dem Eintritt der rechtlichen Wirksamkeit zu:  
gruppeninterne Transaktionen, Transaktionen mit Vermittlern nach Artikel 39 Absatz 1, Transaktionen mit Dachverbänden und Transaktionen mit Leistungserbringern, die nicht aufgrund behördlich genehmigter Verträge ausgelöst werden.

2 Weitere Transaktionsarten kann die Aufsichtsbehörde überprüfen, wenn ein Hinweis vorliegt, dass die Bedingungen nach Absatz 4 nicht erfüllt sind.

3 Der Versicherer stellt der Aufsichtsbehörde jährlich innert drei Monaten nach Jahresabschluss einen Bericht über den Bestand der Transaktionen nach den Absätzen 1 und 2. Die Aufsichtsbehörde kann eine Berichterstattung in kürzeren Abständen verlangen.

4 Die Aufsichtsbehörde prüft, ob die Transaktionen nach den Absätzen 1 und 2 unter marktüblichen Bedingungen erfolgt sind. Als marktüblich gelten

<p>Bedingungen, wenn Transaktionen mit einem unabhängigen Dritten gleich abgeschlossen würden.</p>		
<p><b>Art. 76</b> Auf Holdinggesellschaften anwendbare Bestimmungen</p> <p>1 Ersucht ein Versicherer um eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung, so stellt die Holdinggesellschaft der Versicherungsgruppe, der er angehört, der Aufsichtsbehörde die Angaben und Unterlagen nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a–e und j KVAG, die die Holdinggesellschaft betreffen, zu.</p> <p>2 Absatz 1 gilt sinngemäß, wenn ein Versicherer, der die soziale Krankenversicherung durchführt, in eine Versicherungsgruppe integriert wird.</p>		
<p><b>7. Kapitel: Gemeinsame Einrichtung</b></p> <p><b>Art. 77</b> Unternehmensführung und externe Revisionsstelle</p> <p>Die Artikel 40-46 und 61–63 sind sinngemäß auf die gemeinsame Einrichtung anwendbar.</p>		
<p><b>Art. 78</b> Höhe des Insolvenzfonds</p>		

<p>Der Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung setzt die Höhe des Insolvenzfonds nach den Risiken, die damit vollständig abgedeckt werden müssen, fest. Vor der Beschlussfassung wird die Aufsichtsbehörde zur Stellungnahme eingeladen.</p>		
<p><b>Art. 79</b> Anlage der Mittel des Insolvenzfonds</p> <p>1 Die Anlage der Mittel richtet sich nach dem vom Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung erlassenen Anlagereglement.</p> <p>2 Der Kapitalertrag kommt dem Insolvenzfonds zugute.</p> <p>3 Änderungen des Anlagereglements sind der Aufsichtsbehörde vorgängig zu unterbreiten.</p>		
<p><b>8. Kapitel: Aufsichtsbehörde</b></p> <p><b>1. Abschnitt: Zuständigkeiten und Information</b></p> <p><b>Art. 80</b> Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung</p> <p>1 Die Aufsichtsbehörde prüft die finanzielle Situation der gemeinsamen Einrichtung und wacht darüber, dass diese die ihr übertragenen Aufgaben</p>		

<p>gesetzeskonform durchführt .</p> <p>2 Die Artikel 34 und 35 Absatz 3 KVAG gelten sinngemäß für die gemeinsame Einrichtung.</p>		
<p><b>Art. 81</b> Information der Öffentlichkeit</p> <p>Die Aufsichtsbehörde stellt folgende Informationen für die Öffentlichkeit bereit:</p> <p>a. eine Liste der zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zugelassenen Versicherer, unter Angabe von deren Rechtsform, Sitz, örtlichem Tätigkeitsgebiet und Versichertenbestand sowie der Versicherungsgruppe, der sie angehören;</p> <p>b. eine Liste der zur Durchführung der Rückversicherung in der sozialen Krankenversicherung zugelassenen Rückversicherer, unter Angabe von deren Rechtsform und Sitz sowie der Versicherungsgruppe, der sie angehören;</p> <p>c. die Prämientarife, die es genehmigt hat, und die Dauer, für welche die Prämien genehmigt wurden;</p> <p>d. im Fall zu hoher Prämieinnahmen den Betrag des genehmigten Ausgleichs nach Artikel 17 KVAG.</p>		

## 2. Abschnitt: Aufsichtsdaten

### Art. 82 Daten der Versicherer

1 Die Aufsichtsbehörde bearbeitet die Daten, die von den Versicherern nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG weitergegeben werden müssen, zu folgenden Zwecken:

- a. Überwachung der einheitlichen Anwendung des KVG;
- b. Verfolgen der Kostenentwicklung;
- c. Erhöhung der Transparenz der Gesundheitskosten;
- d. Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen (statistische Kontrolle der Kosten unter anderem nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Leistungserbringer);
- e. Kontrolle der Qualität der erbrachten Leistungen;
- f. Sicherstellen der Gleichbehandlung der Versicherten;
- g. Sicherstellen, dass die Prämienunterschiede den kantonalen und regionalen Kostenunterschieden entsprechen und die Mittel der sozialen Krankenversicherung ausschliesslich zu

deren Zwecken eingesetzt werden;

h. Festlegung der versicherungsmathematisch korrekten Prämienrabatte;

i. Vorbereitung der Entscheidungsgrundlagen für die Durchführung von gesetzlich vorgesehenen ordentlichen und ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;

j. Verfolgen der Wirkungen des KVG und Bereitstellung der Entscheidungsgrundlagen für allfällig notwendige Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen.

2 Sie sorgt dafür, dass dem Versicherer durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Sie kann die Daten zur Aufwandverminderung mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert werden. Sie stellt die wesentlichen Resultate der Erhebungen den Stellen zur Verfügung, die am Vollzug des KVAG und des KVG beteiligt sind.

3 Die Aufsichtsbehörde kann aggregierte Daten zu Forschungszwecken auch Dritten zur Verfügung stellen.

**Art. 83** Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer

1 Der Versicherer gibt der Aufsichtsbehörde jährlich pro versicherte Person namentlich folgende Daten weiter:

a. Alter, Geschlecht und Wohnort;

b. Risikogruppe nach der Verordnung vom 12. April 1995<sup>13</sup> über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung;

c. Ein- und Austritt sowie den Austrittsgrund;

d. Merkmale der abgeschlossenen Versicherung, namentlich Angaben zur Versicherungsform, zur Höhe der Prämie und zur Franchise;

e. Umfang, Art, Tarifpositionen, Kosten und abrechnungsrelevante Merkmale der im Laufe eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem KVG;

f. die Leistungserbringer, die eine Leistung selbst erbracht oder diese angeordnet haben, mit ihren üblichen Identifikatoren;

g. die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung;

h. den Verbindungscode, unter Wahrung der Anonymität der versicherten Person.

2 Er stellt der Aufsichtsbehörde die Daten nach Absatz 1 in digitaler Form zur Verfügung. Die Aufsichtsbehörde kann ihn davon auf Gesuch hin für eine befristete Zeit befreien, wenn ihm die Lieferung mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist.

3 Der Versicherer liefert die Daten korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Versicherten.

4 Er reicht Korrekturen oder Stornos spätestens bei der nächsten Erhebung nach.

5 Die Aufsichtsbehörde kann Daten nach Absatz 1 zusätzlich unterjährig erheben, wenn die Daten bereits einmal für ein ganzes Jahr erhoben worden sind.

6 Der Versicherer übermittelt der Aufsichtsbehörde jährlich auf eigene Kosten die vollständigen Angaben über die Leistungserbringer, die für die Rechnungsstellung verwendet werden.

7 Die Aufsichtsbehörde erlässt nach Anhören der Versicherer Weisungen zu den Vorkehren, die nach diesem Artikel zu treffen sind.

<p><b>Art. 84</b> Daten der gemeinsamen Einrichtung</p> <p>Die gemeinsame Einrichtung liefert der Aufsichtsbehörde jährlich:</p> <p>a. die zur Berechnung des Risikoausgleichs verwendeten Daten; diese umfassen die Bruttoleistungen, die Kostenbeteiligungen und die Versichertenbestände nach Versicherer, Kanton und Risikogruppe;</p> <p>b. die berechneten Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge der Versicherer nach Kantonen und für die ganze Schweiz;</p> <p>c. die zusätzlich zu Plausibilisierungs- und Evaluationszwecken bei den Versicherern erhobenen Daten.</p>		
<p><b>Art. 85</b> Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten</p> <p>Auf Verlangen der Aufsichtsbehörde müssen Dritte, die von den Versicherern beauftragt sind, die Angaben nach Artikel 35 Absatz 2 KVAG und nach Artikel 83 zur Verfügung stellen, sofern die von den Versicherern zur Verfügung gestellten Daten für die Aufsicht über die Durchführung der sozialen Krankenversicherung nicht ausreichen.</p>		

<p><b>Art. 86</b> Veröffentlichung der Daten der Versicherer</p> <p>1 Die Aufsichtsbehörde veröffentlicht die Daten nach Artikel 83 so, dass namentlich Angaben über die Anzahl der Versicherten, deren Prämien, Kostenbeteiligung und Leistungen, gesondert nach Alter, Geschlecht, Versicherungsmodell und Region sowie nach Kategorie von Leistungserbringer, Betrieb und Pflegeleistung, ersichtlich sind.</p> <p>2 Sie veröffentlicht je Versicherer folgende Kennzahlen der sozialen Krankenversicherung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Einnahmen und Ausgaben;</li> <li>b. Ergebnis je versicherte Person;</li> <li>c. Reserven;</li> <li>d. Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle;</li> <li>e. Krankenpflegekosten;</li> <li>f. Risikoausgleich;</li> <li>g. Verwaltungskosten;</li> <li>h. Versichertenbestand;</li> <li>i. Prämien;</li> <li>j. Bilanz und Betriebsrechnung.</li> </ul>		
<p><b>Art. 87</b> Risikobestand</p> <p>Für die Berechnung der von den Versicherern zu meldenden durchschnittlichen Versichertenbestände</p>		

<p>sind die zusammengezählten Versicherungsmonate, geteilt durch zwölf, massgebend.</p>		
<p><b>9. Kapitel: Schlussbestimmungen</b></p> <p><b>Art. 88</b> Änderung anderer Erlasse Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.</p>		
<p><b>Art. 89</b> Übergangsbestimmungen</p> <p>1 Die Dokumentation nach Artikel 49 ist der Aufsichtsbehörde zum ersten Mal zwei Monate vor der Frist nach Artikel 59 Absatz 1 KVAG einzureichen.</p> <p>2 Die Unterlagen und Angaben nach den Artikeln 41 Absatz 3, 42 Absatz 3, 44 und 45 Absatz 1 sind der Aufsichtsbehörde zum ersten Mal zwei Monate vor der Frist nach Artikel 59 Absatz 2 KVAG einzureichen.</p> <p>3 Der Versicherer sorgt dafür, dass seine Reserven innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Verordnung die Mindesthöhe nach Artikel 12 erreichen.</p> <p>4 Vor dem Zeitpunkt nach Absatz 3 müssen Versicherer, deren Reserven die Mindesthöhe nicht erreichen:</p> <p>a. über Sicherheitsreserven nach Artikel</p>		

<p>78 Absatz 4 KVV<sup>15</sup> in deren Fassung vom 26. April 2006<sup>16</sup> verfügen; und</p> <p>b. sofern bei ihnen weniger als 50 000 Personen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert sind, über eine Rückversicherung verfügen.</p> <p>5 Der Versicherer bringt der Aufsichtsbehörde das Anlagereglement innerhalb zweier Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung zur Kenntnis.</p> <p>6 Er legt sein Vermögen bis zum Jahresabschluss des zweiten Jahres nach Inkrafttreten dieser Verordnung nach den Artikeln 52 bis 57 an.</p> <p>7 Er teilt der Aufsichtsbehörde Anlagen nach Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe b, die bei Inkrafttreten dieser Verordnung bestehen, innerhalb zweier Jahre nach Inkrafttreten dieser Verordnung mit.</p>		
<p><b>Art. 90</b> Inkrafttreten Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.</p>		
<p><i>Anhang</i> (Artikel 81) <b>Änderung bisherigen Rechts</b> Die nachstehenden Verordnungen werden wie folgt geändert:</p>		

**1. Revisionsaufsichtsverordnung vom 22. August 2007**

*Art. 21* Spezialgesetzliche Zulassungen

1 Bei der Festlegung und Beurteilung der Voraussetzungen für spezialgesetzliche Zulassungen stellen die anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden im Sinne von Artikel 22 RAG auf die Zulassungen der Aufsichtsbehörde ab. Entzieht die Aufsichtsbehörde eine Zulassung, so entziehen die spezialgesetzlichen Aufsichtsbehörden die spezialgesetzliche Zulassung ebenfalls.

2 Die anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden nehmen die Eintragung, Änderung und Löschung spezialgesetzlicher Zulassungen von Personen und Unternehmen direkt auf elektronischem Weg im Register der Aufsichtsbehörde vor. Die Aufsichtsbehörde regelt die Einzelheiten dieses Zugriffs in einer Verordnung.

4 Die anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden und die Aufsichtsbehörde teilen einander den befristeten oder unbefristeten Entzug und jede andere Änderung einer Zulassung mit.

<p><i>Art. 26 Abs. 1</i></p> <p>1 Die Aufsichtsbehörde und die anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden können einander elektronischen Zugriff auf Zulassungsgesuche, die Unterlagen dazu und auf die übrigen Akten gewähren.</p>		
<p><i>Art. 32 Abs. 3</i></p> <p>3 Sie kann die Überprüfung gemeinsam mit anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden durchführen.</p>		
<p><i>Art. 47 Abs. 6</i></p> <p>6 Wird die Frist nach Absatz 5 nicht eingehalten, so entzieht die Aufsichtsbehörde die provisorische Zulassung. Sie teilt den Entzug den betroffenen anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden und gegebenenfalls der Böse schriftlich mit und passt das Register entsprechend an. In diesem Fall kann das Gesuch um Zulassung auf dem ordentlichen Weg erneut eingereicht werden.</p>		
<p><b>2. Datenverordnung RAB vom 14. November 2008<sup>18</sup></b></p> <p><i>Art. 1</i> Gegenstand</p> <p>Diese Verordnung regelt den elektronischen Zugriff auf nicht öffentlich zugängliche Daten durch andere schweizerische Aufsichtsbehörden nach</p>		

<p>Artikel 22 des Revisionsaufsichtsgesetzes vom 16. Dezember 2005<sup>19</sup> (RAG).</p>		
<p><i>Art. 4 Abs. 1 und 3</i>  1 Die anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden können der Aufsichtsbehörde ein Gesuch um elektronischen Zugriff auf nicht öffentlich zugängliche Daten stellen.</p> <p>3 Die anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden müssen zudem die von der Aufsichtsbehörde festgesetzten technischen Anforderungen erfüllen und die Kosten für die Installation des elektronischen Zugriffs tragen.</p>		
<p><i>Art. 5 Abs. 1</i>  1 Die anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden bezeichnen zwei Personen, die elektronischen Zugriff auf die nicht öffentlich zugänglichen Daten erhalten sollen.</p>		
<p><i>Anhang Titel</i>  Katalog der nicht öffentlich zugänglichen Daten, auf die andere schweizerische Aufsichtsbehörden elektronischen Zugriff erlangen können</p>		
<p><b>3. Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung</b>  <i>Art. 12–18, 19a–21, 24–26 und 28–29</i>  <i>Aufgehoben</i></p>		

<p><i>Art. 37d Abs. 1</i></p> <p>1 Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen berät das Departement bei der Bezeichnung der Leistungen nach Artikel 33, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 77 Absatz 4 und 104a Absatz 4 sowie bei der Beurteilung von Grundsatzfragen in der Krankenversicherung unter Berücksichtigung der ethischen Aspekte bei der Leistungsbezeichnung.</p>		
<p><i>Art. 37e Abs. 1</i></p> <p>1 Die Eidgenössische Arzneimittelkommission berät das BAG bei der Erstellung der Spezialitätenliste nach Artikel 34. Überdies berät sie das Departement, in ihrem Bereich, bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 104a Absatz 4.</p>		
<p><i>Art. 37f Abs. 1</i></p> <p>1 Die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände berät das Departement bei der Erstellung der Analysenliste nach Artikel 34, bei der Beurteilung und Festsetzung der Vergütung von Mitteln und Gegenständen</p>		

<p>nach Artikel 33 Buchstabe e sowie bei der Ausarbeitung der Bestimmungen nach den Artikeln 36 Absatz 1, 75, 77 Absatz 4 und 104a Absatz 4, die ihren Bereich betreffen.</p>		
<p><i>Art. 78–88</i> <i>Aufgehoben</i></p>		
<p><i>Art. 91 Abs. 1, 1bis und 1ter</i>  1 Ein Bestand gilt als sehr klein im Sinne von Artikel 61 Absatz 2 des Gesetzes, wenn die Kosten einer einzelnen versicherten Person einen erheblichen Einfluss auf die Prämien der Versicherten des Bestandes ausüben, auf jeden Fall aber wenn der Versichertenbestand weniger als 300 Personen umfasst.</p> <p>1bis Für die sehr kleinen Bestände legt der Versicherer seine Prämie derart fest, dass sie einen Minimalbetrag nicht unterschreitet.</p> <p>1ter Der Minimalbetrag nach Absatz 1bis bezieht sich auf den Durchschnitt aller Prämien des laufenden Jahres für die betreffende Prämienregion und Altersklasse. Das BAG teilt jährlich den Versicherern diesen Betrag mit.</p>		
<p><i>Art. 91b Prämienregionen</i>  1 Das Departement überprüft in bestimmten Abständen, ob die Prämienregionen sachgerecht</p>		

<p>sind. Die Kantone können für ihr Gebiet eine Änderung oder eine Reduktion der Prämienregionen beantragen.</p> <p>2 Das Departement begrüsst die Kantone, bevor es die Prämienregionen neu festlegt.</p> <p>3 Im Falle einer Gemeindefusion macht der Kanton dem Departement einen Vorschlag für die neue Gemeinde.</p>		
<p><i>Art. 92, 92b– und 92c Aufgehoben</i></p>		
<p><i>Art. 99 Abs. 1</i></p> <p>1 Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist. Wenn sie solche Versicherungen betreiben, so müssen sie diese in der ganzen Prämienregion anbieten.</p>		
<p><i>Art. 107 und 108 Aufgehoben</i></p>		
<p><b>4. Verordnung des EDI vom 18. Oktober 2011<sup>21</sup> über die Reserven in der sozialen Krankenversicherung (ResV-EDI)</b> <i>Ingress</i> gestützt auf die Artikel 11 Absatz 5, 12 Absatz 2 und 14 Absatz 3 der</p>		

<p>Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom...22 ,</p>		
<p><b>5. Verordnung vom 12. September 2014<sup>23</sup> über die Prämienkorrektur</b>  <i>Art. 5 Abs. 4</i>  4 Reicht ein Versicherer dem BAG kein Gesuch um Genehmigung des Einmalzuschlags auf den Prämien ein, so muss er nachweisen, dass er nach Bezahlung des Beitrags in den Fonds nach Artikel 106a Absatz 1 KVG immer noch über ausreichende Reserven nach Artikel 12 Absatz 1 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung vom...<sup>24</sup> (KVAV) verfügt. Der Nachweis ist nach Artikel 13 Absatz 3 KVAV zu erbringen.</p>		
<p><b>6. Verordnung vom 12. April 1995<sup>25</sup> über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung</b>  <i>Art. 7 Abs. 2 und 5</i>  2 Die gemeinsame Einrichtung ermittelt die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge und stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung zu.  5 Der Inhalt des Berichts und der Statistik wird von der gemeinsamen Einrichtung und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeinsam festgelegt. Die beiden Vorlagen werden von der gemeinsamen</p>		

Einrichtung jährlich veröffentlicht.		
<p><b>7. Verordnung vom 7. November 2007<sup>26</sup> über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung</b></p> <p><i>Art. 3 Abs. 4bis (neu)</i></p> <p>4bis Es zieht 7,5 Prozent eines Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen nach Artikel 17 des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung<sup>27</sup> von dem nach Absatz 4 berechneten Kantonsanteil ab. Das Eidgenössische Departement des Innern kann festlegen, wie der Abzug zu berechnen ist.</p>		
<p><b>8. Aufsichtsverordnung vom 9. November 2005<sup>28</sup></b></p> <p><i>Art. 5a</i> Zusatzversicherungen von Krankenkassen nach Artikel 2 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes vom 26. September 2014<sup>29</sup> (KVAG) dürfen Zusatzversicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG betreiben, sobald ihnen die FINMA die Bewilligung nach Art. 3 VAG dafür erteilt hat.</p>		
<p><i>Art. 160a</i> Koordination zwischen den Aufsichtsbehörden</p> <p><sup>1</sup> Die FINMA und die Aufsichtsbehörde</p>		

im Sinne des KVAG<sup>30</sup> koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten, wenn die Durchführung einer Versicherung nach Artikel 2 Absatz 2 KVAG einen Einfluss auf die soziale Krankenversicherung hat oder haben kann. Einen Einfluss auf die soziale Krankenversicherung haben namentlich:

a. ungenügende Eigenmittel;

b. ungenügende Rückstellungen;

c. eine Verletzung der Bestimmungen zum gebundenen Vermögen;

d. die Übertragung des Versicherungsbestandes nach den Artikeln 51 Absatz 2 Buchstabe d und 62 VAG;

e. eine Änderung der rechtlichen Struktur der Gesellschaft oder der Versicherungsgruppe oder eine Beteiligung nach Artikel 21 VAG;

f. jede strafbare Handlung, die einen Einfluss auf die Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben kann;

g. eine Verletzung der Bestimmungen über Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit, über das Risikomanagement und über die Revision;

<p>h. eine gefährdete finanzielle Situation;</p> <p>i. sichernde Massnahmen nach Artikel 51 VAG;</p> <p>j. eine Verletzung von aufsichtsrechtlichen Bestimmungen.</p> <p>2 Die FINMA und die Aufsichtsbehörde nach Absatz 1 können ihre Aufsichtstätigkeiten auch im Rahmen eines regelmäßigen Informationsaustauschs über die ihrer Aufsicht unterstellten Rechtsträger koordinieren</p>		
---	--	--

Internes Papier