

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

vom 26. September 2014 (Stand am 1. Januar 2016)

---

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

## **1. Kapitel: Allgemeine Bestimmungen**

### **Art. 1**           Gegenstand und Zweck

<sup>1</sup> Dieses Gesetz regelt die Aufsicht des Bundes im Bereich der sozialen Krankenversicherung über:

- a. Krankenkassen;
- b. private Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004<sup>3</sup> (VAG) unterstehen;
- c. Rückversicherer;
- d. die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>4</sup> über die Krankenversicherung (KVG).

<sup>2</sup> Es bezweckt namentlich die Interessen der Versicherten nach dem KVG zu schützen, indem insbesondere die Transparenz in der sozialen Krankenversicherung und die Solvenz der Krankenkassen gewährleistet werden.

### **Art. 2**           Krankenkassen

<sup>1</sup> Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen und die soziale Krankenversicherung nach dem KVG<sup>5</sup> durchführen.

AS 2015 5137

- 1   SR 101
- 2   BBl 2012 1941
- 3   SR 961.01
- 4   SR 832.10
- 5   SR 832.10

<sup>2</sup> Es steht den Krankenkassen frei, neben der sozialen Krankenversicherung nach dem KVG auch Zusatzversicherungen anzubieten; ebenso können sie im Rahmen der vom Bundesrat festgesetzten Bedingungen und Höchstgrenzen weitere Versicherungsarten betreiben. Diese Versicherungen unterliegen dem Versicherungsvertragsgesetz vom 2. April 1908<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> Die Krankenkassen können zudem die Unfallversicherung mit der Einschränkung nach Artikel 70 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981<sup>7</sup> über die Unfallversicherung betreiben.

**Art. 3** Private Versicherungsunternehmen, die dem VAG unterstehen

Die privaten Versicherungsunternehmen, die dem VAG<sup>8</sup> unterstehen, können die soziale Krankenversicherung durchführen, soweit sie im Besitz einer Bewilligung im Sinne von Artikel 4–11 sind.

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

**Art. 4** Bewilligung

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde bewilligt den Versicherern im Sinne der Artikel 2 und 3 (Versicherer), welche die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllen und die Interessen der Versicherten gewährleisten, die Durchführung der sozialen Krankenversicherung.

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

**Art. 5** Bewilligungsvoraussetzungen

Die Versicherer müssen:

- a. die Rechtsform der Aktiengesellschaft, der Genossenschaft, des Vereins oder der Stiftung aufweisen;
- b. ihren Sitz in der Schweiz haben;
- c. über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten;
- d. über ein ausreichendes Startkapital verfügen und jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen und insbesondere über die erforderlichen Reserven zu verfügen;
- e. über eine zugelassene externe Revisionsstelle verfügen;
- f. die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten; sie

<sup>6</sup> SR 221.229.1

<sup>7</sup> SR 832.20

<sup>8</sup> SR 961.01

dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwenden;

- g. die soziale Krankenversicherung auch versicherungspflichtigen Personen anbieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen; auf Gesuch hin und in besonderen Fällen kann die Aufsichtsbehörde Versicherer von dieser Verpflichtung befreien;
- h. die freiwillige Taggeldversicherung nach dem KVG<sup>9</sup> durchführen;
- i. in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person und jede Person, die berechtigt ist, einen Taggeldversicherungsvertrag abzuschliessen, aufzunehmen;
- j. in der Lage sein, alle anderen Anforderungen dieses Gesetzes und des KVG zu erfüllen.

#### **Art. 6** Übertragung von Aufgaben

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

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

- a. die Oberleitung und die Kontrolle durch den Verwaltungsrat;
- b. sonstige zentrale Führungsaufgaben, einschliesslich des Erlasses von Verfügungen im Sinne von Artikel 49 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000<sup>10</sup> über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

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

#### **Art. 7** Bewilligungsgesuch

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

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

- a. die Statuten des Versicherers, die Gründungsurkunde und den Handelsregisterauszug (Eintragung);
- b. die Organisation des Versicherers und gegebenenfalls der Versicherungsgruppe, zu der der Versicherer gehört;
- c. die namentliche Bezeichnung und die Lebensläufe der Mitglieder der Verwaltungs- und Leitungsorgane;
- d. die namentliche Bezeichnung der externen Revisionsstelle und des leitenden Revisors oder der leitenden Revisorin;

<sup>9</sup> SR 832.10

<sup>10</sup> SR 830.1

- e. Angaben über Personen, die direkt oder indirekt mit mindestens 10 Prozent des Kapitals oder der Stimmen am Versicherer beteiligt sind oder dessen Geschäftstätigkeit auf andere Weise massgebend beeinflussen können;
- f. Angaben zur finanziellen Ausstattung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach dem KVG<sup>11</sup>;
- g. die Eröffnungsbilanz der Krankenkasse;
- h. die Planbilanzen und Planerfolgsrechnungen für die ersten drei Geschäftsjahre der Krankenkasse;
- i. falls vorhanden, den Rückversicherungsplan und die Rückversicherungsverträge;
- j. Angaben über die Erfassung, Begrenzung und Überwachung der Risiken;
- k. Angaben über den örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers;
- l. falls vorhanden, die Verträge oder sonstige Absprachen, durch die wesentliche Aufgaben des Versicherers an Dritte übertragen werden sollen;
- m. die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung;
- n. die Bestimmungen über die besonderen Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 62 KVG) und über die freiwillige Taggeldversicherung (Art. 67–77 KVG) sowie die allgemeinen Versicherungsbedingungen;
- o. falls die Krankenkasse Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten zu betreiben beabsichtigt, die Mitteilung, dass sie bei der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) ein entsprechendes Gesuch gestellt hat;
- p. falls der Versicherer die Krankenversicherung im Fürstentum Liechtenstein durchführen will, die Mitteilung, dass er dort ein entsprechendes Gesuch gestellt hat.

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

## **Art. 8** Änderungen des Geschäftsplans

<sup>1</sup> Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a, i und k–n betreffen, bedürfen einer Bewilligung der Aufsichtsbehörde.

<sup>2</sup> Änderungen, welche die Elemente des Geschäftsplans nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben b–f, j, o und p betreffen, sind der Aufsichtsbehörde vorgängig mitzuteilen. Sie gelten als bewilligt, sofern die Aufsichtsbehörde nicht innert acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet.

<sup>11</sup> SR 832.10

**Art. 9** Änderung der rechtlichen Struktur, Vermögensübertragung und Versichertenbestandübertragung

<sup>1</sup> Beabsichtigt ein Versicherer eine Änderung seiner rechtlichen Struktur oder eine Vermögensübertragung nach dem Fusionsgesetz vom 3. Oktober 2003<sup>12</sup>, so hat er dies der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

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

<sup>3</sup> Beabsichtigt ein Versicherer seinen Versichertenbestand gestützt auf eine vertragliche Vereinbarung ganz oder teilweise auf einen anderen Versicherer zu übertragen, so bedarf dies der Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde bewilligt die Übertragung, wenn die Interessen der Versicherten insgesamt gewahrt werden.

**Art. 10** Beteiligungen

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

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

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

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

**Art. 11** Vorbehalt anderer Erlasse

Die Bestimmungen des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995<sup>13</sup> betreffend die Beurteilung von Unternehmenszusammenschlüssen sowie des Fusionsgesetzes vom 3. Oktober 2003<sup>14</sup> bleiben vorbehalten.

<sup>12</sup> SR 221.301

<sup>13</sup> SR 251

<sup>14</sup> SR 221.301

### 3. Kapitel: Ausübung der Versicherungstätigkeit

#### 1. Abschnitt: Finanzierung

##### Art. 12 Finanzierungsverfahren

Die Versicherer müssen die soziale Krankenversicherung nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanzieren.

##### Art. 13 Versicherungstechnische Rückstellungen

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

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

##### Art. 14 Reserven

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

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt ein Modell zur Ermittlung der Mindesthöhe der Reserven beziehungsweise der Solvenz. Dieses basiert auf den durch den Versicherer im gesamten Tätigkeitsbereich eingegangenen versicherungstechnischen Risiken, Markt- und Kreditrisiken.

##### Art. 15 Gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung

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

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

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

##### Art. 16 Genehmigung der Prämientarife

<sup>1</sup> Die Prämientarife für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Einzeltaggeldversicherung bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichts-

behörde. Sie dürfen vor ihrer Genehmigung weder veröffentlicht noch angewendet werden.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde prüft, ob die vorgelegten Prämientarife die Solvenz des Versicherers und die Interessen der Versicherten nach dem KVG<sup>15</sup> gewährleisten.

<sup>3</sup> Die Prämien des Versicherers decken die kantonal unterschiedlichen Kosten. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person. Der Versicherer berücksichtigt insbesondere den Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton.

<sup>4</sup> Die Aufsichtsbehörde verweigert die Genehmigung des Prämientarifs, wenn dieser Prämien vorsieht, die:

- a. den gesetzlichen Vorgaben nicht entsprechen;
- b. die Kosten im Sinne von Absatz 3 nicht decken;
- c. unangemessen hoch über den Kosten im Sinne von Absatz 3 liegen;
- d. zu übermässigen Reserven führen.

<sup>5</sup> Bei Nichtgenehmigung des Prämientarifs verfügt die Aufsichtsbehörde die zu ergreifenden Massnahmen.

<sup>6</sup> Vor der Genehmigung des Prämientarifs können die Kantone zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen; das Genehmigungsverfahren darf dadurch nicht verzögert werden. Die Kantone können bei den Versicherern und der Aufsichtsbehörde die dazu benötigten Informationen einholen. Diese Informationen dürfen weder veröffentlicht noch weitergeleitet werden.

<sup>7</sup> Werden die Prämientarife für weniger als ein Jahr genehmigt, so verlangt die Aufsichtsbehörde, dass der Versicherer mit den Tarifen auch die Dauer der Genehmigung bekannt gibt.

## **Art. 17**            Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen

<sup>1</sup> Lagen die Prämieeinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr deutlich über den kumulierten Kosten in diesem Kanton, so kann der Versicherer im betreffenden Kanton im Folgejahr einen Prämienausgleich machen. Die Höhe des entsprechenden Ausgleichs ist durch den Versicherer im Genehmigungsantrag klar auszuweisen und zu begründen. Der Antrag ist bis Ende Juni des Folgejahres bei der Aufsichtsbehörde einzureichen.

<sup>2</sup> Der Prämienausgleich hat grundsätzlich das Gleichgewicht zwischen Prämien und Kosten wiederherzustellen.

<sup>3</sup> Für die Beurteilung der Angemessenheit des Prämienausgleichs stützt sich die Aufsichtsbehörde auf das Verhältnis zwischen den Kosten und den Prämien des Versicherers. Sie berücksichtigt den Risikoausgleich, die Veränderungen der Rückstellungen sowie die Grösse und die laufende Veränderung des Versichertenbestandes im entsprechenden Kanton. Zusätzlich berücksichtigt sie die gesamte wirtschaftliche Situation des Versicherers.

<sup>4</sup> Der Bundesrat erlässt die notwendigen Ausführungsbestimmungen zum Prämienausgleich. Er hört dazu die Versicherer an.

#### **Art. 18** Modalitäten der Rückerstattung

Die Rückerstattung erfolgt in der Form einer Rückvergütung des Versicherers an diejenigen Personen, welche am 31. Dezember des Jahres, dessen Prämien rückerstattet werden, versichert waren. Die Rückvergütung muss im Kalenderjahr erfolgen, in dem der Antrag gestellt wurde.

#### **Art. 19** Verwaltungskosten

<sup>1</sup> Die Versicherer müssen die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränken. Zu den Verwaltungskosten zählen unter anderem die Kosten für Vermittlertätigkeiten und Werbung.

<sup>2</sup> Der Versicherer weist in seiner Jahresrechnung den Aufwand für Werbung und Vermittlerprovisionen gesondert aus.

<sup>3</sup> Die Versicherer können eine Vereinbarung abschliessen, in welcher die Telefonwerbung, den Verzicht auf Leistungen der Call Centers und die Einschränkung der Entschädigung der Vermittlertätigkeit geregelt wird.

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

#### **Art. 20** Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit

<sup>1</sup> Personen, die dem Verwaltungs- oder Leitungsorgan eines Versicherers oder der gemeinsamen Einrichtung angehören, müssen einen guten Ruf geniessen und Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit bieten.

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

<sup>3</sup> Der oder die Vorsitzende des Verwaltungsorgans darf nicht zugleich dem Leitungsorgan vorsitzen.

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



**Art. 21** Offenlegung des Entschädigungssystems und der Entschädigung der leitenden Organe

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

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

- a. für das Verwaltungsorgan: den Gesamtbetrag der Entschädigungen und den höchsten auf ein Mitglied entfallenden Betrag ohne Nennung des Namens des betreffenden Mitglieds;
- b. für das Leitungsorgan: den Gesamtbetrag der Entschädigungen und den höchsten auf ein Mitglied entfallenden Betrag ohne Nennung des Namens des betreffenden Mitglieds.

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

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

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

**Art. 22** Risikomanagement

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

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

**Art. 23** Interne Kontrolle

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

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

**Art. 24** Berichterstattung

<sup>1</sup> Die Versicherer erstellen jährlich auf den 31. Dezember einen Geschäftsbericht, der aus der Jahresrechnung, dem Jahresbericht und, wenn das Obligationenrecht (OR)<sup>16</sup> dies vorschreibt, der Konzernrechnung besteht.

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

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

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

#### **Art. 25** Externe Revisionsstelle

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

- a. die Jahresrechnung und gegebenenfalls die Konzernrechnung ordentlich prüft (Art. 727 ff. OR<sup>17</sup>);
- b. die Ordnungsmässigkeit der Geschäftsführung prüft.

<sup>2</sup> Als Revisionsstelle tätig sein dürfen Revisionsunternehmen, die als Revisionsexpertinnen und Revisionsexperten nach dem Revisionsaufsichtsgesetz vom 16. Dezember 2005<sup>18</sup> zugelassen sind.

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

#### **Art. 26** Aufgaben der externen Revisionsstelle

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

- a. ob die Jahresrechnung hinsichtlich Form und Inhalt den gesetzlichen Vorschriften, den Statuten und den Reglementen entspricht;
- b. ob, nach Massgabe der Weisungen der Aufsichtsbehörde, die Bestimmungen dieses Gesetzes, des KVG<sup>19</sup> und von deren Vollzugsverordnungen eingehalten sind.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde kann der externen Revisionsstelle zusätzliche Aufträge erteilen und besondere Prüfungen anordnen. Liegt ein Hinweis auf Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidrige Handlungen vor, so trägt der geprüfte Versicherer die Kosten.

<sup>3</sup> Die externe Revisionsstelle hält ihre Prüfungsergebnisse und Feststellungen in einem Bericht nach Artikel 728b OR<sup>20</sup> fest. Sie stellt diesen Bericht der Aufsichtsbehörde jeweils bis zum 30. April des Folgejahres zu.

<sup>17</sup> SR 220

<sup>18</sup> SR 221.302

<sup>19</sup> SR 832.10

<sup>20</sup> SR 220

**Art. 27** Meldepflicht der externen Revisionsstelle

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

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

**4. Kapitel: Rückversicherung****Art. 28** Bewilligung

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

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

**Art. 29** Bewilligungsvoraussetzungen

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

- a. Versicherer nach Artikel 2 mit einem vom Bundesrat festgesetzten Mindestbestand an Versicherten;
- b. private Versicherer, die nach dem VAG<sup>21</sup> zur Rückversicherung zugelassen sind (private Rückversicherer).

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

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

<sup>21</sup> SR 961.01

**Art. 30** Bewilligungsgesuch

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

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

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

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

- a. die Organisation des privaten Rückversicherers und gegebenenfalls der Versicherungsgruppe, der er angehört;
- b. die namentliche Bezeichnung und die Lebensläufe der Mitglieder der Verwaltungs- und Leitungsorgane;
- c. Angaben über Personen, die direkt oder indirekt mit mindestens 10 Prozent des Kapitals oder der Stimmen am Rückversicherer beteiligt sind oder dessen Geschäftstätigkeit auf andere Weise massgebend beeinflussen können;
- d. Angaben zur finanziellen Ausstattung des Rückversicherers und eine Bestätigung der FINMA, wonach der Rückversicherer die finanziellen Anforderungen nach dem VAG<sup>22</sup> erfüllt, um die Rückversicherung im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu betreiben;
- e. die namentliche Bezeichnung der externen Revisionsstelle und des leitenden Revisors oder der leitenden Revisorin.

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

**Art. 31** Änderungen des Geschäftsplans

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

**Art. 32** Mindestanteil der Versicherer an den Versicherungsrisiken

Der Bundesrat legt den Mindestanteil der Versicherungsrisiken fest, den die Versicherer selbst übernehmen müssen.

**Art. 33** Rückversicherungsverträge

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

<sup>22</sup> SR 961.01

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

## 5. Kapitel: Aufsicht

### 1. Abschnitt: Allgemeines

#### Art. 34 Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde

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

- a. Sie wacht darüber, dass die Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG<sup>23</sup> eingehalten werden.
- b. Sie prüft, ob Gewähr für eine einwandfreie Geschäftstätigkeit geboten wird.
- c. Sie wacht über die Einhaltung des Geschäftsplans.
- d. Sie wacht darüber, dass die Versicherer solvent sind, die Reserven und Rückstellungen vorschriftsgemäss bilden, die Vermögenswerte ordnungsgemäss verwalten und anlegen sowie die gesamten Kapitalerträge der sozialen Krankenversicherung zukommen lassen.
- e. Sie schützt die Versicherten vor Missbräuchen.

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

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

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

<sup>5</sup> Die Durchführung der Versicherungen nach Artikel 2 Absatz 2 wird von der FINMA nach dem VAG<sup>24</sup> beaufsichtigt. Die Aufsichtsbehörde und die FINMA koordinieren ihre Aufsichtstätigkeiten. Sie informieren sich gegenseitig, sobald sie von Vorkommnissen Kenntnis haben, die für die andere Aufsichtsbehörde von Bedeutung sind.

<sup>23</sup> SR 832.10

<sup>24</sup> SR 961.01

**Art. 35** Auskunfts- und Meldepflicht

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

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

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

**Art. 36** Informationsaustausch und Amtshilfe

<sup>1</sup> In Abweichung von Artikel 33 ATSG<sup>25</sup> ist die Aufsichtsbehörde befugt, im Bereich der sozialen Krankenversicherung anderen schweizerischen Aufsichtsbehörden und den Kantonen nicht öffentlich zugängliche Auskünfte und Unterlagen zu übermitteln, die diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

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

**Art. 37** Veröffentlichung der Entscheide

Die Aufsichtsbehörde kann die Öffentlichkeit in Abweichung von Artikel 33 ATSG<sup>26</sup> über ihre Massnahmen und über strafrechtliche Sanktionen informieren.

**2. Abschnitt: Aufsichtsmassnahmen****Art. 38** Sichernde Massnahmen

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde trifft die sichernden Massnahmen, die ihr zur Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich erscheinen, wenn ein Versicherer die Bestimmungen dieses Gesetzes und des KVG<sup>27</sup>, nicht einhält, Anordnungen der Aufsichtsbehörde nicht nachkommt oder die Interessen der Versicherten anderweitig gefährdet erscheinen.

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde kann insbesondere:

- a. die freie Verfügung über Vermögenswerte des Versicherers untersagen;

<sup>25</sup> SR 830.1

<sup>26</sup> SR 830.1

<sup>27</sup> SR 832.10

- b. die Hinterlegung oder die Sperre der Vermögenswerte des Versicherers anordnen;
- c. den Organen eines Versicherers zustehende Befugnisse ganz oder teilweise auf eine Drittperson übertragen;
- d. den Versichertenbestand einem anderen Versicherer nach Artikel 40 übertragen;
- e. die Verwertung des gebundenen Vermögens der sozialen Krankenversicherung anordnen;
- f. die Abberufung der mit der Oberleitung, Aufsicht, Kontrolle oder Geschäftsführung betrauten Personen anordnen;
- g. Prämien erhöhungen anordnen;
- h. die Umsetzung eines Finanzierungs- oder Sanierungsplans anordnen;
- i. eine Person ernennen und ihr besondere Aufträge und Befugnisse nach Artikel 39 erteilen;
- j. Vermögenswerte des Versicherers dem gebundenen Vermögen der sozialen Krankenversicherung bis zur Höhe des Sollbetrages nach Artikel 15 Absatz 2 zuordnen;
- k. bei Insolvenzgefahr eines Versicherers die Nachlassstundung nach den Artikeln 293–304 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889<sup>28</sup> über Schuldbetreibung und Konkurs anordnen;
- l. vom Versicherer den Abschluss eines Rückversicherungsvertrages verlangen.

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

**Art. 39** Von der Aufsichtsbehörde beauftragte Person

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde kann eine unabhängige und fachkundige Person damit beauftragen, bei einem beaufsichtigten Unternehmen Aufsichtsmassnahmen nach Artikel 38 umzusetzen.

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

<sup>3</sup> Für die Informationsbefugnisse der beauftragten Person und für die Auskunftspflicht des beaufsichtigten Unternehmens ihr gegenüber ist Artikel 35 sinngemäss anwendbar.

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

#### **Art. 40** Verfahren bei der Übertragung des Versichertenbestandes

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

<sup>2</sup> Die Aufsichtsbehörde kann den Versichertenbestand eines Versicherers mit dem gebundenen Vermögen der sozialen Krankenversicherung, den Reserven und den Rechten und Pflichten, die damit zusammenhängen, ganz oder teilweise auf einen anderen Versicherer übertragen, sofern dieser seine Zustimmung erteilt. Sie verfügt die Bedingungen der Übertragung.

#### **Art. 41** Konkursöffnung

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

<sup>2</sup> Sie kann die Eröffnung des Konkurses über eine Krankenkasse beim Konkursgericht beantragen.

#### **Art. 42** Darlehen zur Überbrückung von Liquiditätsgaps

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

<sup>2</sup> Zur Sicherstellung der Rückzahlung der Tresoreriedarlehen nach spätestens fünf Jahren kann der Bundesrat einen Prämienzuschlag zugunsten des Insolvenzfonds von höchstens 1 Prozent des Prämienvolumens der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festlegen.

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

#### **Art. 43**

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

<sup>2</sup> Ein allfälliger Vermögenüberschuss fällt in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung, wenn die Bewilligung vollständig entzogen wird und das Vermögen



und der Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf eine anderen Versicherer übertragen werden.

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

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

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

## **6. Kapitel: Besondere Bestimmungen zur Aufsicht über die Versicherer**

### **Art. 44**

<sup>1</sup> Die Aufsichtsbehörde kann die Transaktionen zwischen einem Versicherer in der sozialen Krankenversicherung und anderen Unternehmen überprüfen.

<sup>2</sup> Sie kann diese Prüfung an die externe Revisionsstelle delegieren.

<sup>3</sup> Sie kann Vorschriften zum Risikomanagement und zum internen Kontrollsystem erlassen, sofern die Versicherer davon betroffen sind.

<sup>4</sup> Die Artikel 20 (einwandfreie Geschäftstätigkeit) und 38 Absatz 2 Buchstabe f (Abberufung von Personen) gelten sinngemäss für die Holdinggesellschaft.

<sup>5</sup> In Bezug auf die Absätze 1 und 3 gilt die Auskunftspflicht nach Artikel 35 sinngemäss für die führende Holdinggesellschaft.

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

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

#### **Art. 45**            Externe Revisionsstelle

Die gemeinsame Einrichtung bezeichnet eine externe Revisionsstelle. Die Artikel 25–27 sind sinngemäss anwendbar.

#### **Art. 46**            Berichterstattung

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

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

## 2. Abschnitt: Insolvenzfonds

### Art. 47 Führung eines Insolvenzfonds

Die gemeinsame Einrichtung führt einen Insolvenzfonds, dessen Zweck die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von insolventen Versicherern nach Artikel 18 Absatz 2 KVG<sup>29</sup> ist.

### Art. 48 Finanzierung des Insolvenzfonds

Der Insolvenzfonds wird finanziert durch:

- a. Beiträge der Versicherer;
- b. Vermögenüberschüsse von aufgelösten Versicherern deren Vermögen und Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen worden sind;
- c. Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren und von den Pharmaunternehmen an die gemeinsame Einrichtung zurückerstattet werden;
- d. mittels Rückgriff durchgesetzte Ansprüche (Art. 52 Abs. 4).

### Art. 49 Höhe des Insolvenzfonds

Die gemeinsame Einrichtung setzt die Höhe des Insolvenzfonds fest.

### Art. 50 Insolvenz

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

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

<sup>29</sup> SR 832.10

**Art. 51** Art und Umfang der Leistungsübernahme

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

- a. die Kosten für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- b. die Leistungen der freiwilligen Taggeldversicherung;
- c. die Abgaben in den Risikoausgleich nach Ziffer 2 Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007<sup>30</sup> des KVG<sup>31</sup> (Risikoausgleich);
- d. die mit der Gewährung der Leistungen nach den Buchstaben a–c verbundenen Verwaltungskosten.

<sup>2</sup> Die gemeinsame Einrichtung legt im Einzelfall die zweckmässige Art der Leistungsbearbeitung fest.

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

**3. Abschnitt: Rückgriff****Art. 52**

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

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

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

<sup>4</sup> Das Ergebnis dient nach Abzug der Inkassokosten zur Deckung des vom Insolvenzfonds nach Artikel 51 übernommenen Betrags. Der Überschuss fällt in die Konkursmasse.

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

<sup>30</sup> AS 2009 4755

<sup>31</sup> SR 832.10

## 8. Kapitel: Strafbestimmungen

### Art. 53 Vergehen

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

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

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

### Art. 54 Übertretungen

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

- a. gegen eine Pflicht nach Artikel 8, 9, 10 oder 35 verstösst;
- b. in Verletzung der Auskunftspflicht oder der Mitteilungspflicht nach diesem Gesetz unwahre Auskunft erteilt oder die Auskunft verweigert;
- c. die nach Artikel 13 vorgesehenen Rückstellungen nicht bildet;
- d. als Durchführungsorgan im Sinne dieses Gesetzes seine Pflichten, namentlich die Schweigepflicht, verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil anderer missbraucht;
- e. sich einer von der Aufsichtsbehörde angeordneten Kontrolle widersetzt oder diese auf eine andere Weise verunmöglicht;
- f. sich der Pflicht zur Amts- und Verwaltungshilfe nach Artikel 32 ATSG<sup>32</sup> und nach Artikel 82 KVG<sup>33</sup> entzieht;
- g. gegen das Verbot nach Artikel 62 Absatz 2<sup>bis</sup> oder Artikel 64 Absatz 8 KVG verstösst.

<sup>2</sup> Wer in den Fällen nach Absatz 1 fahrlässig handelt, wird mit Busse bis zu 150 000 Franken bestraft.

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

- a. einer rechtskräftigen Verfügung der Aufsichtsbehörde oder einem Entscheid der Rechtsmittelinstanzen nicht Folge leistet oder zuwiderhandelt;
- b. die Durchsetzung der Versicherungspflicht nach den Artikeln 4, 4a, 5 und 7 KVG erschwert;
- c. Vorschriften über das Finanzierungsverfahren und die Rechnungslegung verletzt;

<sup>32</sup> SR 830.1

<sup>33</sup> SR 832.10

- d. Vorschriften über die Leistungsvergütung nach Artikel 34 Absatz 1 KVG verletzt;
- e. Vorschriften über die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG verletzt;
- f. Vorschriften über die Prämien der Versicherten nach den Artikeln 61–63 KVG verletzt;
- g. den Geschäftsbericht nicht innerhalb der gesetzlichen Frist einreicht.

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

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

#### **Art. 55** Widerhandlung in Geschäftsbetrieben

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

- a. die Ermittlung der Personen, die nach Artikel 6 des Bundesgesetzes vom 22. März 1974<sup>34</sup> über das Verwaltungsstrafrecht strafbar sind, Untersuchungsmassnahmen bedingt, die im Hinblick auf die verwirkte Strafe unverhältnismässig wären; und
- b. eine Busse von höchstens 20 000 Franken in Betracht fällt.

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

#### **Art. 56**

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

### **10. Kapitel: Schlussbestimmungen**

#### **Art. 57** Vollzug

Der Bundesrat vollzieht dieses Gesetz. Er erlässt die Ausführungsbestimmungen.

#### **Art. 58** Änderung anderer Erlasse

Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.

<sup>34</sup> SR 313.0

**Art. 59** Übergangsbestimmungen

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

- a. über einen Geschäftsplan nach Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a–f und i–p verfügen und diesen der Aufsichtsbehörde einreichen;
- b. die Ansprüche aus Versicherungsverhältnissen und Rückversicherungsverträgen durch ein gebundenes Vermögen der sozialen Krankenversicherung nach Artikel 15 sicherstellen;
- c. über ein Risikomanagement nach Artikel 22 verfügen;
- d. über eine interne Revisionsstelle nach Artikel 23 verfügen.

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

- a. die Anforderungen im Zusammenhang mit der Übertragung von Aufgaben nach Artikel 6 erfüllen;
- b. Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit nach Artikel 20 bieten.

**Art. 60** Koordination mit der Änderung vom 21. März 2014 des KVG

*Unabhängig davon, ob zuerst die Änderung vom 21. März 2014<sup>35</sup> des KVG<sup>36</sup> oder das vorliegende Gesetz in Kraft tritt, lautet mit Inkrafttreten des später in Kraft tretenden Gesetzes sowie bei gleichzeitigem Inkrafttreten die nachfolgende Bestimmung wie folgt:*

*Art. 51 Abs. 1 Bst. c*

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

- c. die Risikoabgaben nach Artikel 16 Absatz 1 KVG<sup>37</sup>;

**Art. 61** Referendum und Inkrafttreten

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

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

Datum des Inkrafttretens: 1. Januar 2016<sup>38</sup>

<sup>35</sup> AS 2014 3345

<sup>36</sup> SR 832.10

<sup>37</sup> SR 832.10

<sup>38</sup> BRB vom 18. November 2015

*Anhang*  
(Art. 58)

## **Änderung anderer Erlasse**

Die nachstehenden Bundesgesetze werden wie folgt geändert:

...<sup>39</sup>

<sup>39</sup> Die Änderungen können unter AS **2015** 5137 konsultiert werden.

