



Urteil vom 24. Oktober 2017

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richter Vito Valenti,
Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiberin Sandra Tibis.

Parteien

Krankenkasse Turbenthal, Tösstalstrasse 147,
8488 Turbenthal,
Beschwerdeführerin,

gegen

Eidgenössisches Departement des Innern EDI,
Inselgasse 1, 3003 Bern,
Vorinstanz.

Gegenstand

Krankenversicherung, Entzug der Bewilligung zur
Durchführung der sozialen Krankenversicherung,
Verfügung vom 22. Mai 2015.

Sachverhalt:**A.**

Die Krankenkasse Turbenthal ist ein Verein im Sinne von Art. 60 ff. ZGB mit Sitz in 8488 Turbenthal. Der Verein ist mit der Handelsregisternummer CHE-110.552.796 im Handelsregister eingetragen. Die aktuellen, im Handelsregister eingetragenen Statuten datieren vom 1. Juli 2012. Präsident des Vorstands und Geschäftsführer ist Daniel Rüegg; Rosmarie Schenk und Ulrich Oberholzer sind die beiden übrigen Mitglieder des Vorstands. Gemäss Handelsregistereintrag bietet und vermittelt der Verein Versicherungsschutz nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Er kann dazu mit anderen Trägern und Versicherungsorganisationen zusammenarbeiten, sich an solchen beteiligen, sie unterstützen oder selber gründen. Die Krankenkasse Turbenthal ist vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter der Nummer 1147 als Krankenkasse anerkannt.

B.

Mit Schreiben vom 13. November 2014 (EDI-act. 8) ermahnte das BAG die Krankenkasse Turbenthal mit Frist bis zum 31. Januar 2015 ein internes Kontrollsystem (IKS) einzurichten, dem BAG die Daten für die Statistikerhebung zu übermitteln (vgl. auch Mahnung vom 3. Oktober 2014, EDI-act. 12), den Datenaustausch mit den Kantonen für die Prämienverbilligungen nach dem einheitlichen Standard zu gewährleisten, allen Versicherten der Krankenkasse Turbenthal eine Versichertenkarte zur Leistungsabrechnung nach KVG (unter Einhaltung der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern [EDI] über die technischen und grafischen Anforderungen an die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenversicherung) abzugeben und für die Leistungserbringer ein Online-Verfahren einzurichten. Für den Nichtbefolgungsfall drohte das BAG der Krankenkasse Turbenthal eine Busse in der Höhe von bis zu Fr. 5'000.- an. Überdies wies das BAG die Krankenkasse Turbenthal darauf hin, dass sich das BAG vorbehalte, dem EDI eine Meldung über die nicht gesetzmässigen Zustände zu machen und den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zu beantragen.

C.

C.a Am 17. November 2014 erliess das BAG im abgekürzten Verfahren nach Art. 62 und Art. 65 des Bundesgesetzes vom 22. März 1974 über das Verwaltungsstrafrecht (VStrR, SR 313.0) einen Strafbescheid wegen Wi-

derhandlung gegen die Weisung des BAG vom 17. Februar 2014 betreffend zertifizierte Datenannahmestelle. Das BAG auferlegte der Krankenkasse Turbenthal eine Busse in der Höhe von Fr. 2'000.- und setzte eine Frist von 10 Tagen ab Eröffnung zur Anerkennung des Strafbefehls (EDI-act. 6).

C.b Mit Schreiben vom 26. November 2014 (EDI-act. 4) teilte die Krankenkasse Turbenthal dem BAG mit, dass sie den Strafbescheid nicht anerkenne. Zur Begründung führte sie aus, das BAG sei nicht gewillt, die Verordnungen so auszulegen, dass auch Kleinkassen selbständig bleiben könnten. Gemäss ihrer bisherigen Argumentation sei sie jedoch überzeugt, nicht im Unrecht zu sein.

D.

Mit Schreiben vom 30. Januar 2015 (EDI-act. 1) reagierte die Krankenkasse Turbenthal auf die Weisung des EDI vom 13. November 2014 und führte Folgendes aus: Sie verfüge über ein für sie adäquates IKS. Sie verwies dabei auf ihr Schreiben vom 14. November 2014 (EDI-act. 7), worin sie diesbezüglich ausgeführt hatte, dass bereits die Revisionsstelle, das BAG, der Vereinsvorstand und auch die Versicherten eine Kontrollfunktion ausübten. Die Revisionsstelle sei gezwungen, in ihrem Bericht die Bemerkung über das IKS zu machen, da sie ansonsten den Anforderungen des BAG für die ordentliche Revision nicht entspreche. In Bezug auf die vollständige Übermittlung der Daten für die Statistikerhebung wandte die Krankenkasse Turbenthal ein, dass dies die elektronische Datenverarbeitung bedinge, die für sie jedoch zu teuer sei und die Verwaltungskosten gesetzwidrig in die Höhe treiben würde (vgl. Schreiben vom 6. Oktober 2014, EDI-act. 11). Auch das Ausstellen einer elektronischen Versichertenkarte sei mit der Digitalisierung verbunden, was – wie bereits erwähnt – zu kostenintensiv und deshalb nicht angemessen sei. Überdies funktioniere die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern ohne elektronische Versichertenkarte problemlos.

E.

E.a Das BAG beantragte mit Schreiben vom 11. Februar 2015 beim EDI gestützt auf Art. 21 Abs. 5 lit. c des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) die Aberkennung des Vereins Krankenkasse Turbenthal als Krankenkasse im Sinn von Art. 12 KVG, da dieser nicht in der Lage und/oder nicht gewillt sei, die gesetzlichen Anforderungen, die an Krankenversicherer gestellt werden, zu erfüllen.

E.b Mit Schreiben vom 20. Februar 2015 informierte das EDI die Krankenkasse Turbenthal detailliert über den vom BAG gestellten Antrag auf Entzug der Bewilligung. Die Krankenkasse Turbenthal erhielt die Gelegenheit, sich zur Sache zu äussern.

E.c Mit Schreiben vom 14. März 2015 nahm die Krankenkasse Turbenthal zum geplanten Vorgehen Stellung. Sie führte im Wesentlichen aus, seit Jahren biete sie eine einfache, kostengünstige und solidarische Krankenversicherung an. Die geforderten Massnahmen seien für eine Kleinkasse unverhältnismässig und würden die Existenz der Kasse bedrohen.

F.

Mit Verfügung vom 22. Mai 2015 ordnete das EDI (nachfolgend: Vorinstanz) Folgendes an:

„1. Dem Verein Krankenkasse Turbenthal wird die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung gestützt auf Art. 13 Abs. 3 KVG entzogen.

2. Der Verein Krankenkasse Turbenthal wird als Krankenkasse im Sinn von Art. 12 KVG per 1. Januar 2016 aberkannt.

3. Der Verein Krankenkasse Turbenthal wird verpflichtet, den Versicherten die Auflösung des Versicherungsverhältnisses gestützt auf Art. 7 Abs. 4 KVG ab Rechtskraft der Verfügung gemäss Ziff. 3.5 der Erwägungen mitzuteilen.

4. Der Verein Krankenkasse Turbenthal wird verpflichtet, der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA Zürich) unmittelbar nach Eintritt der Rechtskraft der Verfügung den gesamten Versichertenbestand mitzuteilen.

5. Die Gebühren dieser Verfügung werden auf total CHF 1'090.- bestimmt und dem Verein Krankenkasse Turbenthal zur Bezahlung auferlegt.

6. Eingeschrieben zu eröffnen an: [...]

7. Mitzuteilen an (A-Post): [...]"

G.

Gegen die Verfügung vom 22. Mai 2015 erhob die Krankenkasse Turbenthal (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit Eingabe vom 23. Juni 2015 (BVGer-act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Die Beschwerdeführerin stellte folgende Anträge:

- „1. Dem Verein Krankenkasse Turbenthal ist die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung gestützt auf Art. 12 und Art. 13 Abs. 2a, c-f zu belassen.
2. Der Verein Krankenkasse Turbenthal wird als Krankenkasse im Sinn von Art. 12 KVG und Art. 12 Abs. 1a KVV weiterhin anerkannt.
3. Der Verein Krankenkasse Turbenthal ist nicht verpflichtet, den Versicherten die Auflösung des Versicherungsverhältnis mitzuteilen.
4. Der Verein Krankenkasse Turbenthal ist nicht verpflichtet, der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA Zürich) den gesamten Versichertenbestand mitzuteilen.
5. Die Gebühren dieser Verfügung dürfen dem Verein Krankenkasse Turbenthal nicht zur Bezahlung auferlegt werden Art. 13 Abs. 2a KVG.
6. Falls das Bundesverwaltungsgericht gegen die Krankenkasse Turbenthal entscheidet, muss die Krankenkasse Turbenthal einen Übernahmevertrag mit einem Krankenversicherer nach KVG abschliessen können Art. 13 Abs. 4 KVG.
7. Falls das Bundesverwaltungsgericht gegen die Krankenkasse Turbenthal entscheidet, muss die Krankenkasse Turbenthal einen Sozialplan für den Geschäftsführer ausarbeiten können.
8. Falls das Bundesverwaltungsgericht gegen die Krankenkasse Turbenthal entscheidet, müssen die Auflösungskosten des Vereins berücksichtigt werden.“

Zur Begründung führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus, die Bevölkerung möchte die Krankenkasse wählen können und wolle eine bezahlbare Prämie. Eine Kleinkasse entspreche diesen Anforderungen sehr gut. Die Krankenkasse Turbenthal habe in den vergangenen Jahren gezeigt, dass die soziale Krankenversicherung ohne wählbare Franchise und ohne wählbare Modelle kostengünstig angeboten werden könne. Es sei weder gerechtfertigt noch verhältnismässig, dass eine Kleinkasse denselben Anforderungen genügen müsse wie eine Grosskasse. Insbesondere die Digitalisierung treibe die Verwaltungskosten unnötig in die Höhe, was bereits für viele Kleinkassen die Aufgabe der Geschäftstätigkeit zur Folge gehabt habe.

H.

Am 20. Juli 2015 ist der mit Zwischenverfügung vom 3. Juli 2015 (BVGer-act. 2) einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.- bei der Gerichtskasse eingegangen (vgl. BVGer-act. 5).

I.

Mit Vernehmlassung vom 16. Oktober 2015 (BVGer-act. 10) beantragte die Vorinstanz auf die Beschwerde (Anträge Ziffern 1 bis 8) sei nicht einzutreten, eventualiter seien die Anträge der Ziffern 1 bis 5 vollumfänglich abzuweisen und auf die Anträge der Ziffern 6 bis 8 sei nicht einzutreten, subeventualiter seien alle Anträge der Ziffern 1 bis 8 vollumfänglich abzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. In formeller Hinsicht machte die Vorinstanz geltend, die Beschwerdeführerin begründe ihre Anträge ungenügend und setze sich nicht mit den Fakten und der rechtlichen Argumentation der angefochtenen Verfügung auseinander. Daher sei auf die Beschwerde nicht einzutreten. In materieller Hinsicht führte die Vorinstanz im Wesentlichen aus, die Beschwerdeführerin sei seit langer Zeit nicht mehr in der Lage und auch nicht gewillt, die gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten und gesetzliche Änderungen nachzuvollziehen. Zahlreiche Interventionen der Aufsichtsbehörde seien bis zum heutigen Zeitpunkt bereits ergebnislos verlaufen. Eine gesetzeskonforme Durchführung der sozialen Krankenversicherung sei durch die Beschwerdeführerin folglich nicht mehr zu erwarten, weshalb ihr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zu Recht entzogen worden sei.

J.

Mit Replik vom 30. November 2015 (BVGer-act. 16) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie führte aus, viele Verordnungs- oder Gesetzesbestimmungen stellten keine Bedürfnisse dar, sondern hätten lediglich eine Verkomplizierung und Verteuerung des Systems zur Folge. Die Beschwerdeführerin habe sich immer für eine soziale Krankenversicherung mit bezahlbarer Prämie eingesetzt, wie aus der aktuellen Grundversicherungs-Prämie der Beschwerdeführerin ersichtlich sei. Dies entspreche dem Ziel des Gesetzes. Das BAG sei nicht zu Kompromissen mit Kleinkassen bereit und beharre auf den für diese überdimensionierten Vorgaben.

K.

Mit Duplik vom 18. Januar 2016 (BVGer-act. 18) hielt die Vorinstanz an ihren bisherigen Anträgen fest.

L.

Mit den Bemerkungen zur Duplik vom 24. Februar 2016 (BVGer-act. 20) hielt die Beschwerdeführerin an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest.

M.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel ist – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:**1.**

1.1 Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, sofern keine Ausnahme in Bezug auf das Sachgebiet nach Art. 32 VGG vorliegt, was vorliegend nicht der Fall ist. Das EDI gehört zu den Behörden nach Art. 33 lit. d VGG und ist daher eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts.

1.2 Anfechtungsobjekt im vorliegenden Verfahren ist die Verfügung der Vorinstanz vom 22. Mai 2015, mit welcher der Beschwerdeführerin namentlich die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen worden und die Beschwerdeführerin als Krankenkasse im Sinn von Art. 12 KVG aberkannt worden ist.

Der Beschwerdeführer kann durch das Bundesverwaltungsgericht nur Rechtsverhältnisse überprüfen beziehungsweise beurteilen lassen, zu denen die zuständige Behörde vorgängig und verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Gegenstand des Beschwerdeverfahrens kann deshalb nur sein, was Gegenstand des vorinstanzlichen Verfahrens war oder bei richtiger Rechtsanwendung hätte sein sollen. Fragen, über welche die verfügende Behörde nicht entschieden hat, dürfen somit grundsätzlich im Beschwerdeverfahren nicht beurteilt werden (vgl. ANDRÉ MOSER/MICHAEL BEUSCH/LORENZ KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, Basel 2013, S. 29 f. Rz. 2.7 f. und BGE 125 V 413 E. 2a). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, das heisst ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat (vgl. BGE 122 V 34 E. 2a mit Hinweis).

Die Voraussetzungen für eine Ausdehnung über den Anfechtungsgegenstand sind hier indes nicht gegeben. Demnach ist nachfolgend lediglich über den Bewilligungsentzug zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung, die Aberkennung als Krankenkasse sowie die „Nebenfolgen“ (Mitteilung an die Versicherten und Meldung der Versicherten an die SVA Zürich) und die Kostenfolge zu entscheiden. Soweit die Beschwerdeführerin beantragt, sie müsse einen Übernahmevertrag abschliessen können (Rechtsbegehren 6), sie müsse einen Sozialplan für den Geschäftsführer ausarbeiten können (Rechtsbegehren 7) und es seien die Auflösungskosten des Vereins zu berücksichtigen (Rechtsbegehren 8), gehen die Anträge über das in der Verfügung geregelte Rechtsverhältnis hinaus, weshalb jene nicht Streitgegenstand sein können und im vorliegenden Beschwerdeverfahren darauf nicht einzutreten ist.

1.3 Zur Beschwerde berechtigt ist nach Art. 48 Abs. 1 VwVG, wer vor der Vorinstanz am Verfahren teilgenommen hat oder keine Möglichkeit zur Teilnahme erhalten hat (lit. a); durch die angefochtene Verfügung besonders berührt ist (lit. b); und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat (lit. c). Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist als Verfügungsadressatin ohne Zweifel besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Änderung der Verfügung. Die Beschwerdeführerin ist daher zur Beschwerde legitimiert.

1.4 Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung der angefochtenen Verfügung und die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat. Genügt die Beschwerde diesen Anforderungen nicht, oder lassen die Begehren des Beschwerdeführers oder deren Begründung die nötige Klarheit vermissen und stellt sich die Beschwerde nicht als offensichtlich unzulässig heraus, so räumt die Beschwerdeinstanz dem Beschwerdeführer eine kurze Nachfrist zur Verbesserung ein (Art. 52 Abs. 1 und 2 VwVG).

Die Vorinstanz machte im Hauptantrag geltend, auf die Beschwerde sei zufolge Fehlens von korrekten Anträgen und einer Begründung der Beschwerde sowie mangels Auseinandersetzung mit der Argumentation in der angefochtenen Verfügung nicht einzutreten.

Vorliegend enthält die Beschwerde sowohl Anträge als auch eine Begründung. Die Anträge (Ziffern 1 bis 5) beziehen sich inhaltlich auf die Ziffern 1 bis 5 der Verfügung. Die Anträge 6 bis 8 haben – wie bereits erwähnt – in der Verfügung kein entsprechendes Pendant. Der Begründung ist ferner zu entnehmen, betreffend welcher Punkte und aus welchem Grund die Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung nicht einverstanden ist. Wie die Vorinstanz zu Recht geltend macht, setzt sich die Beschwerdeführerin aber nicht mit den Argumenten der Vorinstanz auseinander. Vor diesem Hintergrund könnte man sich fragen, ob die Beschwerde betreffend die Begründung an einem zu behebbenden Mangel im Sinn von Art. 52 Abs. 1 VwVG leidet. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Anforderungen an die Formulierung eines Rechtsbegehrens im Allgemeinen nicht sehr hoch sind. Aus der Beschwerde muss insgesamt zumindest klar und deutlich hervorgehen, was der Beschwerdeführer verlangt und in welchen Punkten er die angefochtene Verfügung beanstandet. Insbesondere an Laieneingaben dürfen in sprachlicher und formeller Hinsicht keine allzu strengen Anforderungen gestellt werden. Ein sinngemässer Antrag, welcher sich aus dem Zusammenhang unter Zuhilfenahme der Begründung ergibt, genügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_261/2011 vom 7. Dezember 2011 E. 2.3 und FRANK SEETHALER/FABIA BOCHSLER, in: Praxiskommentar VwVG, 2. Auflage 2016, Nr. 45 ff. zu Art. 52 VwVG). Deshalb ist nicht davon auszugehen, dass die vorliegende Beschwerde mangelhaft ist, denn es liegen – wie erwähnt – durchaus Anträge und eine Begründung vor. Wäre ausserdem von einem Mangel im erwähnten Sinn auszugehen, so wäre an sich grundsätzlich eine Nachfrist gemäss Art. 52 Abs. 2 VwVG anzusetzen gewesen. Ein Nichteintretensentscheid wäre erst bei unbenutztem Fristablauf der Nachfrist zu fällen (Art. 52 Abs. 3 VwVG).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerde den inhaltlichen und formellen Anforderungen genügt.

1.5 Da die Beschwerde im Übrigen fristgerecht (Art. 50 Abs. 1 VwVG) eingereicht und der einverlangte Kostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist darauf grundsätzlich einzutreten (vgl. allerdings die vorstehend genannten Ausnahmen betreffend die Rechtsbegehren 6 bis 8 [E. 1.2]).

2.

2.1 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich gemäss Art. 37 VGG und Art. 53 Abs. 2 Satz 1 KVG grundsätzlich nach dem VwVG, soweit das VGG oder das KVG keine abweichende Regelung enthält.

2.2 In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Dementsprechend sind somit für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde die im Verfügungszeitpunkt (22. Mai 2015) geltenden materiellen Bestimmungen des KVG und der KVV (jeweils in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung) massgebend.

2.3 Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

Nach der Rechtsprechung hat auch eine Rechtsmittelbehörde, der volle Kognition zusteht, in Ermessensfragen einen Entscheidungsspielraum der Vorinstanz zu respektieren. Sie hat eine unangemessene Entscheidung zu korrigieren, kann aber der Vorinstanz die Wahl unter mehreren angemessenen Lösungen überlassen (BGE 133 II 35 E. 3).

3.

3.1 Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen, hauptsächlich die soziale Krankenversicherung betreiben und vom Eidgenössischen Departement des Innern (Departement) anerkannt sind (Art. 12 Abs. 1 KVG). Diese erfüllen als Durchführungsorgane der sozialen Krankenversicherung Bundesverwaltungsaufgaben im Bereich des Vollzugs des KVG (vgl. Art. 178 Abs. 3 BV).

3.2 Das Departement bewilligt den Versicherungseinrichtungen, welche die Anforderungen dieses Gesetzes erfüllen (Versicherer), die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Das Bundesamt veröffentlicht die Liste der Versicherer (Art. 13 Abs. 1 KVG).

Die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung unterliegt diversen Voraussetzungen. Gemäss Art. 13 Abs. 2 KVG müssen die Versicherer insbesondere: die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten; sie dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwenden (lit. a); über eine Organisation und eine Geschäftsführung verfügen, welche die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften gewährleisten (lit. b); jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen (lit. c); auch die Einzeltaggeldversicherung nach diesem Gesetz durchführen (lit. d); einen Sitz in der Schweiz haben (lit. e); die soziale Krankenversicherung auch den versicherungspflichtigen Personen anbieten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, in Island oder in Norwegen wohnen; auf Gesuch hin kann der Bundesrat Versicherer in besonderen Fällen von dieser Verpflichtung befreien (lit. f).

Das Departement entzieht einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung, wenn er darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Es sorgt dafür, dass der Entzug erst dann wirksam wird, wenn alle Versicherten von anderen Versicherern übernommen worden sind (Art. 13 Abs. 3 KVG).

Das Departement entzieht einer Krankenkasse die Anerkennung, wenn sie darum ersucht oder die gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt. Es sorgt dafür, dass der Entzug der Anerkennung erst wirksam wird, wenn alle Versicherten von anderen Versicherern übernommen worden sind (Art. 12 Abs. 5 KVV).

3.3 Der Bundesrat überwacht die Durchführung der Krankenversicherung (Art. 21 Abs. 1 KVG). Der Bundesrat kann den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen, von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege verlangen sowie Inspektionen durchführen. Diese können auch unangekündigt durchgeführt werden. Die Versicherer haben dem Bundesamt freien Zugang zu sämtlichen ihm im Rahmen der Inspektion als relevant erachteten Informationen zu verschaffen. Sie müssen dem Bundesamt ihre Jahresberichte und Jahresrechnungen einreichen (Art. 21 Abs. 3 KVG). Die Versicherer sind verpflichtet, dem Bundesamt im Rahmen der Aufsicht über den Vollzug dieses Gesetzes jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen (Art. 21 Abs. 4 KVG). Missachtet ein Versicherer die gesetzlichen Vorschriften, so ergreift

das Bundesamt je nach Art und Schwere der Mängel die in Art. 21 Abs. 5 KVG vorgesehenen Massnahmen: Es sorgt auf Kosten des Versicherers für die Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes (lit. a). Es verwarnt den Versicherer und fällt Ordnungsbussen aus (lit. b). Es beantragt dem Departement den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung (lit. c).

Bei der Wahl der Sanktionen gegenüber den Krankenversicherungen ist der Verhältnismässigkeitsgrundsatz zu beachten. Es muss die mildeste aufsichtsrechtliche Massnahme ausgesprochen werden, die zur Erreichung des aufsichtsrechtlich angestrebten Zieles führt; weitergehende Massnahmen wären unverhältnismässig. Genügt mit anderen Worten eine Weisung oder Ermahnung (Warnung), so wäre es unverhältnismässig, eine Ersatzvornahme durchzuführen oder gar die Bewilligung zu entziehen (Urteil des BGer K 133/03 vom 7. Mai 2004 E. 3 mit Hinweisen).

4.

Nachfolgend ist anhand der von der Vorinstanz genannten, bei der Beschwerdeführerin bemängelten Punkte zu prüfen, ob jene der Beschwerdeführerin zu Recht die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen und die Beschwerdeführerin als Krankenkasse im Sinne von Art. 12 KVG aberkannt hat.

4.1

4.1.1 Gemäss Art. 12 Abs. 1 lit. a KVV müssen die Krankenkassen im Sinne von Art. 12 KVG in einer der folgenden Rechtsformen organisiert sein: als Verein (Art. 60ZGB), Stiftung (Art. 80 ZGB, Genossenschaft (Art. 828 OR) oder Aktiengesellschaft mit anderen als wirtschaftlichen Zwecken (Art. 620 Abs. 3 OR). Dem Gesuch um Anerkennung als Krankenkasse sind insbesondere auch die Statuten, die Gründungsurkunde oder der betreffende kantonale oder kommunale Erlass sowie ein Handelsregisterauszug beizulegen (vgl. Art. 12 Abs. 2 lit. a KVV).

4.1.2 Die Vorinstanz wies in der angefochtenen Verfügung darauf hin, dass die Statuten des Vereins Krankenkasse Turbenthal vom 1. Juli 2012 nicht den Anforderungen des KVG entsprächen. So sähen die Statuten namentlich vor, dass die Beendigung der Mitgliedschaft im Verein Krankenkasse Turbenthal durch Ausschluss möglich sei. Die Versicherer seien indes durch das KVG verpflichtet, in ihrem örtlichen Tätigkeitsgebiet jede versicherungspflichtige Person aufzunehmen (Art. 4 Abs. 2 KVG). Das BAG

habe die Beschwerdeführerin zuletzt mit Schreiben vom 27. März 2007 (EDI-act. 111) darauf hingewiesen, dass das Versicherungsverhältnis nur unter den durch das KVG vorgesehenen Voraussetzungen enden könne, weshalb eine Statutenbestimmung, die etwas anderes vorsehe, unzulässig und somit anzupassen sei. Ebenso unzulässig sei das Gleichsetzen von Prämien und Mitgliederbeiträgen, da auch das Versicherungsverhältnis und die Vereinsmitgliedschaft nicht gleichgesetzt werden dürften.

Die Beschwerdeführerin äusserte sich im Beschwerdeverfahren nicht zu den bemängelten Statuten.

Es geht nicht an und verdient keinen Rechtsschutz, dass mittels Vereinsstatuten zwingende öffentlich-rechtliche Bestimmungen ausser Kraft gesetzt werden. Da die Beschwerdeführerin ihre Statuten unbestrittenermassen nicht gesetzeskonform ausgestaltet hat und aus den Akten nicht hervor geht, dass die Beschwerdeführerin die Statuten mittlerweile angepasst hätte, wurden diese vom BAG demnach zu Recht bemängelt.

4.2

4.2.1 Jeder Versicherer hat gemäss Art. 86 Abs. 1 KVV eine Revisionsstelle zu bezeichnen, die gemäss Art. 727b OR zugelassen ist. Sie ist im Handelsregister eintragen zu lassen (vgl. für Vereine: Art. 90 Abs. 1 lit. a und Art. 92 lit. m der Handelsregisterverordnung vom 17. Oktober 2007 [HRegV; SR 221.411]). Soweit für Versicherer keine besonderen Vorschriften bestehen, sind die Vorschriften des OR über die Revisionsstelle bei Aktiengesellschaften entsprechend anwendbar (Art. 86 Abs. 2 KVV). Die Revisionsstelle führt jährlich eine ordentliche Revision nach den Bestimmungen des OR und dieser Verordnung durch. Sie prüft überdies, ob die Geschäftsführung für die korrekte und ordnungsgemässe Geschäftsbewältigung Gewähr bietet, namentlich ob sie zweckmässig organisiert ist und die gesetzlichen und internen Bestimmungen einhält. Das BAG kann im Einzelfall weitere Prüfpunkte festlegen (Art. 87 Abs. 1 KVV). Gemäss Art. 728a Abs. 1 Ziff. 1 und 3 OR prüft die Revisionsstelle, ob die Jahresrechnung und gegebenenfalls die Konzernrechnung den gesetzlichen Vorschriften, den Statuten und dem gewählten Regelwerk entsprechen, sowie ob ein internes Kontrollsystem existiert.

4.2.2 Mit Schreiben vom 29. August 2014 (EDI-act. 19) wies das BAG die Beschwerdeführerin darauf hin, dass gemäss Bericht der Revisionsstelle

Norbert Hutter AG vom 27. Mai 2013 zum Geschäftsjahr 2012 die Jahresrechnung nicht nach Swiss GAAP FER 41 geführt worden sei. Dennoch habe die Beschwerdeführerin diesen Mangel daraufhin nicht behoben, wie dem Revisionsbericht der Engel Copera AG vom 5. Juni 2014 zum Geschäftsjahr 2013 zu entnehmen sei. Die Beschwerdeführerin beachte somit die Richtlinien des EDI zur Rechnungslegung (basierend auf dem Prinzip von „true and fair view“) in der sozialen Krankenversicherung und zum neuen aufsichtsrechtlichen Abschluss immer noch nicht, obwohl jene bereits per 1. August 2011 in Kraft getreten und auch von kleineren Krankenkassen anzuwenden seien. Die Vorinstanz führte in ihrer Verfügung weiter aus, der Beschwerdeführerin fehle ein adäquates IKS und die Revisionsstelle sei – trotz gesetzlicher Verpflichtung und entsprechender Mahnung durch das BAG – immer noch nicht im Handelsregister eingetragen worden.

Die Beschwerdeführerin bestritt nicht, dass sie keine Revisionsstelle im Handelsregister eintragen liess. Sie führte aus, aufgrund der Vorgaben des BAG habe sie die Revisionsstelle mehrmals wechseln müssen. Da Eintragungen und Mutationen im Handelsregister mit hohen Kosten verbunden seien, habe sie auf eine Eintragung der Revisionsstelle verzichtet. Als Rechtfertigung, dass sie die Jahresrechnung nicht nach Swiss GAAP FER 41 erstellt habe, führte sie aus, Swiss GAAP FER 41 sei überdimensioniert und lediglich für Grosskassen geeignet; der Aufwand für einen Einmannbetrieb sei schlicht zu gross. Ebenso wenig stritt sie das Fehlen eines IKS ab. Diesbezüglich führte sie aus, die Vereinsmitglieder übten bereits durch ihre Teilnahme an der jährlichen Mitgliederversammlung eine Kontrollfunktion aus. Ein eigentliches IKS sei somit nicht mehr notwendig.

Die Beschwerdeführerin bestritt somit nicht, dass die genannten Vorschriften, welche per 1. August 2011 in Kraft traten, grundsätzlich zu beachten gewesen wären. Die EDI-Richtlinien, die gestützt auf Art. 82 KVV erlassen wurden, sehen keine Ausnahme vor, gemäss welcher kleinere Versicherer von der Einhaltung der Vorschriften ausgenommen werden können, zumal dieser Rechnungslegungsstandard gerade für kleine und mittlere Unternehmen geeignet ist (vgl. auch die mit den EDI-Richtlinien inhaltlich übereinstimmende Verordnung des BAG vom 25. November 2015 über die Rechnungslegung und Berichterstattung in der sozialen Krankenversicherung [SR 832.121.1] und den entsprechenden Kommentar zur Verordnung). Die Beschwerdeführerin wäre somit verpflichtet gewesen, die Jahresrechnung gemäss Swiss GAAP FER 41 zu erstellen. Wie dem Revisionsbericht von Engel Copera vom 5. Juni 2014 (EDI-act. 32) zu entnehmen

ist, entspricht die Jahresrechnung der Beschwerdeführerin diesen Vorgaben indes nicht. Ferner bemängelte die Revisionsgesellschaft, dass ein IKS gemäss den gesetzlichen Vorgaben fehle. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin vermag die Mitgliederversammlung eines Vereins ein fehlendes oder ungenügendes IKS nicht zu ersetzen. In der Praxis genehmigt die Vereinsversammlung jährlich lediglich einen vorgängig aufgelegten Revisorenbericht. Dies ist mit einem permanent vorhandenen IKS – wie es vom Gesetz gefordert wird – in keiner Weise zu vergleichen.

Auch in dieser Hinsicht hat das BAG die Beschwerdeführerin somit zu Recht auf bestehende Mängel hingewiesen.

4.3

4.3.1 Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Versichertenkarte erhält. Diese enthält den Namen der versicherten Person und die Versichertennummer der Alters- und Hinterlassenenversicherung (Art. 42a Abs. 1 KVG). Der Bundesrat regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards (Art. 42a Abs. 3 KVG). Gestützt auf die vorgenannten gesetzlichen Bestimmungen hat der Bundesrat die Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 14. Februar 2007 erlassen (VVK; SR 832.105). Gemäss Art. 1 Abs. 1 VVK müssen die Versicherer allen nach der Verordnung vom 27. Juni 1999 über die Krankenversicherung (KVV) versicherungspflichtigen Personen eine Versichertenkarte ausstellen. Die Versichertenkarte muss einen Mikroprozessor enthalten, der folgende Anwendungen unterstützt: Bearbeitung von Personendaten, Überprüfen der Berechtigung für den Datenzugriff, Sperren von Daten mit einem persönlichen Geheimcode (PIN-Code), weitere Anwendungen für kantonale Modellversuche (Art. 2 Abs. 1 lit. a bis d VVK).

4.3.2 Die Vorinstanz bemängelte, dass die Beschwerdeführerin keine korrekte Geschäftsführung gewährleisten könne (oder wolle) und sie ihren gesetzlichen Verpflichtungen nicht nachkomme. So sei beispielsweise die elektronische Versichertenkarte immer noch nicht eingeführt worden, obwohl jeder Versicherungsnehmer im Besitz einer solchen Karte sein müsse.

Die Beschwerdeführerin stritt nicht ab, die elektronische Versichertenkarte noch nicht eingeführt zu haben. Sie führte aus, die elektronische Versichertenkarte bedinge die Digitalisierung der Krankenkasse, was aber im konkreten Fall zu aufwändig wäre. Überdies würden die elektronischen Versichertenkarten im Ausland oftmals nicht akzeptiert, so dass die Versicherten allfällige Rechnungen schliesslich doch sogleich bar zu bezahlen hätten.

Auch in Bezug auf die Einführung der elektronischen Versichertenkarte bestreitet die Beschwerdeführerin den von der Vorinstanz in der Verfügung geschilderte Sachverhalt – zu Recht – nicht. Es ist demnach festzustellen, dass die Beschwerdeführerin entgegen der gesetzlichen Verpflichtung die seit 1. Januar 2010 (vgl. Art. 19a Abs. 1 VVK) geforderte Versichertenkarte nicht eingeführt hat.

4.4

4.4.1 Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung nach Absatz 3 die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in den jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassungen codiert aufzuführen. Der Bundesrat erlässt ausführende Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips (Art. 42 Abs. 3^{bis} KVG). Gemäss Art. 59 Abs. 1 KVV haben die Leistungserbringer in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Art. 42 Abs. 3 und 3^{bis} des Gesetzes notwendig sind (Art. 59 Abs. 1 KVV). Der Leistungserbringer leitet die Datensätze mit den administrativen und den medizinischen Angaben nach Art. 59 Abs. 1 KVV gleichzeitig mit der Rechnung an die Datenannahmestelle des Versicherers weiter. Es muss sichergestellt werden, dass ausschliesslich diese Datenannahmestelle Zugang zu den medizinischen Angaben erhält (Art. 59a Abs. 3 KVV). Jeder Versicherer muss über eine Datenannahmestelle verfügen. Diese muss nach Art. 11 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz zertifiziert sein (Art. 59a Abs. 6 KVV).

4.4.2 Die Vorinstanz bemängelte, dass die Beschwerdeführerin keine zertifizierte Datenannahmestelle (DAS) habe, welche die Datensätze des Typus DRG der Leistungserbringer entgegen nehmen könne. Die Übergangsbestimmung habe eine Frist für die Zertifizierung der Datenannahmestelle bis zum 31. Dezember 2013 vorgesehen. Mit Schreiben vom 17. Februar 2014 sei die Beschwerdeführerin aufgefordert worden, bis

spätestens zum 30. Juni 2014 eine zertifizierte DAS einzurichten. Mit Schreiben vom 18. Februar 2014 an das EDI habe die Beschwerdeführerin darum ersucht, sie von dieser Pflicht zu befreien, da die Einrichtung einer DAS aufgrund der geringen Anzahl von stationären Spitalaufenthalten bei ihren Versicherten nicht lohnenswert sei.

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bisher keine DAS eingerichtet hat, da sie – wie sie ausführte – der Ansicht ist, dass die dabei entstehenden Kosten für eine Kleinkasse zu hoch seien. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit sei für Kleinkassen ausnahmsweise auf dieses Erfordernis zu verzichten.

Den gesetzlichen Grundlagen ist zu entnehmen, dass die Einrichtung einer DAS zwingend ist. Wie die Vorinstanz zu Recht ausführte, haben weder das BAG noch das EDI als rechtsanwendende Behörden die Möglichkeit, Ausnahmen zu bewilligen, zumal der Wortlaut von Art. 59a Abs. 6 KVV klar ist („Jeder Versicherer muss...“) und keinen Spielraum lässt. Auch wenn man nach dem Sinn der Bestimmung fragt, ergibt sich keine andere Interpretationsmöglichkeit. Die DAS dient als Kontrollfunktion für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Dabei ist zentral, dass der Datenschutz in Bezug auf die medizinischen Daten der Patienten gewährleistet ist. Genau aus diesen Überlegungen hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die entsprechenden Daten zur Prüfung grundsätzlich nur an die DAS und nicht direkt an den Versicherer gehen dürfen. Die Patientendaten sollen nur dann an den Versicherer respektive den Vertrauensarzt weitergegeben werden, wenn dies im konkreten Fall absolut notwendig ist.

Indem die Beschwerdeführerin sich weigert, eine DAS einzurichten, verletzt sie zwingende gesetzliche Bestimmungen. Die zwingenden gesetzlichen Vorgaben gelten für alle Krankenversicherer – unabhängig von ihrer Grösse – in gleicher Weise. Der demokratisch legitimierte Gesetzgeber hat im vorliegenden Fall keine Ausnahmeregelungen für kleine Krankenversicherer vorgesehen. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin eigenmächtig – unter bewusster Missachtung bundesgesetzlicher Normen – im Regelfall für alle Krankenversicherer anfallende Kosten eingespart und mehrere Ausnahmeregelungen verlangt, obwohl von Seiten der Vorinstanz zu keinem Zeitpunkt ein Ermessensspielraum bestanden hat, um solche Ausnahmeregelungen gewähren zu können.

4.5

4.5.1 Gemäss Art. 21 Abs. 4 KVG sind die Versicherer verpflichtet, dem Bundesamt im Rahmen der Aufsicht über den Vollzug dieses Gesetzes jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen der Fakturierung von Leistungen und der Versicherungstätigkeit anfallen. Die Versicherer müssen dem BAG gemäss Art. 28 Abs. 3 KVV jährlich pro versicherte Person namentlich folgende Daten weitergeben: Alter, Geschlecht und Wohnort der Versicherten (lit. a), ihren Ein- und Austritt sowie die Todesfälle (lit. b), die von den Versicherten im Rahmen der sozialen Krankenversicherung abgeschlossenen Versicherungsarten mit Angabe der Höhe der Prämie und der Franchise (lit. c), Umfang, Art, Tarifpositionen und Kosten der im Lauf eines ganzen Jahres erhaltenen Rechnungen für Leistungen nach dem Gesetz (lit. d), die jeweiligen Erbringer der Leistungen (lit. e) und die Höhe der erhobenen Kostenbeteiligung (lit. f). Sie müssen dem BAG die Daten nach Abs. 3 auf elektronischen Datenträgern zur Verfügung stellen. Das BAG kann sie davon auf Gesuch hin für eine befristete Zeit befreien, wenn ihnen die Lieferung mangels technischer Voraussetzungen nicht möglich ist (Art. 28 Abs. 4 KVV). Die Versicherer haben die Daten korrekt, vollständig, fristgerecht, auf eigene Kosten und unter Wahrung der Anonymität der Versicherten zu liefern (Art. 28 Abs. 5 KVV).

4.5.2 In Bezug auf die zu liefernden statistischen Daten machte die Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren geltend, die manuelle Erhebung der Daten habe für die Geschäftsführung einen unverhältnismässigen Aufwand zur Folge. Bei der Beschwerdeführerin seien lediglich 400 Personen versichert, weshalb die Daten – gesamtschweizerisch gesehen – statistisch nicht relevant seien. Deshalb sei auf die Erhebung von entsprechenden Daten bei der Beschwerdeführerin zu verzichten.

Die Vorinstanz entgegnete, dass das Gesetz keine Ausnahmebestimmungen aus den genannten Gründen vorsehe. Die Gleichbehandlung aller Versicherer verbiete es, auf die Statistikerhebung in Einzelfällen zu verzichten. Der Beschwerdeführerin sei genügend Zeit eingeräumt worden, um die technischen Voraussetzungen für eine digitale Datenerfassung und -lieferung zu schaffen.

Das Gesetz sieht zwar im Sinne einer Übergangsfrist die Möglichkeit, Ausnahmeregelungen für eine befristete Zeit zu treffen, vor. Es ist allerdings nicht vorgesehen, dauerhafte Ausnahmen, wie sie die Beschwerdeführerin

möchte, zu bewilligen. Es mag zutreffen, dass – wie die Beschwerdeführerin ausführt – ihre Daten mit Blick auf die Gesamtheit der Versicherten in der Schweiz statistisch nur von geringer Bedeutung sind. Würde man aber jedem Versicherer mit einem kleinen Versichertenbestand solche Ausnahmen bewilligen, bliebe in der Folge eine nicht unerhebliche Anzahl von Versicherungsverhältnissen in der Statistik unberücksichtigt, was dem Sinn der Statistik zuwider liefe. Auch in dieser Hinsicht kann somit der Argumentation der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden.

4.6

4.6.1 Die Kantone gewähren den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Sie bezahlen den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind (Art. 65 Abs. 1 Satz 1 und 2 KVG). Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern erfolgt nach einem einheitlichen Standard. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer (Art. 65 Abs. 2 KVG). Der Kanton bestimmt eine Stelle, welche die Daten mit den Versicherern nach Art. 65 Abs. 2 des Gesetzes austauscht (Art. 106b Abs. 1 KVV). Die Kantone und die Versicherer tragen die ihnen aus dem Vollzug der Prämienverbilligung erwachsenden Kosten (Art. 106e KVV). Die kantonalen Stellen nach Art. 106b Abs. 1 KVV und Versicherer (Verbundteilnehmerinnen) verwenden für den Datenaustausch die Datenaustauschplattform Sedex des Bundesamts für Statistik (Art. 4 der Verordnung des EDI vom 13. November 2012 über den Datenaustausch für die Prämienverbilligung [VDPV-EDI, SR 832.102.2]).

4.6.2 Die Vorinstanz machte geltend, die Beschwerdeführerin habe den Rahmenvertrag Sedex zwar unterzeichnet, darin aber den Vorbehalt angebracht, dass sie die Datenverarbeitung weiterhin manuell durchführen werde. Mit Schreiben vom 13. November 2014 (EDI-act. 8) habe das BAG die Beschwerdeführerin schliesslich unter Ansetzung einer letzten Frist bis zum 31. Januar 2015 aufgefordert, den Weisungen des BAG, darunter auch diejenigen betreffend Datenaustausch für die Prämienverbilligung, nachzukommen.

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin die Datenverarbeitung weiterhin manuell durchführt. Sie zeigte keinerlei Bereitschaft, die Datenverarbeitung zu digitalisieren (vgl. das Schreiben vom 27. März 2014 an das BAG [EDI-act. 37]) und den Forderungen des BAG nachzukommen. Die Beschwerdeführerin führte diesbezüglich wiederholt aus, die

Digitalisierung sei mit (zu) hohen Kosten verbunden und für eine Krankenkasse nicht lohnenswert. Der Kanton habe für diese Situation Verständnis und erfasse die Daten nachträglich von Hand. Es sei das BAG, das den bewährten Datenaustausch verbiete.

Auch in Bezug auf die Datenlieferung für die Prämienverbilligung bleibt festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin den geltenden zwingenden Normen nicht unterzieht und für sich eine weitere Ausnahmeregelung in Anspruch nehmen möchte.

4.7

4.7.1 Gestützt auf die Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) haben die Krankenkassen der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18 KVG) die notwendigen Daten zu liefern, um den Risikoausgleich zu berechnen und abzuwickeln. Die Versicherer liefern ihre nach Kantonen, Risikogruppen und Kalenderjahr ermittelten Daten über die Versichertenbestände, die Bruttoleistungen (Nettoleistungen plus Kostenbeteiligungen) und die Kostenbeteiligungen nach den Weisungen der gemeinsamen Einrichtung die Daten mit einer Kopie des amtlichen Formulars über den Versichertenbestand zu (Art. 10 Abs. 1 der Verordnung vom 12. April 1995 über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung [VORA, SR 832.112.1]).

4.7.2 Die Vorinstanz bemängelte, dass die Beschwerdeführerin auch die Daten für den Risikoausgleich weiterhin nur manuell bearbeite. Sie führte aus, der Risikoausgleich werde mit der Verfeinerung der massgebenden Kriterien immer komplizierter abzuwickeln. Die Beschwerdeführerin übertrage das Haftungsrisiko für falsch berechnete Ausgleichszahlungen künftig latent auf die Gemeinsame Einrichtung KVG. Es sei nicht zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin den steigenden Anforderungen mit einer manuellen Datenbearbeitung gewachsen sei.

Die Beschwerdeführerin bekräftigte in ihrem Schreiben vom 6. Oktober 2014 (EDI-act. 11) ihre Auffassung, dass das manuelle Führen einer Krankenkasse mit dem KVG vereinbar sei, und dass die geforderte Digitalisierung lediglich die Verwaltungskosten gesetzwidrig in die Höhe treiben würde.

Auch in diesem Punkt bestritt die Beschwerdeführerin somit nicht, dass sie die geforderten Rahmenbedingungen nicht erfüllen könne respektive wolle.

4.8 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nachweislich, und von ihr auch unbestritten, nicht (mehr) alle für Krankenversicherer normierten Anforderungen erfüllt. Zur Begründung ihrer Versäumnisse wies sie darauf hin, dass die zur Umsetzung erforderliche Digitalisierung zu hohe Kosten verursachen würde und sie daher diesen Forderungen nicht nachkommen könne/wolle. Mängel sind aber nicht nur bei denjenigen vom BAG geforderten Massnahmen, die eine „Digitalisierung“ der Beschwerdeführerin erforderlich machen würden (Einführung einer elektronischen Versichertenkarte, Datenlieferung für BAG-Statistik, Prämienverbilligung und Risikoausgleich) ersichtlich, sondern auch die weiteren abgemahnten Punkte (Revisionsstelle bestellen und im Handelsregister eintragen lassen, Einrichten einer IKS und einer DAS und Rechnungslegung nach Swiss GAAP FER 41) wurden von ihr nicht umgesetzt.

Die Vorinstanz wirft der Beschwerdeführerin Verletzungen von Bestimmungen des KVG, der KVV, der HRegV, der VDPV-EDI sowie der VORA vor. Dabei handelt es sich um öffentlich-rechtliche Bestimmungen, die aufgrund ihres Charakters zwingend sind. Das öffentliche Recht zeichnet sich in starkem Mass durch den zwingenden Charakter seiner Rechtssätze aus. Zwingendes Recht gilt ohne Rücksicht auf den Willen der Beteiligten. Es kann von den Beteiligten nicht durch Vereinbarung abgeändert oder ausser Kraft gesetzt werden (vgl. RHINOW ET AL., Öffentliches Prozessrecht, 3. Aufl. 2014, Rz. 5 f.). Die Behörden haben folglich keinen Spielraum, ob sie die Bestimmungen anwenden möchten oder nicht. Ferner besteht kein Raum für abweichende Vereinbarungen zwischen den Parteien.

Es ist somit nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz festgestellt hat, dass die Beschwerdeführerin den Anforderungen, die an eine Krankenversicherung gestellt würden, nicht mehr gerecht werde, und sie deshalb nicht mehr als Krankenversicherer tätig sein dürfe. Wenn der Gesetzgeber eine Sonderbehandlung von kleinen Krankenkassen angestrebt hätte, hätte er diesen Umstand mit dem Erlass von speziellen Normen Rechnung tragen können. Dies ist aber nicht geschehen. Hätte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin dennoch im Sinne einer Ausnahmegewilligung zugestanden, einzelne Kriterien nicht erfüllen zu müssen, so hätte sie eine Ermessensüberschreitung und damit eine Rechtsverletzung begangen (vgl. HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl. 2016, Rz. 437 f.). Im Übrigen wäre ein solches Vorgehen auch unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung der direkten Konkurrenten als problematisch zu betrachten.

5.

Zu prüfen bleibt, ob die Vorinstanz aufgrund der festgestellten Mängel der Beschwerdeführerin zu Recht die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzogen und sie als Krankenkasse aberkannt hat.

Die Beschwerdeführerin rügte in diesem Zusammenhang eine Verletzung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit. Sie hielt fest, dass eine Kleinkasse nicht dieselben Voraussetzungen erfüllen müsse wie eine Grosskasse. Die „Digitalisierung“ bringe hohe Kosten mit sich und treibe die Verwaltungskosten gesetzwidrig in die Höhe, weshalb auf die Digitalisierung im konkreten Fall zu verzichten und die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung nicht zu entziehen sei.

5.1 Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 BV) verlangt, dass die Massnahmen zur Verwirklichung eines im öffentlichen Interesse liegenden Ziels geeignet und erforderlich sind sowie zumutbar bleiben (vgl. statt vieler BGE 138 II 346 E. 9.2). Während sich das öffentliche Interesse um die Berechtigung und Begrenzung staatlicher Handlungsmotive kümmert, rückt der Verhältnismässigkeitsgrundsatz die Adäquanz staatlicher Handlungen in den Vordergrund – Adäquanz verstanden als Ausdruck eines vernünftigen Ausgleichs zwischen Handlungsziel, Handlungsumfeld und Handlungswirkung.

Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit im Sinne von Art. 5 Abs. 2 BV besteht aus drei Teilgehalten: das Gebot der Eignung, das Gebot der Erforderlichkeit und das Gebot der Zumutbarkeit, das heisst der Ausgewogenheit von Handlungszweck und -wirkung (Verhältnismässigkeit im engeren Sinn). Eine Verwaltungsmassnahme ist erst dann verhältnismässig, wenn sie die genannten Gebote kumulativ erfüllt. Mitunter konkretisiert das Sachgesetz den Grundsatz der Verhältnismässigkeit zuhanden der rechtsanwendenden Behörden ausdrücklich. In solchen Fällen wird man die Verhältnismässigkeit einer Verwaltungsmassnahme primär anhand des Gesetzes prüfen. Es kann allerdings sein, dass die gesetzliche Konkretisierung nicht alle Teilgehalte des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes abdeckt. Für das Fehlende muss dann unmittelbar auf die Verfassung zurückgegriffen werden. Letztlich bezeichnen Eignung, Erforderlichkeit und Zumutbarkeit nur Aspekte ein und derselben Frage: jener nach dem rechten Mass staatlicher Vorkehrungen (vgl. BGE 140 I 2 E. 9.2.2 mit Hinweisen).

Eine behördliche Anordnung – unabhängig davon, ob Eingriff oder Leistung – muss zunächst geeignet sein, das angestrebte, im öffentlichen Interesse liegende Ziel zu erreichen oder zur Zielerreichung einen nicht zu vernachlässigenden Beitrag zu leisten (sogenannte „Zwecktauglichkeit“, „Zielkonformität“). Ungeeignet ist eine Anordnung, wenn sie mit Blick auf das angestrebte Ziel keine nennenswerte Wirkung zeigt (vgl. BGE 129 II 331 E. 4.3, 116 Ia 355 E. 3c) oder der Eintritt der Wirkung ungewiss ist (vgl. BGE 135 II 405 E. 4.3.4). Staatliche Anordnungen müssen unterbleiben, sofern sie für die Erreichung des angestrebten, im öffentlichen Interesse stehenden Ziels nicht erforderlich sind (sogenanntes „Übermassverbot“). Die Erforderlichkeit eines Eingriffs fehlt, wenn eine aus Sicht des Bürgers weniger einschneidende Anordnung das angestrebte Ziel ebenso erreicht (vgl. BGE 135 I 176 E. 3.3) – und bei Leistungen entsprechend, wenn eine aus Sicht des Staats weniger aufwendige Massnahme auch genügen würde. Verwaltungsmassnahmen müssen schliesslich noch zumutbar sein. Verlangt ist eine angemessene Zweck-Mittel-Relation, bei Eingriffen also ein vernünftiges Verhältnis zwischen konkretem Eingriffszweck und konkreter Eingriffswirkung – man könnte auch sagen: zwischen öffentlichem Nutzen und privater Last. Darum ist eine geeignete und erforderliche Massnahme gleichwohl unverhältnismässig, wenn der damit verbundene Eingriff in die Rechtsstellung des betroffenen Bürgers im Vergleich zur Bedeutung der verfolgten öffentlichen Interessen unverhältnismässig schwer wiegt (vgl. BGE 135 I 176 E. 8.1). Ob man die Zumutbarkeit bejahen kann, ist durch Abwägung aller berührten Interessen zu bestimmen. Das Verhältnismässigkeitsprinzip hat seinen Ursprung im Polizeirecht. Mittlerweile erstreckt es sich über alle Gebiete des öffentlichen Rechts (Art. 5 Abs. 2 BV; vgl. BGE 140 I 2 E. 9.2.2; TSCHANNEN/ZIMMERLI/MÜLLER, Allgemeines Verwaltungsrecht, 4. Aufl. 2014, § 21 N 1 ff.; HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl. 2016, Rz. 514 ff.).

5.2 Die von der Beschwerdeführerin verletzten Normen (vgl. die Ausführungen in E. 4.1 ff. hiavor) dienen der korrekten Abwicklung der sozialen Krankenversicherung. Die Versicherten sollen durch die Vorgaben organisatorischer Natur die Gewissheit haben, dass ihr Krankenversicherer gewissen organisatorischen Anforderungen genügt und die Geschäftsführung, insbesondere die Rechnungslegung, transparent und korrekt erfolgt. Ferner muss der Krankenversicherer Gewähr dafür leisten können, dass sensible Daten der Versicherten mit der nötigen Sorgfalt gehandhabt und die Rechnungen der Leistungserbringer überprüft werden können. Dies sind nur einige der öffentlichen Interessen, die es durch die erwähnten Normen zu schützen gilt. Diesen öffentlichen Interessen stehen die Interessen

der Beschwerdeführerin gegenüber. Sie möchte mit möglichst geringem technischem und finanziellem Aufwand die soziale Krankenversicherung durchführen, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Allerdings bestehen für die Abwicklung der sozialen Krankenversicherung – wie erwähnt – auf Gesetzes- und Verordnungsstufe Rahmenbedingungen, von welchen nicht abgewichen werden darf. Die Vorinstanz sah durch das Verhalten der Beschwerdeführerin die korrekte Abwicklung der sozialen Krankenversicherung in Gefahr, weshalb sie der Beschwerdeführerin die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entzog. Diese Massnahme hat zur Folge, dass die Beschwerdeführerin künftig nicht mehr als Krankenversicherung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein kann. Die Eignung der Massnahme, die bedrohten Rechtsgüter zu schützen, ist somit zu bejahen. Bezüglich der Erforderlichkeit der Massnahme gilt es festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin durch das BAG seit Jahren mehrfach dazu angehalten worden ist, die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen. Die Beschwerdeführerin wurde mehrfach schriftlich gemahnt und es wurden ihr regelmässig grosszügige Fristen zur Umsetzung der Massnahmen eingeräumt. Die Beschwerdeführerin zeigte weder Bereitschaft, die Vorgaben umzusetzen, noch Lösungsansätze auf. Ferner liess sie minimale Einsicht in Bezug auf ihr unkorrektes Verhalten vermissen. Dies äusserte sich nicht nur in der Nichtanerkennung des Strafbescheids, sondern auch in ihren zahlreichen Schreiben an das BAG, in welchen sie immer wieder darum ersuchte, die auf Grosskassen zugeschnittenen Bestimmungen nicht auf sie anzuwenden. Eine mildere Massnahme als der Bewilligungsentzug respektive die Aberkennung als Krankenkasse ist, nachdem sämtliche Mahnungen keine Wirkung zeigten, der gesetzmässige Zustand nicht wieder hergestellt werden konnte und der Beschwerdeführerin das rechtliche Gehör gewährt wurde, nicht ersichtlich. Die von der Vorinstanz angeordnete Massnahme hat einschneidende Wirkungen, da sie der Beschwerdeführerin künftig die Geschäftstätigkeit nicht mehr erlaubt. Mit Blick auf den Umstand, dass die Krankenversicherer im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung öffentliche Aufgaben wahrnehmen und der Staat dafür zu sorgen hat, dass die Abwicklung zum Schutz der Versicherten einheitlich und unter Einhaltung von gewissen Mindeststandards erfolgt, ist dieser – wenn auch schwerwiegende – Eingriff in die Rechtsstellung der Beschwerdeführerin auch unter dem Titel der Zumutbarkeit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinn) nicht zu beanstanden, zumal auch ein heute neu die Zulassung beantragender Versicherer, der die Voraussetzungen des Gesetzes nicht erfüllt, nicht zugelas-

sen werden würde (vgl. Art. 4 und 5 des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung [Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG, SR 832.12]).

6.

Zu prüfen bleibt, ob die Vorinstanz die Modalitäten des Bewilligungsentzugs respektive der Aberkennung als Krankenkasse korrekt geregelt hat.

Die Vorinstanz verfügte am 22. Mai 2015 den Entzug der Bewilligung respektive die Aberkennung per 1. Januar 2016. Sie verpflichtete die Beschwerdeführerin, ihre Versicherten bis spätestens am 30. September 2015 darüber zu informieren und der SVA Zürich nach Eintritt der Rechtskraft der Verfügung den gesamten Versichertenbestand zu melden. Mit der Verpflichtung zur Information der Versicherten beabsichtigte die Vorinstanz sicherzustellen, dass die Versicherten der Beschwerdeführerin rechtzeitig über die Situation informiert werden und damit genügend Zeit haben, um einen neuen Krankenversicherer auszuwählen. Die Meldung bei der SVA Zürich ist ferner notwendig, damit diese die nahtlose Weiterversicherung aller bei der Beschwerdeführerin ausscheidenden Versicherten kontrollieren kann (vgl. Art. 6 Abs. 1 KVG). Wie die Vorinstanz zu Recht ausführte, ist im vorliegenden Fall der Beschwerdeführerin, die lediglich einen Versichertenbestand von ungefähr 400 Versicherten aufweist und nur die obligatorische Grundversicherung anbietet, kein Übernahmevertrag mit einem anderen Versicherer notwendig, zumal die Krankenversicherer verpflichtet sind, jeden Antragsteller in ihrem Tätigkeitsgebiet aufzunehmen (vgl. Art. 4 KVG [in der seit 1. Januar 2016 geltenden Fassung]). Es ist davon auszugehen, dass mit dem Einräumen einer Frist von mehreren Monaten, alle heute bei der Beschwerdeführerin versicherten Personen einen neuen Versicherer finden. Den ausscheidenden Versicherten obliegt es demnach, rechtzeitig einen neuen Krankenversicherer zu wählen. Die SVA Zürich hat zu gegebener Zeit zu kontrollieren, ob alle Versicherten einen neuen Versicherer gefunden haben, damit der Entzug der Bewilligung wirksam werden kann. Die von der Vorinstanz vorliegend eingeräumten Fristen sind angemessen und nicht zu beanstanden. Ebenso wenig sind die der Beschwerdeführerin auferlegten und von ihr nicht substantiiert gerügten Kosten von Fr. 1'090.- für das verwaltungsrechtliche Verfahren zu beanstanden.

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Mai 2015 ist somit vollumfänglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2). Da im heu-

tigen Zeitpunkt der von der Vorinstanz festgelegte Termin für den Bewilligungsentzug und die Aberkennung bereits verstrichen ist, ist ein neuer Termin festzusetzen. Die Vorinstanz gewährte der Beschwerdeführerin eine Frist von rund sieben Monaten (zwischen Verfügungszeitpunkt und Bewilligungsentzug/Aberkennung). Bis zum entsprechenden Termin muss die Beschwerdeführerin ihre Versicherten über die Aberkennung informieren und alle Versicherten müssen einen neuen Versicherer suchen und mit diesem einen neuen Vertrag abschliessen. Die SVA Zürich muss überdies kontrollieren, ob alle Versicherten wieder korrekt versichert sind. Schliesslich muss die Beschwerdeführerin das Ende ihrer Geschäftstätigkeit in die Wege leiten und mit den Leistungserbringern – soweit möglich – abrechnen. Unter Berücksichtigung aller Umstände, sind der Bewilligungsentzug und die Aberkennung als Krankenkasse 6 Monate nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zu terminieren. Die Information der Versicherten hat bis spätestens 60 Tage nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids und die Meldung an die SVA Zürich umgehend nach Eintritt der Rechtskraft zu erfolgen.

7.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

7.1 Die Beschwerdeinstanz auferlegt in der Entscheidungsformel die Verfahrenskosten, bestehend aus Spruchgebühr, Schreibgebühren und Barauslagen, in der Regel der unterliegenden Partei (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Die Verfahrenskosten sind unter Berücksichtigung des Streitwerts sowie des Umfangs und der Schwierigkeit der Streitsache, Art der Prozessführung und finanzieller Lage der Parteien (vgl. Art. 63 Abs. 4^{bis} VwVG i.V.m. Art. 2 Abs. 1 und Art. 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]) vorliegend auf Fr. 4'000.- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss von Fr. 4'000.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

7.2 Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben Bundesbehörden und, in der Regel, andere Behörden, die als Parteien auftreten (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Der obsiegenden Vorinstanz ist demnach keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird, und die angefochtene Verfügung wird wie folgt bestätigt:

1.1 Der Beschwerdeführerin wird die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung 6 Monate nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids entzogen.

1.2 Der Beschwerdeführerin wird 6 Monate nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids die Eigenschaft als Krankenkasse aberkannt.

1.3 Die Vorinstanz wird verpflichtet, den Bewilligungsentzug sowie die Aberkennung als Krankenkasse nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids umgehend im Bundesblatt publizieren zu lassen.

1.4 Die Beschwerdeführerin wird verpflichtet, innert 60 Tagen seit Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids den Versicherten die Auflösung des Versicherungsverhältnisses mitzuteilen.

1.5 Die Beschwerdeführerin wird verpflichtet, der SVA Zürich unmittelbar nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Entscheids den gesamten Versichertenbestand mitzuteilen.

1.6 Die Gebühren für das verwaltungsrechtliche Verfahren werden auf Fr. 1'090.- festgesetzt und der Beschwerdeführerin auferlegt.

2.

Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 4'000.- festgesetzt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 4'000.- wird zur Bezahlung der Gerichtskosten verwendet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. CHE-110.552.796; Gerichtsurkunde)

- das Bundesamt für Gesundheit (Gerichtsurkunde)
- die Gemeinsame Einrichtung KVG (Einschreiben)
- die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

David Weiss

Sandra Tibis

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: