Tribunale federale
Tribunal federal

{T 1/2}
2A.393/2005 /leb

Urteil vom 2. Februar 2006
II. Öffentlichrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Merkli, Präsident,
Bundesrichter Betschart, Müller,
Gerichtsschreiber Uebersax.

Parteien
KPT Versicherungen AG,
Beschwerdeführerin, vertreten durch
Fürsprecher LL.M. Philippe Landtwing,

gegen

Bundesamt für Privatversicherungen,
Friedheimweg 14, 3003 Bern,
Eidg. Rekurskommission für die Aufsicht über die Privatversicherungen, Einsteinstrasse 2, 3003 Bern.

Gegenstand
Verwendung der kantonalen Beiträge für die interkantonalen stationären Behandlungen von Halbprivat- und Privatpatienten für das Jahr 2001,

Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen den Entscheid der Eidg. Rekurskommission für die Aufsicht über die Privatversicherungen vom 13. Mai 2005.

Sachverhalt:
A.
Mit Urteil vom 30. November 2001 entschied das Bundesgericht, dass eine in der privaten oder halbprivaten Abteilung eines öffentlichen Spitals des Wohnsitzkantons hospitalisierte Person bzw. ihr Krankenversicherer gegenüber diesem Kanton Anspruch auf den Anteil der in der allgemeinen Abteilung dieses Spitals zu Lasten des Kantons gehenden anrechenbaren Kosten hat (BGE 127 V 422). Damit stellte das Bundesgericht in Auslegung von Art. 49 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) klar, dass auch privat und halbprivat versicherte Patienten Anspruch auf die kantonalen Beiträge an die öffentlichen Spitäler haben. Daraus folgte ein Rückforderungsanspruch der Krankenversicherer bzw. der Versicherten gegenüber den Kantonen für die in der Vergangenheit zu viel erbrachten Leistungen an die öffentlichen Spitäler. Für die neu zu regelnde Kostenaufteilung zwischen den Kantonen und den Versicherern erliess der Gesetzgeber das Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.14).

Am 21. März 2002 schlossen die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und die Vereinigung der Krankenversicherer santésuisse eine Vereinbarung über die aussergerichtliche Einigung betreffend die den Krankenversicherern zustehenden Ansprüche auf Kostenbeteiligung der Kantone für das Jahr 2001. Zur Abgeltung der aus dem Bundesgerichtsurteil entstandenen Forderungen verpflichteten sich die Kantone zur Zahlung einer Pauschale von insgesamt 250 Millionen Franken. Die Krankenversicherer versprachen, die Beiträge der Kantone (so genannte Sockelbeiträge) vollumfänglich den Zusatzversicherten zugute kommen zu lassen. Die Versicherer müssen detailliert darstellen, in welcher Form und zu Gunsten welcher Jahresrechnung die Gelder

verwendet werden. Ein entsprechender Bericht ist der Aufsichtsbehörde zusammen mit der ordentlichen Jahresberichterstattung einzureichen. Dieser Vereinbarung schloss sich unter anderem auch die KPT Versicherungen AG an, die aus der von den Kantonen ausgerichteten Pauschale einen Betrag von 14,3 Millionen Franken zugewiesen erhielt.

Am 9. Oktober 2002 gelangte das Bundesamt für Privatversicherungen (BPV) als Aufsichtsbehörde gemäss dem Bundesgesetz vom 23. Juni 1978 betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG; SR 961.01) mit einem Rundschreiben an die Versicherer mit Bewilligung zum Betrieb der Krankenzusatzversicherung, worunter die KPT Versicherungen AG. Darin wurden die Versicherer angewiesen, der Aufsichtsbehörde einen Ausschüttungsplan einzureichen, aus dem hervorgeht, wie die erhaltenen Sockelbeiträge den Zusatzversicherten vergütet werden. Die Aufsichtsbehörde nannte insbesondere drei mögliche Ausschüttungsarten, nämlich die Aufteilung unter den Versicherten pro Kopf (Kopfbeiträge), die Auszahlung eines Betrages, der sich in Prozenten der jeweiligen Versicherungsprämie berechnet (Prämienprozente), sowie die Ausschüttung im Rahmen der üblichen Prämienkalkulation durch Reduktion der versicherungsmathematisch notwendigen Prämie im Folgejahr; für diese dritte Variante wurde allerdings darauf hingewiesen, dass sie namentlich wegen den Fluktuationen bei den Versicherungsbeständen problematisch sei.
B.
Nachdem das Bundesamt für Privatversicherungen zwei erste Varianten eines Planes der KPT Versicherungen AG für die Rückerstattung der Sockelbeiträge an die Versicherten abgelehnt hatte, reichte diese am 16. Mai 2003 einen weiteren, dritten Ausschüttungsplan ein. Darin sah sie vor, von den Sockelbeiträgen von 14,3 Millionen Franken lediglich 3,5 Millionen Franken an die Zusatzversicherten auszuzahlen und den Differenzbetrag von 10,8 Millionen Franken mit dem Betriebsergebnis 2001 zu verrechnen. Für die Auszahlung der 3,5 Millionen Franken wurde bestimmt, dass die seit dem 31. Dezember 2001 ausgetretenen Versicherten einen Kopfbeitrag erhalten und bei den übrigen Versicherten der Sockelbeitrag bei der Prämienberechnung 2004 berücksichtigt werden sollten. Mit Verfügung vom 4. Juni 2003 wies die Aufsichtsbehörde auch diesen Ausschüttungsplan zurück und verpflichtete die KPT Versicherungen AG, einen neuen Plan einzureichen, der die vollständige Ausschüttung der Sockelbeiträge von 14,3 Millionen Franken an die Versicherten vorsieht, abzüglich der ausgewiesenen Administrativkosten von Fr. 6.– pro Auszahlung. Der KPT Versicherungen AG wurde Frist zur Einreichung des Plans gesetzt unter Androhung einer Ordnungsbusse von höchstens Fr. 5'000.–.

C.
Mit Entscheid vom 13. Mai 2005 hiess die Eidgenössische Rekurskommission für die Aufsicht über die Privatversicherung eine dagegen von der KPT Versicherungen AG erhobene Beschwerde teilweise im Sinne der Erwägungen gut, wies sie im Übrigen jedoch ab. Sie bestätigte die Verfügung des Bundesamtes insoweit, als die KPT Versicherungen AG verpflichtet wurde, einen neuen Ausschüttungsplan einzureichen, der die vollständige Ausschüttung der Sockelbeiträge in Höhe von 14,3 Millionen Franken vorsieht. Hingegen korrigierte sie den aufsichtsbehördlichen Entscheid in dem Sinne, dass nicht der gesamte Betrag in Form von Kopfbeiträgen ausgerichtet werden muss; für bei der KPT Versicherungen AG weiterhin versicherte Personen kann die Ausschüttung auch im Rahmen der Vorauskalkulation der nächsten Prämie erfolgen, d.h. jener Prämie, die nach rechtskräftiger Erledigung des Streitfalles zu genehmigen sein wird, wobei transparent nachzuweisen sein wird, wie sich die Sockelbeiträge auf die Prämie auswirken.
D.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 16. Juni 2005 an das Bundesgericht stellt die KPT Versicherungen AG folgende Rechtsbegehren:
"1. Der Entscheid der Eidgenössischen Rekurskommission für die Aufsicht über die Privatversicherung vom 13. Mai 2005 ... sei im Umfang der Ablehnung der Verwaltungsbeschwerde vom 4. Juli 2003 aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei zu gestatten, einen Teil der Sockelbeiträge zur Äufnung der Alterungsrückstellungen zu verwenden und den anderen Teil im Sinne einer Vorauskalkulation bei derjenigen Prämienperiode einzubringen, die dies abhängig vom Zeitpunkt der Rechtskraft des Entscheides auch erlaubt.
3. Eventuell:
Es sei festzustellen, dass aus dem Vertrag Santésuisse und SDK vom 30. Juni 2002 keine Aufsichtstätigkeit oder Verfügungskompetenz abgeleitet werden kann, die über die dem BPV aufgrund des VAG zugewiesene

Solvenz-, Funktions- und Missbrauchskompetenz hinausgeht.
...
Das Bundesamt für Privatversicherungen stellt in seiner Vernehmlassung vom 23. September 2005 die folgenden Hauptanträge:
"1. Wir beantragen, die Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin vollumfänglich ... abzuweisen.
2. Ferner beantragen wir, die Ausführungen der Beschwerdegegnerin betreffend Anrechnung an die Tarife ... im Grundsatz zu bestätigen. Ebenso seien die vom BPV dargelegten Grundsätze zu diesem Bereich zu bestätigen ..."

In seinen Erwägungen stellt das Bundesamt sodann das weitere Rechtsbegehren, zwecks Ausgleichs des Zinsvorteils, welcher der KPT Versicherungen AG durch die Beschreitung des Rechtsweges entstanden sei, müsse der auszuschüttende Betrag von 14,3 Millionen Franken um einen angemessenen kalkulatorischen Zinsertrag für die Zeitspanne zwischen der Verbuchung des Zahlungseinganges bis zum Ausschüttungszeitpunkt erhöht werden.

Die Eidgenössische Rekurskommission für die Aufsicht über die Privatversicherung hat mit Eingabe vom 23. August 2005 unter Verweis auf ihren angefochtenen Entscheid auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Bundesgericht zieht in Erwägung:
1.
1.1
Wer als private Versicherungseinrichtung Versicherungsgeschäfte betreiben will, bedarf einer Bewilligung des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (Art. 7 Abs. 1 VAG) und unterliegt der Aufsicht durch das Bundesamt für Privatversicherungen (Art. 17 ff. VAG). Im vorliegenden Fall geht es um die Rückerstattung von im Jahr 2001 zu viel bezahlten Prämien an Personen, die mit der Beschwerdeführerin eine (private oder halbprivate) Spital-Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenversicherung abgeschlossen haben. Das Bundesamt hat dafür seine aufsichtsrechtliche Zuständigkeit bejaht, den Ausschüttungsplan der Beschwerdeführerin abgelehnt und diese angewiesen, einen neuen Plan vorzulegen. Damit hat es im Sinne von Art. 5 VwVG eine auf öffentliches Recht des Bundes gestützte Verfügung getroffen, die unabhängig davon, ob das Bundesamt dafür zuständig war oder nicht, mit Beschwerde angefochten werden kann.

Über Beschwerden gegen Verfügungen des Bundesamtes entscheidet in erster Instanz die Eidgenössische Rekurskommission für die Aufsicht über die Privatversicherung (Art. 45a Abs. 1 VAG). Gegen deren Entscheide ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Bundesgericht zulässig (Art. 45a Abs. 2 VAG sowie Art. 97 OG i.V.m. Art. 5 VwVG), soweit nicht eine Ausnahme greift (Art. 98-102 OG), was hier nicht der Fall ist; selbst wenn es sich in der Streitsache um die Genehmigung eines Tarifs handeln würde, wäre die Verwaltungsgerichtsbeschwerde zulässig, ist sie doch gegen Tarife auf dem Gebiete der Privatversicherung im Sinne einer Gegenausnahme nicht ausgeschlossen (Art. 99 Abs. 1 lit. b OG; BGE 124 III 229 E. 2c S. 232; Urteil des Bundesgerichts 2A.255/2002 vom 22. April 2003, E. 1.2; vgl. auch die nicht in der Amtlichen Sammlung publizierte E. 1 von BGE 130 II 258 [Urteil 2A.441/2003 vom 12. März 2004]).
1.2 Die Beschwerdeführerin stellt ergänzend einen Feststellungsantrag. Auch das Bundesamt ersucht in seinen Rechtsbegehren um Bestätigung bestimmter rechtlicher Erwägungen im angefochtenen Entscheid; dabei handelt es sich sinngemäss ebenfalls um ein Feststellungsbegehren. Feststellungsentscheide sind indessen gegenüber rechtsgestaltenden bzw. leistungsverpflichtenden Verfügungen grundsätzlich subsidiär (vgl. BGE 114 II 253 E. 2a S. 255, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 2C.5/1999 vom 3. Juli 2003, E. 4.2). Im vorliegenden Fall geht es um eine konkrete Aufsichtsmassnahme, mit welcher die Beschwerdeführerin zu einem bestimmten Verhalten mit Auswirkungen auf ihre Rechtsstellung verpflichtet wird. Der Streitgegenstand ist damit rechtsgestaltend bzw. leistungsverpflichtend und nicht lediglich rechtsfeststellend. Sollte sich der angefochtene Entscheid als bundesrechtswidrig erweisen, entfiele die umstrittene Aufsichtsmassnahme oder sie wäre zu korrigieren, ohne dass es weiterer rechtlicher Feststellungen bedürfte. Auch wenn der angefochtene Entscheid zu bestätigen wäre, bestünde kein Interesse an darüber hinausgehenden rechtlichen Feststellungen. Demnach kann auf die Beschwerde nicht eingetreten werden, soweit die
Verfahrensbeteiligten Feststellungsanträge erheben. Über die damit aufgeworfenen Rechtsfragen ist immerhin

bei der Prüfung der Rechtmässigkeit des vorinstanzlichen Urteils vorfrageweise mit zu befinden (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 2A.609/2004 vom 13. Mai 2005, E. 1.2).
1.3 Ebenfalls nicht eingetreten werden kann auf das Rechtsbegehren des Bundesamtes, der gesamte auszuschüttende Betrag von 14,3 Millionen Franken sei um einen angemessenen kalkulatorischen Zinsertrag für die Zeitspanne zwischen der Verbuchung des Zahlungseinganges bis zum Ausschüttungszeitpunkt zu erhöhen. Im vorliegenden Verfahren gibt es weder die Möglichkeit einer Anschlussbeschwerde noch der reformatio in peius (vgl. dazu Art. 114 Abs. 1 OG), weshalb sich der entsprechende Antrag des Bundesamtes als unzulässig erweist.
1.4 Mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde kann vorliegend die Verletzung von Bundesrecht, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, sowie die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts (Art. 104 lit. a und b OG), nicht jedoch die Unangemessenheit des angefochtenen Entscheids (vgl. Art. 104 lit. c OG) gerügt werden. Hat - wie hier - eine richterliche Behörde als Vorinstanz entschieden, ist das Bundesgericht an deren Sachverhaltsfeststellung gebunden, sofern diese nicht offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen erfolgt ist (Art. 105 Abs. 2 OG). Damit wird auch die Möglichkeit, vor Bundesgericht neue Tatsachen vorzubringen und neue Beweismittel einzureichen, weitgehend eingeschränkt (BGE 128 II 145 E. 1.2.1 S. 150, mit Hinweisen). Schliesslich ist das Bundesgericht an die Begehren der Parteien, nicht aber an deren Begründung gebunden (Art. 114 Abs. 1 OG).
2.
2.1 Nach Art. 1 VAG übt der Bund, insbesondere zum Schutze der Versicherten, die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen aus. Gemäss Art. 17 VAG beaufsichtigt die Aufsichtsbehörde den gesamten Geschäftsbetrieb der Versicherungseinrichtung. Sie wacht darüber, dass die Solvenz erhalten bleibt, der genehmigte Geschäftsplan beachtet und die schweizerische Aufsichtsgesetzgebung befolgt wird. Hinsichtlich der Geschäftstätigkeit im Inland wacht sie zudem darüber, dass das schweizerische Recht über das private Versicherungswesen beachtet wird, und sie schreitet gegen Missstände ein, welche die Interessen der Versicherten gefährden. Im Rahmen der gesetzlich erforderlichen Bewilligung des Geschäftsbetriebes für Versicherungsgeschäfte muss ein Geschäftsplan eingereicht werden, zu dem unter anderem die Tarife und Angaben über die technischen Rückstellungen gehören (vgl. Art. 7 und 8, insbes. Abs. 1 lit. f und g VAG). Nach Art. 19 VAG dürfen geänderte genehmigungspflichtige Teile des Geschäftsplanes von den Versicherungseinrichtungen erst verwendet werden, nachdem ihnen die Aufsichtsbehörde zugestimmt hat. Schliesslich prüft diese gemäss Art. 20 VAG im Genehmigungsverfahren aufgrund der von den Versicherungseinrichtungen
vorgelegten Tarifberechnungen, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der einerseits die Solvenz der einzelnen Versicherungseinrichtungen und anderseits den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleisten.
2.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet die Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden für die Überprüfung des Planes zur Ausschüttung der fraglichen Sockelbeiträge. Entgegen ihrer Ansicht dient die Versicherungsaufsicht jedoch nicht nur der Solvenzerhaltung (ausdrücklich erwähnt in Art. 17 Abs. 1 VAG), sondern generell dem Schutz der Versicherten (vgl. Art. 1 VAG) bzw. der Sorge für ein ordnungsgemäss funktionierendes Versicherungswesen (BGE 114 Ib 244 E. 5b S. 248; BBl 1976 II 891 ff.; Stefanie Gey, Aufgaben und Bedeutung der staatlichen Aufsicht über die schweizerischen Privatversicherungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts, Bern 2003, S. 170 ff.). Das Bundesamt hat ausdrücklich den Geschäftsplan eines Versicherers (sowie spätere Änderungen desselben) zu genehmigen (vgl. Art. 9 und 19 VAG). Es wacht über die Einhaltung des Geschäftsplanes sowie der Aufsichtsgesetzgebung und verhindert Missstände, welche die Interessen der Versicherten gefährden (vgl. Art. 17 VAG). Gewisse von der Versicherungseinrichtung vorgesehene Prämien sind sodann aufgrund der vorgelegten Tarifberechnungen zu genehmigen (vgl. Art. 8 Abs. 1 lit. f und Art. 20 VAG). Genehmigungspflichtig ist der Prämien-Tarif insbesondere in der Sparte "Krankenversicherung" (vgl. Art. 9
Abs. 2 VAG i.V.m. Art. 26 Abs. 2 der Verordnung über die Direktversicherung mit Ausnahme der Lebensversicherung [Schadenversicherungsverordnung, SchVV; SR 961.711]; Urteil des Bundesgerichts 2A.255/2002 vom 22. April 2003, E. 1.1; Gey, a.a.O., S. 174).

Bei den hier fraglichen Sockelbeiträgen handelt es sich um Geld, das zu Gunsten der Versicherten verwendet werden muss. Die Absicht der Beschwerdeführerin, diese Beiträge (jedenfalls zu einem grossen Teil) zur Äufnung von Alterungsrückstellungen zu verwenden, untersteht der Genehmigungspflicht (nach Art. 8 Abs.

1 lit. g VAG i.V.m. Art. 19 VAG). Dasselbe gilt, soweit die Sockelbeiträge über die Prämien ausgeschüttet werden sollen, weil es sich im vorliegenden Fall um Prämien der Krankenversicherung handelt (vgl. Art. 8 Abs. 1 lit. f i.V.m. Art. 20 VAG sowie Art. 9 Abs. 2 VAG i.V.m. Art. 26 Abs. 2 SchVV). Bei der Ausübung der Aufsichtstätigkeit hat das Bundesamt die gesamte schweizerische Rechtsordnung über das private Versicherungswesen zu beachten (vgl. Art. 17 Abs. 2 VAG). Dazu zählt unter anderem auch der hier anwendbare Vertrag zwischen der Sanitätsdirektorenkonferenz und der santésuisse vom 21. März 2002, insbesondere wenn berücksichtigt wird, dass es dabei um die Verteilung öffentlicher Gelder geht.
2.3 Zu beachten ist freilich, dass den Versicherungseinrichtungen ein gewisser Spielraum bei der Tarifgestaltung zusteht. Insofern hat die Aufsicht lediglich vor Missständen zu schützen. Bei der Krankenversicherung geht es jedoch um die Vorsorge für den Krankheitsfall. Die entsprechenden Prämien belasten heute einen durchschnittlichen Privathaushalt in nicht unwesentlicher Weise. Bei den Zusatzversicherungen sind Wechsel des Versicherers häufig erschwert, da Neuabschlüsse ab einem gewissen Alter von den Versicherungseinrichtungen abgelehnt werden oder mit erheblichen Vorbehalten verbunden sein können. Ist der Markt insofern eingeschränkt, besteht ein erhebliches öffentliches Interesse am Schutz der Versicherten bei den Krankenzusatzversicherungen. Hinzu kommt vorliegend, dass nicht private, sondern öffentliche Gelder zu verteilen sind. Damit verbleibt den Versicherungseinrichtungen lediglich ein kleiner Handlungsspielraum, bzw. es greift eine relativ weite aufsichtsrechtliche Kompetenz der Aufsichtsbehörden.
3.
3.1 Zu beurteilen ist hier die Pflicht der Beschwerdeführerin, den für das Jahr 2001 von den Kantonen rückerstatteten Betrag von 14,3 Millionen Franken vollumfänglich an ihre Zusatzversicherten weiterzugeben. Würden die Sockelbeiträge nicht an die Versicherten ausgeschüttet, läge ein Missbrauchstatbestand vor, der aufsichtsrechtliche Massnahmen nach sich ziehen müsste. Die Vorinstanz hat für das Bundesgericht verbindlich (vgl. E. 1.4) festgestellt, dass die Beschwerdeführerin die ihr zugewiesenen Sockelbeiträge noch nicht an ihre Zusatzversicherten ausgerichtet hat. Damit ist die Ergreifung von Aufsichtsmassnahmen grundsätzlich nicht zu beanstanden. Es fragt sich einzig, ob ihre Ausgestaltung dem Bundesrecht entspricht oder nicht.
3.2 Die Beschwerdeführerin sieht die Verwendung eines grossen Teils der Sockelbeiträge für Alterungsrückstellungen vor. Gesetz und Aufsichtsbehörden verlangen bei der Krankenzusatzversicherung die Bildung solcher Alterungsrückstellungen. Deren Höhe kann jedoch nicht beliebig festgesetzt werden. Rückstellungen dienen zwar der Solvenz in Zeiten erhöhten Risikos; werden sie in nicht gerechtfertigter Höhe vorgenommen, belasten sie aber die Prämien übermässig. Zu wahren ist demnach ein vernünftiges Verhältnis zwischen Rückstellungen und Prämienhöhe. Wesentlich ist sodann die Zweckgebundenheit der hier fraglichen Gelder, indem diese spezifisch an die Versicherten des Jahres 2001 zu verteilen sind. Alterungsrückstellungen sind indes grundsätzlich auf einen späteren Zeitpunkt fokussiert; sie kommen nur denjenigen Personen zugute, die bei ihrer Auflösung zu den Versicherten zählen. Der im Jahr 2001 Versicherte erhält davon keinen Anteil, wenn sein Vertragsverhältnis vor Auflösung der Rückstellungen aufgehoben wird, währenddem andere, die erst später einen Versicherungsvertrag abschliessen, zu Unrecht von den Rückstellungen profitieren können. Je länger mit der Ausschüttung zugewartet wird, desto grösser wird das entsprechende Risiko. Im
vorliegenden Fall sind inzwischen seit dem fraglichen Jahr 2001 bereits vier Jahre vergangen, bzw. es sind schon wieder die Prämien für fünf Jahre festgesetzt worden. Die Verwendung der fraglichen Sockelbeiträge, wie sie von der Beschwerdeführerin vorgesehen wird, verstösst in diesem Sinne gegen ihre Zweckbindung und damit gegen Bundesrecht, da sie mit relativ grosser Wahrscheinlichkeit zu einem wesentlichen Teil nicht den Versicherten (des Jahres 2001) zugute kommen, denen sie zugedacht sind. Mit dem angefochtenen Entscheid soll dies verhindert werden.

Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin offenbar bezweckt, über die Verwendung der Sockelbeiträge als Rückstellungen Prämienerhöhungen in einem späteren Jahr und damit den Abgang von unzufriedenen Versicherten zu vermeiden. Ein solches Risiko besteht bei allen Prämienerhöhungen und trifft auch andere Versicherer. Insbesondere jedoch führt ein solches Vorgehen erneut zu einem Auseinanderklaffen des Bestandes der berechtigten Zielgruppe der Versicherten des Jahres 2001 und der später von den Sockelbeiträgen profitierenden Versicherten. Überdies bestünde für die Versicherten kaum Transparenz über die Verwendung der ihnen zustehenden Gelder. Das Vorgehen der Beschwerdeführerin scheint auch nicht aus Solvenzgründen erforderlich, da sie offenbar (jedenfalls im Vergleich mit anderen Versicherungseinrichtungen) bereits heute über recht hohe Alterungsrückstellungen verfügt.

Im Übrigen erlaubt der angefochtene Entscheid der Beschwerdeführerin gerade ausdrücklich, wenigstens einen Teil der Sockelbeiträge im Rahmen der Vorauskalkulation der nächsten Prämie auszurichten, die nach rechtskräftiger Erledigung des vorliegenden Streitfalles festzusetzen ist. Damit ist es der Beschwerdeführerin zwar verwehrt, längerfristige Rückstellungen zu bilden, die sie in einem beliebigen Jahr auflösen kann; es steht ihr aber frei, denjenigen Personen, die bereits im Jahre 2001 bei ihr zusatzversichert waren, wenigstens bei der nächsten Prämie eine einmalige Verbilligung anzubieten oder bei ihnen allenfalls auf eine an sich anstehende Prämienerhöhung zu verzichten.
3.3 Der angefochtene Entscheid ist ferner auch nicht insoweit zu beanstanden, als die Vorinstanz die Verrechnung der Sockelbeiträge mit angeblichen Verlusten im Geschäftsjahr 2001 ausgeschlossen hat. Die Rekurskommission hat dazu festgestellt, die Beschwerdeführerin sei insoweit unglaubwürdig und ein solcher Verlust könne nicht als nachgewiesen gelten. Daran ist das Bundesgericht gebunden, da die Beschwerdeführerin insofern keinen qualifizierten Mangel bei der Sachverhaltsfeststellung zu belegen vermag (vgl. E. 1.4). Im Übrigen geht die Vorinstanz zu Recht davon aus, dass eine solche Verrechnung ebenfalls die Zweckbindung der Ausschüttung der Sockelbeiträge in Frage stellen würde.
3.4 Die Beschwerdeführerin beruft sich schliesslich darauf, sie werde im Vergleich mit anderen Versicherern ungleich behandelt, womit sie eine Verletzung von Art. 8 Abs. 1 BV geltend macht. Dazu verweist sie auf eine Aufstellung, die belegen soll, dass verschiedene andere Versicherungseinrichtungen die Sockelbeiträge im Einverständnis mit den Aufsichtsbehörden so oder ähnlich verwendet hätten, wie die Beschwerdeführerin dies tun will. Soweit die entsprechenden Angaben neu sind, bleiben sie jedoch als Noven unbeachtlich (vgl. E. 1.4). Im Übrigen werden die tatsächlichen Angaben sowie die Vergleichbarkeit der Rechtslage vom Bundesamt bestritten. Die Beschwerdeführerin vermag denn auch nicht zu belegen oder wenigstens glaubhaft zu machen, dass bei anderen Versicherern eine wesentliche vergleichbare Ausgangslage gegeben ist oder war, welche aus Gründen der Rechtsgleichheit zu einer Gleichbehandlung führen müsste. Dabei kann offen bleiben, ob es sich allenfalls um die direkte Anwendung des Gleichheitsgebots oder um eine Gleichbehandlung im Unrecht handeln würde.
3.5 Der angefochtene Entscheid verstösst somit nicht gegen Bundesrecht.
4.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

Bei diesem Verfahrensausgang wird die Beschwerdeführerin kostenpflichtig (Art. 156 Abs. 1, Art. 153 und 153a OG).

Demnach erkennt das Bundesgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2.
Die Gerichtsgebühr von Fr. 40'000.– wird der Beschwerdeführerin auferlegt.
3.
Dieses Urteil wird der Beschwerdeführerin, dem Bundesamt für Privatversicherungen und der Eidg. Rekurskommission für die Aufsicht über die Privatversicherungen schriftlich mitgeteilt.
Lausanne, 2. Februar 2006
Im Namen der II. öffentlichrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts
Der Präsident: Der Gerichtsschreiber: