

Ökonomische Analyse des geplanten Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetzes

Gutachten im Auftrag von comparis.ch

Dr. Harry Telser

Dr. Yves Schneider

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	3
1 Einleitung	5
2 Regulierter Wettbewerb in der Krankenversicherung	6
2.1 Was sind die Ziele des Krankenversicherungsgesetzes?	6
2.2 Wann funktioniert ein regulierter Wettbewerb?	7
2.3 Funktioniert der regulierte Wettbewerb heute?	7
2.4 Welche Reformen wären nötig, damit der Wettbewerb funktioniert?	8
3 Allgemeine Beurteilung des geplanten Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetzes (KVAG)	9
3.1 Stabilität des Systems der sozialen Krankenversicherung	9
3.2 Stärkung des regulierten Wettbewerbs	11
4 Diskussion ausgewählter Artikel aus dem KVAG	13
4.1 Risikobasierte Reservevorschriften (Art. 12)	13
4.2 Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten (Art. 41).....	14
4.3 Vorschriften zu Rückstellungen (Art. 13) und gebundenes Vermögen (Art. 14)	14
4.4 Genehmigung Prämientarife (Art. 15)	14
4.5 Vorschriften zu den Verwaltungskosten und der Maklertätigkeit (Art. 19)	16
4.6 Transparenzvorschriften (Art. 20, 21, 24 und 25)	17
4.7 Schaffung einer eigenständigen Aufsichtsbehörde	18
4.8 Finanzierung der neuen Aufsichtsbehörde.....	18
5 Fazit	19

Management Summary

Das vom Bundesrat am 2. Februar 2011 in die Vernehmlassung gegebene Bundesgesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) hat zum Ziel, die Aufsicht über die Krankenkassen zu stärken, um einerseits die Systemstabilität der sozialen Krankenversicherung zu gewährleisten und andererseits die Grundprinzipien des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zu garantieren. Eine ökonomische Analyse zeigt, dass beide Ziele mit dem neuen Gesetzesentwurf nicht erreicht werden. Vielmehr besteht sogar die Gefahr, dass durch das dichte Regulierungsgefüge erst Systeminstabilitäten verursacht werden.

Die Gefahr eines Systemversagens in der sozialen Krankenversicherung wird im Vernehmlassungsbericht zum KVAG stark betont, und viele Massnahmen werden damit gerechtfertigt. Begründet wird die Gefährdung der Systemstabilität mit Dominoeffekten bei Insolvenz einer grossen Krankenkasse. Die dieser Aussage zugrundeliegende Studie, welche im Vernehmlassungsbericht zitiert wird, kann diese Dominoeffekte jedoch nicht stringent belegen. Vielmehr werden dort sogar Beispiele aufgeführt, die zeigen, dass die Marktteilnehmer relativ flexibel reagieren können und das System kaum Stabilitätsprobleme aufweist.

Dies wird auch durch die ökonomische Analyse bestätigt. Eine Versicherung ist grundsätzlich ein Umlageverfahren: Die Prämieinnahmen einer Periode dienen zur Finanzierung der Versicherungsleistungen derselben Periode. In der sozialen Krankenversicherung ist das Umlageverfahren zudem vom Gesetzgeber erfordert. Ein solches Umlageverfahren macht das System grundsätzlich skalierbar und dementsprechend flexibel. Auch wenn eine grössere Krankenkasse insolvent werden sollte, können die restlichen Krankenkassen dies auffangen, da die künftigen Leistungskosten der wechselnden Versicherten zu einem grossen Teil durch die zusätzlichen Prämieinnahmen gedeckt sind. Die bereits bezogenen Leistungen können aus der Konkursmasse der insolventen Krankenkasse beglichen werden. Durch Vorschriften bezüglich Rückstellungen und gebundenen Vermögenswerten ist das Verlustrisiko für die Leistungserbringer sehr begrenzt.

Die Gefahr von Dominoeffekten ist dementsprechend als äusserst gering zu beurteilen, weshalb neue regulatorische Eingriffe aufgrund angeblicher gefährdeter Systemstabilität jedenfalls kaum zu rechtfertigen sind.

Die zweite Zielsetzung des KVAG ist die Stärkung des regulierten Wettbewerbs und damit die Sicherung der Grundprinzipien des KVG. Diese Grundprinzipien sind Solidarität, qualitativ hochstehende medizinische Versorgung für alle und Kostenkontrolle. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen soll vor allem die Kostenkontrolle sicherstellen. Eine angemessene Regulierung ist notwendig, damit der Marktprozess diese Funktion auch wahrnehmen kann und die anderen beiden Grundprinzipien weiterhin gewährleistet sind.

Die ökonomische Analyse zeigt, dass die heutige Regulierungssituation den Wettbewerb zu stark einschränkt. Die grundlegenden Voraussetzungen für das Funktionieren eines regulierten

Wettbewerbs werden nicht erfüllt. Zu nennen sind hier insbesondere das Regulierungsversagen beim ungenügend ausgestalteten Risikoausgleich, der den Krankenversicherern Anreize für Risikoselektion gibt, und der Kontrahierungszwang, der eine Weitergabe des Krankenkassenwettbewerbs auf die Kosten der Leistungserbringer stark einschränkt. Will man also die Grundprinzipien des KVG beziehungsweise den regulierten Wettbewerb stärken, müssten zuerst die bestehenden Regulierungsfehler korrigiert werden, damit der Marktprozess seine Aufgaben überhaupt erfüllen kann.

Der Gesetzesentwurf des KVAG ist auch unter dieser Zielsetzung insgesamt als mehr schädlich als nützlich zu beurteilen. Ein Hauptproblem des KVAG besteht darin, dass viele vorgeschlagene Massnahmen dem Zweck dienen sollen, Probleme zu beseitigen, die erst durch eine ungenügende Regulierung entstanden sind. So zielen Regulierungen z. B. darauf ab, Risikoselektion bei den Versicherern zu verhindern, welche durch einen ungenügend ausgestalteten Risikoausgleich zustande kommt. Anstatt die Probleme an der Wurzel anzupacken, und die bestehende ungenügende Regulierung so zu verbessern, dass der Wettbewerb zwischen den Kassen seine Funktion wahrnehmen kann, sollen weitere einschränkende Regulierungen eingeführt werden.

Als besonders wettbewerbsbehindernd sind die geplanten Regulierungen zu den Prämien genehmigungen und -rückerstattungen zu nennen, die Eingriffsmöglichkeiten bei den Verwaltungskosten und der Werbung sowie die Beschneidung der Unternehmensfreiheit bei den Maklern. Die Reservevorschriften werden aufgrund der geplanten Risikobasierung zwar gegenüber der heutigen Situation verbessert, allerdings ist auch hier nicht ersichtlich, weshalb eine Aufsichtsbehörde bessere Informationen über die angemessene Reservenhöhe haben sollte als die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen. Als wettbewerbsfördernd sind einzig einige Regelungen zu Corporate Governance zu nennen, welche die Markttransparenz verbessern.

Bestehendes Regulierungsversagen, das den Wettbewerb heute in seiner Funktionsfähigkeit stark behindert, wird nicht nur nicht abzubauen versucht, vielmehr werden neue, noch stärkere Einschränkungen des Marktmechanismus vorgeschlagen, welche Probleme an anderen Stellen nach sich ziehen und der Grundintention des KVG eines regulierten Wettbewerbs gänzlich entgegenlaufen.

Dabei ist insbesondere auf die Gefahr von Regulierungsversagen hinzuweisen. Ein Fehler der Regulierungsbehörde aufgrund bspw. ungenügender Informationen betrifft prinzipiell alle beaufsichtigten Krankenkassen und kann grosse Kosten für das Gesamtsystem verursachen, während ein Fehler durch eine Krankenkasse in einem funktionierenden Markt nur diese Kasse betrifft und das System nicht weiter gefährdet. Das KVAG ist dementsprechend inkonsistent, da es zwar einerseits den regulierten Wettbewerb fördern will, gleichzeitig aber Vorschriften erlässt, welche ein effektives Funktionieren des Marktprozesses verunmöglichen und sogar noch mehr Instabilität ins System bringen können. Ein solches inkonsistentes Vorgehen ist die schlechteste Option: Sie vereint die Nachteile der Regulierung mit den Nachteilen eines nicht funktionierenden Wettbewerbes.

1 Einleitung

Am 2. Februar 2011 hat der Bundesrat das neue Bundesgesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) in die Vernehmlassung geschickt. Ein explizites Ziel des Gesetzesentwurfs liegt in der Stärkung der Aufsicht über die Krankenkassen, die neu in einer eigenständigen, politisch unabhängigen Behörde vorgenommen werden soll. Dazu sollen bestehende Artikel aus dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zur Aufsicht aus diesem ausgegliedert werden und um zusätzliche neue gesetzliche Grundlagen erweitert werden.

Da der Krankenversicherungsbereich grundsätzlich wettbewerblich organisiert ist, drängt sich eine ökonomische Analyse des Gesetzesentwurfs auf. Insbesondere sollte eine Versicherungsaufsicht im regulierten Wettbewerb sicherstellen, dass der Marktprozess beziehungsweise der Wettbewerb unter den Versicherern funktioniert und seine Funktion wahrnehmen kann, welche der Gesetzgeber im KVG verankert hat und die inzwischen mehrmals vom Souverän bestätigt wurde.

Um den Gesetzesentwurf ökonomisch beurteilen zu können, müssen zuerst die Grundlagen erarbeitet werden, unter denen der regulierte Wettbewerb, wie er im Krankenversicherungsbereich durch das KVG vorgesehen ist, funktionieren kann. Dazu werden in Kapitel 2 die Grundprinzipien des KVG dargelegt und ökonomisch analysiert, wie die Regulierung grundsätzlich ausgestaltet sein müsste, damit der Markt die vorgesehenen Funktionen wahrnehmen kann.

Liegen diese Grundvoraussetzungen für die Regulierung vor, kann der Gesetzesentwurf des KVAG daran beurteilt werden. Dies wird in Kapitel 3 erst in allgemeiner Form gemacht. In diesem Abschnitt werden die grundsätzlichen Ziele des KVAG und die Massnahmen insgesamt ökonomisch beurteilt. Anschliessend werden in Kapitel 4 diejenigen Massnahmen, welche aus ökonomischer Sicht am wichtigsten sind, einer detaillierten Analyse unterzogen.

2 Regulierter Wettbewerb in der Krankenversicherung

2.1 Was sind die Ziele des Krankenversicherungsgesetzes?

Der Gesetzgeber verfolgte mit dem 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) drei Hauptziele:¹ Erstens sollte die Solidarität gestärkt werden. Zweitens ging es darum, eine qualitativ hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung sicherzustellen. Drittens sollte das KVG zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen, im Sinne dass die Leistungen zu einem möglichst geringen Preis angeboten werden.

Während für das Erreichen der ersten beiden Ziele spezifische Regulierungen wie Versicherungsobligatorium, Einheitsprämie, Prämienverbilligungen und teilweise Spitalfinanzierung durch Steuergelder eingeführt wurden, sollte das dritte Ziel der Kostenkontrolle vor allem mit wettbewerblichen Massnahmen erreicht werden. Die volle Freizügigkeit der Versicherten sollte zu einem Wettbewerb unter den Versicherern führen, welche ihrerseits den Konkurrenzdruck an die Leistungserbringer weitergeben.

Aus ökonomischer Sicht ist es durchaus sinnvoll, die Kostenkontrolle mit Marktmechanismen zu erreichen versuchen. Im Gegensatz zu den ersten beiden Zielen, ist die Bestimmung, was angemessene Kosten und faire Krankenversicherungsprämien sind, mit einem immensen Informationsbedarf verbunden. Die regulierende Behörde müsste Informationen über die Risikoverteilung in der Versichertenpopulation der verschiedenen Krankenkassen, über die Angemessenheit der Risikobeurteilungsinstrumente, über die Präferenzen der Versicherten, über die Angemessenheit der medizinischen Behandlung etc. verfügen. Da Informationsbereitstellung und Informationsverarbeitung zentrale Eigenschaften des Marktprozesses sind, lässt sich damit die Preisfindung wirksamer und effizienter erreichen als mit einer umfassenden Regulierung.

Da neben der Kostenkontrolle Solidaritäts- und Zugangziele definiert wurden, ist eine rein marktwirtschaftliche Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems jedoch weder gewünscht noch sinnvoll. Vielmehr muss mit Regulierungen sichergestellt werden, dass der Wettbewerb seine Funktion wahrnehmen kann, ohne die anderen Ziele zu beeinträchtigen. Man spricht von einem regulierten Wettbewerb.

So besteht beispielweise ein Zielkonflikt zwischen Kostenkontrolle durch Wettbewerb und Solidarität. Ein rein marktwirtschaftlich ausgestaltetes Versicherungssystem würde unterschiedliche Krankenkassenprämien für die Versicherten hervorbringen. Um das Solidaritätsziel zu erreichen, wurden deshalb den Versicherern eine Einheitsprämie und ein Aufnahmewang vorgeschrieben. Diese Regulierung beeinträchtigt ihrerseits das Funktionieren des Wettbewerbs, weil die Krankenkassen dadurch Anreize für Risikoselektion erhalten. Der Zielkonflikt wird ent-

¹ Vgl. Botschaft des Bundesrats zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BB1 1992 I 93).

schärft, indem ein Risikoausgleich Vor- und Nachteile unterschiedlicher Risikostrukturen zwischen Krankenkassen ausgleichen soll und so die Anreize zur Risikoselektion reduziert. Ein funktionierender Risikoausgleich im Sinne einer adäquaten Abbildung von Unterschieden in der Risikostruktur ist somit eine notwendige Regulierung, damit der Markt im regulierten Wettbewerb seine Rolle der Kostenkontrolle überhaupt wahrnehmen kann.

2.2 Wann funktioniert ein regulierter Wettbewerb?

Damit der Marktmechanismus im Krankenkassenbereich zur Kostendämpfung beiträgt, der regulierte Wettbewerb also funktionieren kann, sind drei zentrale Voraussetzungen nötig.²

1. Die Versicherten müssen die freie Wahl zwischen den Krankenkassen haben.
2. Die Krankenkassen müssen untereinander mit Preis und Qualität um die Versicherten konkurrieren können und dürfen keine Monopolmacht aufbauen.
3. Unwirtschaftlich arbeitende Akteure müssen durch den Markt bestraft werden können, indem sie durch Konkurs aus dem System ausscheiden.

Die Regulierung muss so ausgestaltet werden, dass diese drei Voraussetzungen erfüllt sind. Dabei ist jede der drei Voraussetzungen notwendig für einen funktionierenden regulierten Wettbewerb. Wenn also nur eine der Voraussetzungen nicht erreicht wird, kann der Wettbewerb im Krankenversicherungsbereich seine Aufgaben nicht erfüllen.

2.3 Funktioniert der regulierte Wettbewerb heute?

Bezogen auf die heutige Situation in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist nur gerade eine Voraussetzung tatsächlich erfüllt. Es besteht Wahlfreiheit für die Versicherten. In Bezug auf die zweite Voraussetzung können Krankenkassen derzeit nur sehr eingeschränkt miteinander konkurrieren. Ein Vertragswettbewerb und damit Wettbewerb um eine möglichst optimale Qualität in der Gesundheitsversorgung ist vor allem dadurch eingeschränkt, dass individuelle Verträge mit Leistungsanbietern durch den Kontrahierungszwang nur in Ausnahmefällen möglich sind. Zusätzlich ist der Preiswettbewerb durch ein Gewinnverbot, Mindestreservenvorschriften, Rabattvorschriften und Prämien genehmigungen eingeschränkt. Schliesslich setzt ein (derzeit noch) ungenügend ausgestalteter Risikoausgleich Anreize für die Krankenkassen, Risikoselektion zu betreiben.

Auch die dritte Voraussetzung ist nicht erfüllt, da der Kontrahierungszwang die Kassen dazu zwingt, auch mit unwirtschaftlichen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen. Es fehlt hier

² Vgl. zum regulierten Wettbewerb Enthoven, A. (1988), Managed Competition of Alternative Delivery Systems, Journal of Health Politics, Policy and Law, 13, 305–321; oder Greß, S. (2002), Krankenversicherung und Wettbewerb – Das Beispiel Niederlande, Frankfurt a. M., Campus.

eine notwendige Disziplinierungsmöglichkeit, damit der regulierte Wettbewerb die gewünschte kostendämpfende Wirkung ausüben kann.

Offensichtlich ist die Wirkungskette des regulierten Wettbewerbs in der OKP unterbrochen. Der Wettbewerb kann dementsprechend seine Funktion nicht wahrnehmen. Dies kann bereits aufgrund der Ausgestaltung der Regulierung gefolgert werden, ohne das Verhalten der Marktakteure genauer untersuchen zu müssen.

2.4 Welche Reformen wären nötig, damit der Wettbewerb funktioniert?

Es hat sich bereits relativ bald nach Inkrafttreten des KVG gezeigt, dass das Ziel der Kostendämpfung nicht erreicht wurde.³ Insbesondere konnten die wettbewerblichen Elemente in der Krankenversicherung ihre gewünschte Wirkung nicht entfalten, weil sie von der Regulierung zu stark zurückgebunden wurden und der seit Beginn ungenügend ausgestaltete Risikoausgleich dazu führte, dass sich Risikoselektion für die Krankenkassen mehr lohnte als innovative Versicherungsmodelle zu entwickeln.

Falls der Wettbewerb, wie eigentlich vom KVG intendiert und in mehreren Volksabstimmungen über eine Einheitskasse vom Souverän bestätigt, eine aktive Rolle im Krankenversicherungssystem einnehmen soll, müssten Reformen an die Hand genommen werden, welche sicherstellen, dass der Wettbewerb angemessen funktionieren kann. Insbesondere sind regulatorische Eingriffe möglichst zu vermeiden, welche die oben genannten Grundvoraussetzungen für das Funktionieren des regulierten Wettbewerbs behindern. Zielführende Reformmassnahmen wären beispielsweise

- Verbesserung des Risikoausgleichs
- Abschaffung des Kontrahierungszwangs
- Abschaffung des Gewinnverbotes bei den Krankenkassen
- Abschaffung der Prämiengenehmigung
- Abschaffung oder zumindest Verbesserung der Mindestreservevorschriften
- Abschaffung der Vorschriften zu Prämienrabatten

Die Reform des Risikoausgleichs ist dabei unabdingbar, da ohne einen funktionierenden Risikoausgleich neue Freiheiten im Markt von den Krankenkassen für Risikoselektion genutzt werden könnten.

³ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (2001), Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz, Bern.

3 Allgemeine Beurteilung des geplanten Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetzes (KVAG)

Das geplante KVAG hat gemäss Vernehmlassungsbericht (S. 6) zum Ziel, die Aufsichtsbehörde zu stärken, damit

- die Systemstabilität gewährleistet werden kann und
- die Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung garantiert werden sollen.

Eine allgemeine ökonomische Beurteilung des Gesetzesentwurfs führt zum Schluss, dass mit den geplanten Massnahmen diese Ziele nicht erreicht, sondern vielmehr sogar gefährdet werden können.

Die Systemstabilität ist ein neues Ziel, das offensichtlich vor allem vor dem Hintergrund der Finanzkrise zu sehen ist. In der sozialen Krankenversicherung stellt sie aber kaum ein Problem dar, welchem regulatorisch begegnet werden müsste.

Unter der Garantie der Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung ist im Grunde nichts anderes zu verstehen, als dass der regulierte Wettbewerb in der OKP gestärkt werden soll (vgl. Abschnitt 2.1). Im Vernehmlassungsbericht wird dies explizit auch so formuliert, die vorgeschlagenen Massnahmen dienen aber insgesamt eher dazu, den Wettbewerb noch stärker zu behindern.

3.1 Stabilität des Systems der sozialen Krankenversicherung

Das neue KVAG betont neu die «Systemstabilität» als eine zentrale Anforderung, welche zum Schutz des Versicherten gewährleistet werden muss. Der Vernehmlassungsbericht begründet dies nur wenig konkret mit der Gefahr von «Dominoeffekten» bei Insolvenz eines grossen Versicherers und verweist auf ein Gutachten von Prof. Dr. Herbert Lüthy.⁴ Aus diesem Gutachten ist jedoch nicht unmittelbar ersichtlich, weshalb die soziale Krankenversicherung von «Dominoeffekten» bedroht sein soll. Vielmehr werden teilweise sogar Beispiele zur Illustrierung der Bedrohung herangezogen, die im Gegenteil aufzeigen, dass das jetzige System relativ problemlos mit solchen Fällen umgehen konnte.

⁴ Lüthy, H. (2010), Insolvenz von Krankenkassen und Systemkrise, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/index.html> (Zugriff am 29.3. 2011).

Im Bankensektor haben IMF BIS und FSB (2009)⁵ Kriterien entworfen, anhand derer die Stabilität des Finanzsystems beurteilt werden kann. Die drei Hauptkriterien sind: Grösse, fehlende Substituierbarkeit und starke Verwobenheit. Versucht man grob das soziale Krankenversicherungssystem nach diesen Kriterien zu beurteilen, so kommt man zum Schluss, dass Systemstabilität kaum ein Problem ist:

1. Es gibt zwar einige grössere Krankenkassen. Die drei grössten Kassen versichern rund 30 Prozent der Versicherten. Die 17 grössten Krankenkassen versichern 80 Prozent der Versicherten. Insgesamt gibt es 81 Krankenkassen (Daten von 2009 gemäss BAG). Anders als im Bankensektor führt im Versicherungsbereich eine grössere Anzahl Versicherte pro Versicherungsunternehmen grundsätzlich zu grösserer Risikodiversifikation.
2. Es gibt 81 Krankenkassen, die alle ein grösstenteils standardisiertes Produkt anbieten. Die Substituierbarkeit ist somit hoch.
3. Krankenkassen sind untereinander kaum verwoben.

Verglichen mit dem Finanzsektor, in welchem die Systemrisiken wesentlich durch die Banken beeinflussbar sind, bleiben diese im System der sozialen Krankenversicherung grundsätzlich nicht manipulierbar. Das Krankheitsrisiko der Versicherten wird kaum durch das Verhalten der Versicherer beeinflusst. Systemrisiken der sozialen Krankenversicherung sind beispielsweise grosse Katastrophen, Pandemien etc. Solche Risiken haben jedoch nichts mit Dominoeffekten oder falsch gesetzten Anreizen zu tun, sondern sind darauf zurückzuführen, dass landesweite Grossereignisse viele Krankenkassen gleichzeitig treffen. Ein grosser Teil der Bevölkerung erkrankt gleichzeitig und fordert deshalb gleichzeitig Versicherungsleistungen ein. Eine Versicherung kann nie eine Absicherung gegen solche Grossereignisse bieten, denn ein System, das den maximal möglichen Schaden absichert, ist keine Versicherung mehr. Eine Versicherung beruht wesentlich auf dem Prinzip der Risikodiversifikation.

Es gibt keinen Grund, das Krankenversicherungssystem als von Dominoeffekten bedroht und deshalb als grundsätzlich instabil zu beurteilen. Hingegen kann eine falsche Regulierung Instabilität erzeugen. Insbesondere führt ein System, welches zwar dem Schein nach wettbewerblich organisiert, in Wirklichkeit aber hauptsächlich reguliert ist, zu Instabilität.

Entweder wird dem Wettbewerb und damit dem Marktprozess eine wertvolle Rolle beigemessen oder nicht. Beruhend auf diesem Grundsatzentscheid muss eine konsistente Regulierung entworfen werden. Belässt man eine unternehmerische Restautonomie in einem hoch regulierten Umfeld, dann kann dies starke negative Folgen haben. Die Gefahren können mit der geplanten Möglichkeit des Bundesrates zur Liquiditätshilfe illustriert werden.

⁵ International Monetary Fund, Bank for International Settlements und Financial Stability Board (2009), Guidance to Assess the Systemic Importance of Financial Institutions, Markets and Instruments: Initial Considerations – Report to the G-20 Finance Ministers and Central Bank Governors, www.imf.org/external/np/g20/pdf/100109.pdf (Zugriff am 29.3. 2011).

Durch das Bestreben, das System vor Insolvenz zu schützen, wird der Bundesrat mit Art. 43 KVAG ermächtigt, im Bedarfsfall den Versicherern staatliche Darlehen zu gewähren.⁶ Es ist anzunehmen, dass solche staatlichen Stützungsmaßnahmen umso wahrscheinlicher werden, je grösser der in Schieflage geratene Versicherer ist. Grosse Versicherer können somit davon ausgehen, dass sie im Notfall durch den Staat gerettet werden und haben wenig Anreize, ihre Geschäftstätigkeit vorsichtig und nachhaltig zu gestalten. Die Insolvenzdrohung, welche Versicherer daran hindert, zu niedrige Prämien zu verlangen, gibt es durch diesen Rettungsschirm nicht mehr. Der Wettbewerb (und der politische Druck) kann im Zusammenhang mit dieser «Staatsgarantie» zu nicht nachhaltig niedrigen Prämien führen. Als Konsequenz wird das System als Ganzes insolvent.

Die Annahme, dass das soziale Krankenversicherungssystem instabil ist, wird so zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Misstraut man dem Marktprozess, dann müsste dieser konsequenterweise ganz ausgeschaltet und direkt zu einer Einheitskasse übergegangen werden. Misst man dem Marktprozess hingegen eine wichtige Funktion bei, dann muss konsequenterweise sichergestellt sein, dass dieser möglichst reibungslos funktionieren kann.

3.2 Stärkung des regulierten Wettbewerbs

Vergleicht man den Gesetzesentwurf des KVAG mit den Anforderungen für das Funktionieren eines regulierten Wettbewerbs (vgl. Kapitel 2), kommt man insgesamt zum Schluss, dass zwar einige Verbesserungen vor allem in Bezug auf die Transparenz des Marktes erzielt werden, die meisten Regulierungen aber den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen noch stärker behindern, als dies bereits heute der Fall ist.⁷ Zu nennen wären hier beispielsweise die geplanten Massnahmen in Bezug auf Prämien genehmigungen (ex ante und ex post), Prämienrückerstattungen, Kontrolle der Verwaltungskosten und Beschneidung der Unternehmensfreiheit für Makler.

Viele Massnahmen zielen darauf ab, Krankenkassen vor Konkurs zu bewahren und dadurch die einzelnen Krankenkassen beziehungsweise das Krankenkassensystem stabiler zu machen. Damit wird aber eine wichtige Voraussetzung für das Funktionieren des regulierten Wettbewerbs verletzt. Der Marktprozess kann nur dann funktionieren, wenn nicht nachhaltig geführte Unternehmen durch Konkurs aus dem Markt ausscheiden. Der Marktprozess funktioniert nicht, wenn Unternehmen vor Konkurs geschützt werden. In diesem Fall wird Fehlverhalten ex post nicht bestraft und führt somit zu falschen Anreizen ex ante. Soll dem Wettbewerb eine aktive Rolle in der sozialen Krankenversicherung zugewiesen werden, dann ist es unabdingbar, dass Insolvenz nicht verhindert wird. Im Gegenteil, die Rahmenbedingungen sollten so ausgestaltet sein, dass

⁶ Entgegen der Vorgabe im KVAG Art. 43 Absatz 2 wird dieses Darlehen immer unter dem Marktzinssatz vergeben werden. Ansonsten könnte sich der Versicherer nämlich direkt auf dem Markt finanzieren.

⁷ Vgl. dazu auch die Detailanalyse ausgewählter Artikel in Kapitel 4.

ein insolventer Versicherer möglichst rasch und mit möglichst geringen Folgen für die Versicherten liquidiert werden kann.

Das Argument, dass die Abwicklung eines insolventen Versicherers u. U. ineffizient sei, greift zu kurz. Obwohl ein Konkursverfahren in einer statischen, Ex-post-Optik durchaus ineffizient sein kann, ist es dies in einer umfassenderen Betrachtungsweise jedoch nicht: Es setzt ex ante die richtigen Anreize für eine nachhaltige Unternehmensführung. Die Hinnahme statischer Ineffizienz durch solche Konkurskosten ist eine zentrale Voraussetzung für das Erreichen dynamischer Effizienz durch funktionierende Marktmechanismen. Dies wird noch deutlicher, wenn man sich vor Augen hält, wie eine Unternehmung sich verhalten würde, falls sie gegen Konkurs versichert wäre. Fehlentscheide würden nicht bestraft und die Unternehmensführung hätte wenig Anreiz, sich vorsichtig zu verhalten. Die Verhinderung von Insolvenz dient somit lediglich dem Schutz der Versicherer, nicht aber dem Schutz der Versicherten.

Das Argument verfängt im Bereich der sozialen Krankenversicherung umso mehr, da die Kosten durch Insolvenz vor allem aufgrund der Finanzierung durch ein Umlageverfahren deutlich geringer ausfallen. Die Versicherten müssen nicht wie bei kapitalgedeckten Systemen befürchten, ihre Ersparnisse zu verlieren. Vielmehr können sie zu einem anderen Versicherer wechseln und genießen weiterhin umfassenden Versicherungsschutz. Des Weiteren hat der vorherige Abschnitt gezeigt, dass auch nicht mit Systemstabilitätsproblemen durch Insolvenz zu rechnen ist. Das System ist durch das Umlageverfahren grundsätzlich skalierbar. Krankenkassen, welche Versicherte einer insolventen Kasse übernehmen, können die zusätzlichen Leistungskosten von Beginn weg mit den zusätzlichen Prämien finanzieren. Es ist höchstens mit temporären Engpässen bei der Verwaltungstätigkeit zu rechnen.⁸

Das KVAG ist inkonsistent, da es zwar einerseits den regulierten Wettbewerb fördern will,⁹ gleichzeitig aber Vorschriften erlässt, welche ein effektives Funktionieren des Marktprozesses verunmöglichen. Zudem besteht die Gefahr, dass diese Regulierungen durch mangelnde Informationen oder Fehlentscheide erst zu Instabilitäten im System mit hohen Folgekosten führen (Regulierungsversagen). Ein solches inkonsistentes Vorgehen ist dementsprechend die schlechteste Option: Sie vereint die Nachteile der Regulierung mit den Nachteilen eines nicht funktionierenden Wettbewerbes.

⁸ Die bereits jetzt relativ geringen Kosten von Insolvenz ließen sich noch weiter reduzieren, wenn der Risikoausgleich und die Mindestreserven besser ausgestaltet würden (vgl. Kapitel 4.1).

⁹ Vgl. S 6 Vernehmlassungsbericht.

4 Diskussion ausgewählter Artikel aus dem KVAG

4.1 Risikobasierte Reservevorschriften (Art. 12)

Unter der geltenden Regulierung müssen die Versicherer einen gewissen Prozentsatz der jährlichen Prämieinnahmen als Reserven ausweisen. Dies erzeugt insbesondere dann Probleme, wenn viele Versicherte gleichzeitig zu einer Krankenkasse wechseln. Der Versicherer muss in kurzer Zeit relativ hohe Reserven aufbauen.

Durch den Versichertenzuwachs steigt aber das Risiko des Versicherers nicht notwendigerweise. Entspricht das Risikoprofil der neu dazukommenden Versicherten dem bisherigen Risikoprofil, so ändert sich das Risiko nicht. Es kann, aufgrund einer u. U. gestiegenen Risikodiversifikation sogar abnehmen.

Die Gesetzesvorlage schlägt deshalb vor, zu risikobasierten Reservevorschriften überzugehen. Richtig umgesetzt, müssen die Versicherer die Reserven der neuen Risikosituation anpassen und nicht mehr ihren Prämieinnahmen. Hinzu kommt, dass bei einem gut funktionierenden Risikoausgleich das Versicherungsrisiko eines Versicherers grösstenteils unabhängig vom Versichertenbestand (und damit auch von den Prämieinnahmen) ist. In diesem Fall müssten die Reserven bei einer Zu- oder Abnahme des Versichertenbestandes nur geringfügig angepasst werden. Risikobasierte Reserven im Zusammenspiel mit einem verbesserten Risikoausgleich tragen deshalb wesentlich dazu bei, das System der sozialen Krankenversicherung zu stärken.

Grundsätzlich wäre es jedoch vorzuziehen, gänzlich auf Reservevorschriften zu verzichten. Die Versicherer werden durch den Wettbewerbsdruck ohnehin dazu gezwungen, ihre Risiken möglichst adäquat zu erfassen und ihre Reserven entsprechend zu steuern. Überlässt man die Reservenbildung den Versicherern, so hat dies zudem den Vorteil, dass nicht nur eines, von der Aufsicht genehmigtes Risikobeurteilungssystem zum Einsatz kommt, sondern unterschiedliche, da die Versicherer stets auf der Suche nach besseren Risikobeurteilungssystemen sein werden. Falls sich ein Risikobeurteilungssystem als mangelhaft herausstellt, so ist davon im besten Fall nur ein Versicherer betroffen. Schreibt die Aufsicht jedoch das Risikobeurteilungssystem vor, so sind bei einem Mangel alle Versicherer betroffen, was hohe Kostenfolgen für die Krankenkassen nach sich ziehen kann.

Ein weiterer Nachteil von Reservevorschriften ist, dass die Versicherer ihr Risikobeurteilungssystem in irgendeiner Form durch die Aufsicht genehmigen lassen müssen. Wurde die Genehmigung einmal erteilt, kann sich die Krankenkasse bei Mängeln auf das Gütesiegel der Aufsicht berufen und die Verantwortung an der Risikobeurteilung von sich weisen.

Die Finanzkrise 2008/09 hat Mängel in der Bankenregulierung deutlich aufgezeigt. Insbesondere haben Aufsichtsbehörden weltweit ungenügende Risikobeurteilungssysteme genehmigt. Während der Krise konnten die Banken dann darauf verweisen, dass sie keine Schuld treffe, da die Systeme schliesslich von den Behörden bewilligt wurden.

4.2 Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten (Art. 41)

Art. 39, Absatz 2 d ermächtigt die Aufsichtsbehörde den Versichertenbestand einer Krankenkasse auf eine andere zu übertragen. Gemäss Art. 41, Absatz 3 kann sie zusätzlich «zum Schutz der Versicherten» verfügen, dass die Versicherten während zwei Jahren die Krankenkasse nicht mehr wechseln dürfen. Dies widerspricht einem zentralen Prinzip des KVG: Die Versicherten haben die freie Wahl zwischen den Krankenkassen. Insbesondere wird jedem Versicherten das Recht gewährt, bei einer Prämienerrhöhung die Krankenkasse zu wechseln.

Die Aufsicht kann gestützt auf Artikel 39, Absatz 2 g Prämienerrhöhungen anordnen und gleichzeitig den Versicherten den Kassenwechsel während maximal zwei Jahren verbieten. Es ist schwer vorstellbar, dass ein solches Vorgehen dem Schutz der Versicherten dienen soll.

Die Möglichkeit, die Kasse zu wechseln, ist nicht nur ein wichtiges Instrument gegen zu hohe Prämien, sondern auch gegen behördliche Willkür. Die Wahlfreiheit verhindert, dass die Aufsicht eine in Schieflage geratene Krankenkasse mittels verordneter Prämienerrhöhung auf Kosten der Versicherten sanieren kann. Eine solvente Krankenkasse kann ein allfälliges Reserven- bzw. Kapitaldefizit über den Kapitalmarkt korrigieren. Gelingt dies der Krankenkasse nicht, so wird sie von den Investoren als insolvent eingestuft und muss liquidiert werden. In diesem Fall ist es effizienter, die Versicherten zahlen ihre Prämien einer anderen, solventen Krankenkasse.

4.3 Vorschriften zu Rückstellungen (Art. 13) und gebundenes Vermögen (Art. 14)

Betroffen von der Insolvenz eines Versicherers sind nebst den Mitarbeitenden in erster Linie die Versicherten, welche medizinische Leistungen beansprucht haben, die aber noch nicht vergütet wurden, sowie die Erbringer dieser Leistungen.

Die Vorschriften zu den Rückstellungen sollen sicherstellen, dass der Versicherer diese Verpflichtungen adäquat bilanziert. Die Vorschriften zum gebundenen Vermögen gewährleisten, dass diesen Verpflichtungen im Insolvenzfall genügend werthaltige und liquide Aktiven gegenüber stehen.

Obwohl die Vorschriften zum gebundenen Vermögen bei den Versicherern zusätzliche Kosten verursachen können, ist diese Massnahme zum Schutz des Versicherten und der Leistungserbringer als angemessen zu beurteilen.

4.4 Genehmigung Prämientarife (Art. 15)

Prämiengenehmigung

Wie bisher sollen die Prämientarife auch in Zukunft bewilligungspflichtig sein. Dies ist im Sinne von Art. 15 Abs. 3a auch erwünscht: Die Aufsicht hat festzustellen, ob die Prämien den gesetzlichen Auflagen entsprechen. Insbesondere hat sie darüber zu wachen, dass keine Diskriminierung nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand etc. stattfindet.

Hingegen stehen die übrigen Bestimmungen dieses Artikels im Widerspruch dazu, den Wettbewerb unter den Krankenversicherern zuzulassen. In der sozialen Krankenversicherung hat sich der Stimmbürger mehrfach für einen regulierten Wettbewerb ausgesprochen. Wie in Kapitel 2 gezeigt, dient die Regulierung dazu, den Wettbewerb in die gesellschaftlich erwünschten Bahnen zu lenken, ihn aber nicht auszuschalten. Insbesondere soll Wettbewerb für die Kostenkontrolle im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Dies kann aber nicht erreicht werden, wenn die Prämien weiterhin von Politik oder Aufsicht bestimmt werden.

Indem das Angebot der Versicherungsleistung mit dem Leistungskatalog zum grossen Teil gesetzgeberisch vorgegeben wird und die negativen Auswirkungen der Risikoselektion durch einen wirksamen Risikoausgleich korrigiert werden können, kann der Marktprozess dazu eingesetzt werden, über den Prämienwettbewerb die «faire» Prämie zu bestimmen. Der Marktprozess hat den grossen Vorteil, dass niemand in der Lage sein muss, die «faire» Prämie ex ante zu bestimmen. Diese wird erst durch den Marktprozess offenbart.

Die regulatorische Beurteilung der Angemessenheit einer Prämie wäre mit einem beträchtlichen Informationsaufwand verbunden. Die Aufsicht benötigt zur Bestimmung der «fairen» Prämien Informationen über die Risikoverteilung in der Versichertenpopulation, über die Angemessenheit der Risikobeurteilungsinstrumente, über die Präferenzen der Versicherten, über die Angemessenheit der medizinischen Behandlung etc. Der Informationsbedarf für die Umsetzung einer solchen Anforderung ist gross und komplex.

Dies wird vom Vernehmlassungsbericht selbst bestätigt. Pikanterweise will sich die Aufsicht gerade mit diesem Argument aus der Verantwortung ziehen. Im Kommentar zu Art. 76 Abs. 2 ist im Vernehmlassungsbericht zu lesen:

«Die SASO und die von ihr Beauftragten sollen nämlich für sämtliches Handeln nur noch dann haften, wenn sie ihre Tätigkeit eindeutig fehlerhaft ausgeübt haben, beispielsweise wenn sie bei Schwierigkeiten bei einer oder einem Beaufsichtigten eindeutig zu spät oder gar nicht eingreifen. Angesichts der enormen Risiken und Komplexität der Aufgabe lässt sich eine solche Haftungsbeschränkung rechtfertigen.» (S. 65, eigene Hervorhebung)

Schliesslich weist auch der Forschungsbericht von Kägi et al. (2003),¹⁰ welcher im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) – der damaligen Aufsichtsbehörde – erstellt wurde, darauf hin, dass die Beurteilung der Kosten (und damit auch der Prämien) höchst komplex ist und besser dem Marktprozess zu überlassen sei:

«Natürlich ist eine (theoretische!) Möglichkeit, dass das BSV via strikter Überwachung kontrolliert, ob die Versicherer ihre Kosten auf das Minimum reduzieren. [...] Es [er-

¹⁰ Kägi, W., B. Koller, E. Staehlin und M. Schäfli (2003), Veränderungen im Bereich der Prämien genehmigung aufgrund des KVG, Forschungsbericht 23/03, Bundesamt für Sozialversicherung.

scheint zudem] nicht dem Geist des KVG zu entsprechen, dass das BSV eine detaillierte Kostenkontrolle aller Versicherer durchführt. Vielmehr ist ja der Grundgedanke des KVG, dass ein freier Wettbewerb zwischen den Versicherern herrscht und dass der Konkurrenzdruck dazu führt, dass die Versicherer ihre Kosten möglichst gering halten, um eine attraktive Prämie anbieten zu können.» (S. 42)

Überlässt man die Prämienfindung dem Marktprozess, so ist auch Art. 16, welcher die Aufsicht ermächtigt, Prämien zu verfügen, überflüssig. Dieser Artikel ist zudem grundsätzlich fragwürdig. Er scheint relativ grosse behördliche Willkür zu ermöglichen, was für die Krankenkassen beträchtliche Kostenfolgen haben kann. Verfügt die Aufsichtsbehörde beispielsweise eine zu niedrige Prämie, könnte ein Versicherer im schlimmsten Fall wegen diesem Regulierungsversagen Konkurs gehen.

Prämienrückerstattungen

Ebenfalls obsolet ist der Art. 17, welcher Prämienrückerstattungen ermöglicht. Der Artikel ist offensichtlich überflüssig, wenn man die Prämienfindung dem Marktprozess überlässt. Aber selbst wenn die Prämien weiterhin durch Politik oder Aufsicht bestimmt werden, ist nicht unmittelbar einsichtig, weshalb Prämienrückerstattungen ex post sinnvoll sind. Falls nämlich die Aufsicht die Prämien ex ante beurteilen kann (was sie gemäss Art. 14 offenbar kann), dann ist es nicht nötig, diese ex post zu korrigieren. Da die Ex-post-Realisierung der Risiken im Allgemeinen nicht der ex ante erhobenen Prämie für die eingegangenen Risiken entspricht, ist eine systemfremde Ex-post-Prämienrückerstattung unsinnig und führt lediglich zu unnötiger Instabilität.

Da die Versicherten die Krankenkasse frei wählen können, entfällt auch das Argument, dass diese Rückerstattung zum Schutz der Versicherten sei: Diese haben sich in Kenntnis der Prämienhöhe für ihren Versicherer entschieden.

4.5 Vorschriften zu den Verwaltungskosten und der Maklertätigkeit (Art. 19)

Verwaltungskosten

Gemäss dem Vernehmlassungsbericht sollen

«Versicherte [...] nicht unnötige Werbekosten, Lohnkosten und Weiteres mit den obligatorischen Prämien bezahlen müssen» (S. 31)

Art. 19 soll die Aufsicht ermächtigen, diese Kosten einzuschränken. Diese Anforderung ist zwar nicht neu (vgl. Art. 22 KVG), aber dennoch überflüssig. Funktioniert der Wettbewerb unter den Krankenkassen, so wird die Kostenkontrolle durch den Konkurrenzdruck erreicht. Betrachtet man den Verlauf der Verwaltungskosten seit 1996, so ist denn auch festzustellen, dass der Anteil der Verwaltungskosten an den gesamten Ausgaben deutlich zurückgegangen ist.

Der Artikel suggeriert zudem, dass Verwaltungskosten tendenziell überflüssig und insbesondere unabhängig von den Leistungskosten sind. Letzteres ist aber nicht gegeben. Es ist durchaus

denkbar, dass ein Versicherer durch die Erhöhung der Verwaltungskosten die Leistungskosten überproportional senken kann.

Ein Beispiel dazu geben Kägi et al. (2003) in Abschnitt 4.2.1:

«Schliesslich kann durch konsequentes 'Case Management', gezielte Information und Aufklärung ein Beitrag zur Mengeneindämmung geleistet werden. Den Versicherern stehen also einige Möglichkeiten zur Verfügung, die Menge der in Anspruch genommenen Leistungen zu beeinflussen, aber die Wirkung dieser Massnahmen darf insgesamt als begrenzt bezeichnet werden.» (S. 41)

Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass solche Zusammenhänge zwischen Verwaltungs- und Leistungskosten bestehen, ist es gefährlich, einzelne Kostenelemente separat zu steuern. Die Beschränkung der Verwaltungskosten könnte sogar dazu führen, dass die gesamten Kosten der Versicherung durch die Regulierung stärker ansteigen als ohne.

Maklertätigkeit und Werbung

Der zweite Absatz von Artikel 19 ermächtigt zudem den Bundesrat, «Vorschriften betreffend der Entschädigung der Maklertätigkeit und der Kosten für Werbung» zu erlassen. Als Ziel für diese Eingriffe in die unternehmerische Freiheit wird im Vernehmlassungsbericht «der Schutz der Versicherten vor Risikoselektion der durch die Versicherer beauftragten Vermittler» und das Erzielen von «Einsparungen auf dem Gebiet der sozialen Krankenversicherung» angegeben (S. 31).

Risikoselektion kommt im heutigen System deshalb vor, weil der Risikoausgleich seit Beginn ungenügend ausgestaltet wurde. Risikoselektion ist dementsprechend auf Regulierungsversagen zurückzuführen. Um dieses zu beseitigen, müssen Verbesserungen dort angesetzt werden. Es ist weder zielführend noch angemessen, die Mängel des Risikoausgleichs mittels Eingriffe in die Geschäftstätigkeit Dritter beheben zu wollen. Falls Makler unlauteren Wettbewerb betreiben, kann ein solcher mit der bereits bestehenden Gesetzgebung bekämpft werden.

Schliesslich erweckt der Artikel den Eindruck, dass die Kosten der sozialen Krankenversicherung durch Vorschriften für Werbekosten gesenkt werden können. In einem wettbewerblich organisierten Krankenversicherungssystem erfüllt die Werbung eine wertvolle Funktion. Sie informiert die Versicherten über Existenz, Qualität und Preis der Versicherungsangebote. Gemeinsam mit der Geschäftstätigkeit von Maklern erhöht Werbung die Information und Transparenz im Markt. Falls Werbung irreführend sein sollte, so kann dies bereits mit den bestehenden Gesetzen bekämpft werden.

4.6 Transparenzvorschriften (Art. 20, 21, 24 und 25)

Transparenz erleichtert die individuelle Entscheidungsfindung. Offenlegungsvorschriften für Entschädigungszahlungen an die obersten Organe, Vorschriften zu einer einheitlichen Berichterstattung und die Pflicht der Einsetzung einer externen Revisionsstelle mit klar definierten Aufgaben fördern die Transparenz im Markt. Diese Vorschriften verursachen zwar bei den Versicherern

u. U. Umstellungs- und Verwaltungskosten, der Nutzen aus der zusätzlichen Transparenz ist aber als grösser einzuschätzen.

Obwohl das Verbot von Doppelmandaten (VR-Präsident und Geschäftsführer) als ein relativ starker Eingriff in die unternehmerische Tätigkeit angesehen werden kann, könnte es gerade in der kleinen Schweiz dazu beitragen, Interessenskonflikte zu entschärfen und damit die innerbetriebliche Aufsicht zu stärken. Deshalb ist diese Vorschrift tendenziell positiv zu bewerten.

4.7 Schaffung einer eigenständigen Aufsichtsbehörde

Das Aufsichtsgesetz sieht die Schaffung einer eigenständigen Behörde, parallel zur Finanzmarktaufsicht FINMA, vor. Es ist unklar, weshalb dies nötig ist. Der Vernehmlassungsbericht argumentiert etwas schwammig damit, dass sich die Ziele der Aufsicht über die Sozialversicherungen von denjenigen der Privatversicherung unterscheiden. Insbesondere unterscheidet sich die Aufsicht über die Sozialversicherungen darin, dass sie «primär das Funktionieren der sozialen Krankenversicherung als System» sicherstellen soll (S. 4).

Wie in Kapitel 3 argumentiert, beruht dieser Systemstabilitätsgedanke auf einer schwachen Grundlage. Allfällige Instabilitäten in der sozialen Krankenversicherung sind primär auf eine fehlerhafte Regulierung zurückzuführen.

Das KVAG macht selbst deutlich, dass es wahrscheinlich effizienter ist, die Aufsicht an die FINMA zu delegieren. Einerseits entsprechen einige Artikel im neuen KVAG Artikeln aus dem Versicherungs-Aufsichtsgesetz (VAG) oder wurden solchen nachempfunden. Andererseits sprechen einige Artikel aus dem KVAG den nötigen Koordinations- und Abstimmungsbedarf zwischen FINMA und der neu zu schaffenden SASO an (Art. 34, 35, 36).

4.8 Finanzierung der neuen Aufsichtsbehörde

Das Finanzierungsmodell für die neue Aufsichtsbehörde ist demjenigen der FINMA nachempfunden. Gemäss Art. 38 erhebt die Aufsichtsbehörde bei den Krankenkassen eine «kostendeckende Abgabe». Es ist nicht klar, wie sichergestellt werden kann, dass die Aufsichtsbehörde selbst dazu beiträgt, sich möglichst kosteneffizient zu verhalten und so selbst zu einem kostengünstigen Gesundheitssystem beiträgt. Würde die Krankenkassenaufsicht beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) verbleiben, dann wäre zumindest über den politischen Prozess eine gewisse Kostenkontrolle möglich. Aus dieser Optik wäre wohl sogar ein Verbleib der Aufsicht innerhalb des BAG gegenüber einer Auslagerung an die FINMA zu bevorzugen.

5 Fazit

Das neue KVAG hält nicht, was es verspricht. Es verspricht den regulierten Wettbewerb zu stärken. Tatsächlich wird aber die Regulierung stark ausgebaut und der Wettbewerb bis zur Funktionsunfähigkeit weiter zurückgebunden.

Das KVAG enthält zwar punktuell durchaus sinnvolle Vorschriften. Beispielsweise erhöhen die Vorschriften zum gebundenen Vermögen den Schutz der Versicherten und die Massnahmen zur Steigerung der Transparenz fördern den Wettbewerb. Leider werden diese positiven Elemente von den negativen, den Wettbewerb weiter stark zurückbindenden Vorschriften überschattet.

Der Vorlage liegt die Vorstellung einer allwissenden Aufsicht zu Grunde, welche Angemessenheit von Prämien, Reserven, Solvenz, Verwaltungs- und Werbekosten etc. beurteilen kann. Geht man davon aus, dass die Aufsicht tatsächlich über all dieses Wissen verfügt, dann ist der Wettbewerb tatsächlich überflüssig und das heutige soziale Krankenversicherungssystem muss konsequenterweise durch eine Einheitskasse ersetzt werden.

Geht man jedoch realistischerweise davon aus, dass die Aufsicht nicht über sämtliche Informationen verfügt, um alle, ihr durch das KVAG auferlegten Aufgaben wahrzunehmen, so ist entsprechend der Wettbewerb zu stärken. Nur mit einer ausgewogenen Balance zwischen Regulierung und Wettbewerb können die drei Zielsetzungen des KVG (Solidarität, Qualität und Kostenkontrolle) erreicht werden.

Die Vorlage verpasst die Gelegenheit, bisheriges Regulierungsversagen zu korrigieren und somit zur Stärkung des regulierten Wettbewerbs beizutragen. Das KVAG ist deshalb insgesamt abzulehnen.



Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten
www.polynomics.ch

polynomics@polynomics.ch
Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80
