

**Notwendigkeit einer Regulierungsfolgen-
abschätzung für das geplante
Aufsichtsgesetz für Krankenkassen (KVAG)**

Gutachten im Auftrag von comparis.ch

Dr. Yves Schneider

Dr. Maria Trottmann

Dr. Harry Telser

Inhaltsverzeichnis

1	Kurz und Bündig	3
2	Einleitung	6
3	Grundsätzliche Überlegungen	9
3.1	Notwendigkeit eines Aufsichtsgesetzes.....	9
3.2	Auswirkungen auf den Wettbewerb.....	10
4	Online-Befragung	13
5	Expertengespräche	18
5.1	Administrativer Mehraufwand durch Bürokratisierung.....	18
5.2	Rückerstattung von Prämieinnahmen (Art. 16 und 17).....	20
5.3	Genehmigung der Prämientarife (Art. 15).....	21
5.4	Beauftragung Dritter.....	22
5.5	Notwendigkeit des KVAG.....	23
5.6	Zwischenfazit.....	23
6	Folgen von Artikel 16 für die Prämienberechnung	25
6.1	Risiken des Krankenversicherers.....	25
6.2	Der Einfluss der Bestandesgrössen auf das Zufallsrisiko	26
6.3	Einseitiger Umgang mit dem Versicherungsrisiko durch Artikel 16.....	28
6.4	Reduktion der Systemstabilität ohne Prämienzuschläge	32
6.5	Diskussion der Ergebnisse	33
6.6	Änderungen gemäss Vorschlag Ständerat	35
6.7	Zwischenfazit.....	36
7	Zusammenfassung	37
8	Anhang	38
8.1	Online-Umfrage	38
8.2	Expertengespräche	42
8.3	Glossar zu den Simulationsrechnungen	42
8.4	Detailergebnisse zum Zufallsrisiko.....	44

1 Kurz und Bündig

Für das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG), welches aktuell im Parlament diskutiert wird, erfolgte keine ausführliche Regulierungsfolgenabschätzung (RFA). In der Botschaft des Bundesrates ist die Wirkung des Gesetzes nur knapp erwähnt. Comparis.ch hat daher Polynomics beauftragt, abzuklären, ob eine ausführliche Regulierungsfolgenabschätzung angezeigt ist. Fazit unseres Gutachtens: Eine ausführliche Regulierungsfolgenabschätzung ist angezeigt, da einerseits die Notwendigkeit eines Aufsichtsgesetzes nicht offensichtlich ist und andererseits die offen formulierten Gesetzesartikel unterschiedlichste Interpretationen zulassen.

Das geplante Aufsichtsgesetz ist eng an das Versicherungsaufsichtsgesetz angelehnt und scheint daher für die obligatorische Grundversicherung nachvollziehen zu wollen, was im Zusatzversicherungsmarkt bereits heute umgesetzt ist. Die Ausgangslage in der obligatorischen Grundversicherung ist jedoch mit der Wahlfreiheit für die Versicherten und dem Aufnahmewang für die Versicherer eine andere als im Zusatzversicherungsmarkt. Eine Gleichbehandlung der beiden Versicherungsbereiche ist deshalb nicht offensichtlich. In einer RFA sollte die Notwendigkeit eines Aufsichtsgesetzes abgeklärt werden. Dazu gehört auch, dass geprüft wird, ob der Eingriff in den sonst üblichen wettbewerblichen Prozess des Ausscheidens insolventer Firmen durch Konkurs gerechtfertigt ist, oder ob die neuen aufsichtsrechtlichen Instrumente dazu führen, dass insolvente Unternehmen zu lange künstlich am Leben gehalten werden beziehungsweise zu früh durch den hoheitlichen Entscheid des BAG in den Konkurs geschickt werden.

Die Beurteilung der Auswirkungen des Aufsichtsgesetzes ist schwierig, weil die Gesetzesvorlage wichtige Umsetzungsfragen nicht beantwortet. Während die Botschaft des Bundesrates von einer geringen Wirkung auf die Branche und den Krankenversicherungswettbewerb ausgeht, befürchten die Versicherer hohe Prämienchwankungen, Reduktion der Systemstabilität, Einschränkungen des Wettbewerbs in der Krankenversicherung und administrative Mehrkosten.

In unserem Gutachten analysieren wir erstens die Notwendigkeit des KVAG und dessen Wirkung auf den Wettbewerb. Zweitens bilden wir mit einer kurzen Online-Befragung bei 23 Krankenversicherern die Grundstimmung in der Branche ab. Drittens dokumentieren wir die Ergebnisse aus unseren Expertengesprächen mit Vertretern der Krankenversicherungsbranche, einem selbstständigen Aktuar und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG). Viertens stellen wir Simulationsrechnungen zu möglichen Umsetzungsvarianten von Artikel 16 KVAG an, welcher von allen Vertretern der Krankenversicherungsbranche als potenziell einschneidend und versicherungsfremd bezeichnet wurde.

Prämien können schwanken und Systemstabilität kann geschwächt werden

Die Schwankungen in den Prämien und die Reduktion der Systemstabilität folgen aus den Bestimmungen zur Prämiengenehmigung (Art. 15), welche es dem BAG neu erlauben, auch gegen «zu hohe» Prämien vorzugehen, und aus Artikel 16, welcher eine Rückerstattung von «unangemessenen» Prämieinnahmen an die Versicherten einführt. Die Versicherer befürchten, dass

die Prämien dadurch vollends politisch und ohne Rücksicht auf die konkrete Situation im Markt und bei den Versicherern bestimmt werden. Artikel 15 und eine denkbare Umsetzungsvariante von Artikel 16 könnten dazu führen, dass die Mindestreservevorschriften zu «Maximalreservevorschriften» werden. Wenn aber die Versicherer permanent nur gerade über Mindestreserven verfügen, werden diese sofort unterschritten, sobald ein negatives Jahresergebnis auftritt. Die Verantwortung für die Konsequenzen solcher Entscheide tragen weiterhin die Versicherer.

Widerspricht die Rückerstattungspflicht dem Versicherungsgedanken?

Die in Artikel 16 eingeführte kantonale Rückerstattungspflicht widerspricht dem Versicherungsgedanken. Die Versicherer fürchten eine Umsetzung des Artikels, wo auch dann eine Rückerstattung angeordnet wird, wenn in einem Kanton rein zufällig ein positives Jahresergebnis erzielt wurde. Dies führt zu hohen Prämienchwankungen und allenfalls niedrigen Reserven. Die Rückerstattungspflicht erschwert zudem die Prämienkalkulation. Bisher konnten die Versicherer eine erwartete mittelfristige Kostensteigerung über mehrere Jahre glätten. Die kantonale Rückerstattungspflicht könnte diese Praxis einschränken, da die Prämien verstärkt den jährlichen Kosten in relativ kleinen Versichertenkollektiven folgen statt den erwarteten Kosten grösserer Kollektiven entsprechen.

Wird der Wettbewerb eingeschränkt?

Einschränkungen des Wettbewerbs unter den Krankenversicherern – mit entsprechenden Kostenfolgen für die Versicherten – sind unter anderem durch Artikel 15, 16 und 18 zu erwarten. Der erweiterte Handlungsspielraum des BAG, um gegen zu hohe Prämien einschreiten zu können, ist unter der Prämisse eines funktionierenden Wettbewerbs nicht notwendig. Falls der Wettbewerb nicht funktionieren sollte, dann müssten allenfalls gezielte Massnahmen zu dessen Stärkung ergriffen werden, anstelle ihn durch diskretionäre hoheitliche Eingriffe zu substituieren. Die Rückerstattungspflicht in Artikel 16 hat zudem zur Folge, dass die Versicherten beim Versicherungskauf die Gesamtkosten ihrer Versicherungsdeckung nicht mehr kennen, da sich diese neu aus der Prämie und einer möglichen Rückerstattung zusammensetzen. Dies verringert die Preistransparenz und erschwert die Versicherungswahl.

Schliesslich gibt Artikel 18 dem Bundesrat die Möglichkeit, die Kosten für Werbung und die Entschädigung für Vermittlertätigkeiten einzuschränken. Werbetätigkeiten dienen jedoch auch zur Information der Kunden über Leistungen und Preise. Damit wird die Markttransparenz erhöht und der Wettbewerb gestärkt. Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass auch das Sekretariat der Wettbewerbskommission (WEKO) die Meinung äussert, dass «bestimmte Bestimmungen im KVAG dem Ziel des Gesetzgebers, einen wirksamen Wettbewerb zwischen Krankenversicherern spielen zu lassen, längerfristig entgegenlaufen». Bevor die Werbetätigkeit über das KVAG eingeschränkt wird, müsste daher die implizite Vermutung, dass Werbung lediglich unnötige Mehrkosten erzeuge, belegt werden.

Betreffen die administrativen Mehrkosten kleine Versicherer überproportional?

Die durch das KVAG verursachten *administrativen Mehrkosten* werden sehr unterschiedlich eingeschätzt. Bei den Mehrkosten der Krankenversicherer streuen die Schätzungen von rund 0.5 bis 8.5 % der Verwaltungskosten der obligatorischen Grundversicherung beziehungsweise von 6.4 bis 107 Mio. CHF. Da die meisten Kosten als Fixkosten anfallen, werden kleine Versicherer stärker belastet als grosse Versicherer. Versicherer, welche mit eigenen Produkten auch im Zusatzversicherungsgeschäft tätig sind, haben zudem viele Vorschriften, die das KVAG für die Grundversicherung neu einführt, bereits umgesetzt. Sie sind gegenüber reinen Grundversicherern bevorteilt.

Unterschiedliche Einschätzung aufgrund offener Gesetzesformulierung

Zusammenfassend stellen wir fest, dass die Auswirkungen des KVAG aufgrund der offenen Formulierungen des Gesetzes unklar sind. Die Meinungen in der Branche und die Vorstellungen des Bundes gehen auseinander. Dies führt einerseits zu einer grossen Unsicherheit seitens der Branche und macht andererseits deutlich, dass das KVAG ganz unterschiedliche Lesearten zulässt. Die volkswirtschaftliche Gesamtwirkung kann potenziell negativ ausfallen. Insbesondere kann der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern beeinträchtigt werden und die gesellschaftliche Nachhaltigkeit durch neu eingeführte Systemrisiken reduziert werden. Die administrativen Mehrkosten treffen zudem kleine Versicherer überproportional stark. Eine ausführliche Regulierungsfolgenabschätzung könnte hier Klarheit schaffen und die Konkretisierungen, welche später auf Verordnungsstufe erfolgen werden, vorwegnehmen. Damit würde das Parlament über eine ausreichende Entscheidungsgrundlage verfügen um das geplante KVAG umfassend zu beurteilen.

2 Einleitung

Im März 2013 hat der Ständerat das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) behandelt. Das Gesetz sieht eine wesentliche Erweiterung des aufsichtsrechtlichen Instrumentariums vor. Unter anderem sollen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) grössere Kompetenzen in der Festlegung der Prämientarife für die soziale Krankenversicherung, die Kantone mehr Einsicht in die Prämiengestaltung für ihre Bürger erhalten und Prämien ex post zurückerstattet werden können. Die seit Anfang 2012 geltenden risikobasierten Reservevorschriften werden auf Gesetzesstufe festgeschrieben und es werden neue Vorschriften zum Risikomanagement im Allgemeinen gemacht. Nebst einer umfassenden Offenlegungspflicht für Krankenkassen in der Grundversicherung, soll eine «Solo-Plus»-Gruppenaufsicht eingeführt werden, so dass dem BAG neu auch Einblick in die über die Grundversicherung hinausgehenden Tätigkeiten einer Unternehmensgruppe gewährt werden müsste. Schliesslich erhält die Aufsicht die Möglichkeit, bei einer in Schieflage geratenen Krankenkasse frühzeitig einzugreifen, um eine Insolvenz abzuwenden bzw. die Insolvenz möglichst rasch abzuwickeln. Neu ist in diesem Zusammenhang auch die Vorschrift, dass Krankenkassen zum Schutz der Versicherten zusätzlich zum Insolvenzfonds ein gebundenes Vermögen halten müssen.

Diese ausgewählten Änderungen machen deutlich, dass das KVAG zu einer weitreichenden Kompetenzerweiterung für die Aufsicht mit potenziell grosser Tragweite für die betroffenen Unternehmen führt. Dennoch hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) darauf verzichtet, eine ausführliche Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zur Vorlage durchzuführen. Comparis hat deshalb Polynomics damit beauftragt, die Notwendigkeit einer umfassenden Regulierungsfolgenabschätzung zum geplanten KVAG zu prüfen und die Auswirkungen ausgewählter Regulierungen auf die Krankenkassen bzw. das Gesundheitssystem zu quantifizieren.

Mit einer Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) «sollen die volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Vorlagen des Bundes» untersucht werden. Gemäss dem Handbuch «Regulierungsfolgenabschätzung»¹ ist für jede Vorlage zu prüfen, ob sich erstens die Vorlage im rechtlichen Anwendungsbereich der RFA befindet und zweitens eine RFA aus «inhaltlicher Sicht aufgrund der volkswirtschaftlichen und regulatorischen Bedeutung der Vorlage notwendig» ist.

Gemäss Abschnitt 2.1 im Handbuch fallen Botschaften zu Bundesgesetzen in den Anwendungsbereich der RFA. In den Unterlagen des BAG zur Vorlage wird keine RFA erwähnt, und in der Botschaft sind die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der Vorlage nur knapp erwähnt. Sie hält in einem Satz zu den volkswirtschaftlichen Auswirkungen (Abschnitt 3.3) fest, dass sie zu einer sauberen und reibungslos verlaufenden Finanzierung der sozialen Krankenversicherung

¹ Eidgenössischen Departementes für Wirtschaft Bildung und Forschung (WBF), «Regulierungsfolgenabschätzung – Handbuch», www.seco.admin.ch/rfa, März 2013.

führe. Zusätzlich wird in einem kurzen Abschnitt (3.4) darauf hingewiesen, dass den Krankenkassen unter anderem Kosten aus den Vorschriften zu Corporate Governance, Risikomanagement und internem Kontrollsystem entstehen, welche aber insgesamt nicht gross seien.

Da die Vorlage als Bundesgesetz in den rechtlichen Anwendungsbereich der RFA fällt, das BAG aber keine ausführliche RFA erstellt hat, gehen wir davon aus, dass das BAG die volkswirtschaftliche und regulatorische Bedeutung der Vorlage als gering einschätzt. Für diese Relevanzanalyse listet das Handbuch zehn Bedingungen auf. Falls mindestens drei dieser Bedingungen erfüllt sind, ist grundsätzlich eine RFA notwendig (siehe Abbildung 1). Die Punkte 6 (internationaler Öffnungsgrad), 7 (Standortattraktivität), 8 (ökologische Nachhaltigkeit) und 10 (Energieverbrauch) sind für die KVAG-Vorlage nicht relevant. Der Punkt 3 (Anzahl betroffene Unternehmen) fällt weg, da von der Vorlage deutlich weniger als 10'000 Unternehmen betroffen sind. Damit bleiben fünf zu prüfende Punkte übrig:

- Volkswirtschaftliche Gesamtwirkung
- Hauptsächlich Betroffene
- Administrativer Aufwand/Regulierungskosten
- Wettbewerb
- Gesellschaftliche Nachhaltigkeit

Das Handbuch hält auf Seite 5 weiter fest, dass falls die «betroffene Gruppe [hauptsächlich] aus KMU [besteht] oder die Regulierungskosten/der administrative Aufwand [zunehmen]» in jedem Fall eine RFA notwendig sei. Falls eine Branche besonders stark betroffen ist, dann wird mindestens eine grobe Schätzung der Regulierungskosten empfohlen. Schliesslich ist in jedem Fall eine RFA notwendig, falls die Wirkung der Vorlage unbekannt oder unsicher ist (Seite 6).

Im Folgenden prüfen wir ob die Vorlage gemäss den Kriterien des Handbuchs als «relevant» einzustufen ist und deshalb eine RFA angebracht wäre. Gemäss Handbuch lässt die Relevanzanalyse drei mögliche Ergebnisse zu: (1) es wird keine RFA durchgeführt, (2) es ist eine einfache RFA durchzuführen oder (3) es ist eine vertiefte RFA durchzuführen. Falls keine RFA durchgeführt wird, dann ist dies in den entsprechenden Dokumenten des Bundesrates explizit festzuhalten und zu begründen.

Unsere Analyse fusst auf vier Säulen:

1. Grundsätzlichen Überlegungen zur Notwendigkeit der Vorlage und den Auswirkungen auf den Wettbewerb (Kapitel 3)
2. Einer kurzen Online-Umfrage unter einer Auswahl von Grundversicherten (Kapitel 4),
3. Expertengesprächen mit Vertretern der Branche und dem BAG (Kapitel 5) und
4. einer vertieften quantitativen Analyse des KVAG Artikel 16 über die Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen (Kapitel 6).

Abbildung 1 Relevanzanalyse gemäss Handbuch «Regulierungsfolgenabschätzung»

Relevanzanalyse

Eine RFA ist grundsätzlich notwendig, wenn mindestens 3 der 10 folgenden Bedingungen erfüllt sind (oder wenn die entsprechenden Auswirkungen unbekannt sind).

1. **Volkswirtschaftliche Gesamtwirkungen:** Weder sehr schwach noch vernachlässigbar / Unbekannt
2. **Hauptsächlich Betroffene:** Mindestens drei der nachfolgenden Kategorien: KMU, Grossunternehmen, Arbeitnehmer, Bund/Kantone, Steuerpflichtige, Konsumenten, Umwelt, Andere / Unbekannt
3. **Anzahl betroffene Unternehmen:** >10'000 Unternehmen / Unbekannt
4. **Administrativer Aufwand / Regulierungskosten:** Zunehmend / Unbekannt
5. **Wettbewerb:** Abnehmend / Unbekannt
6. **Internationaler Öffnungsgrad:** Abnehmend / Unbekannt
7. **Standortattraktivität:** Abnehmend / Unbekannt
8. **Ökologische Nachhaltigkeit:** Auswirkungen auf Umwelt zumindest teilweise negativ / Unbekannt
9. **Gesellsch. Nachhaltigkeit:** Auswirkungen auf Gesellschaft zumindest teilweise negativ / Unbekannt
10. **Energieverbrauch / CO₂-Ausstoss:** Zunehmend / Unbekannt

Besteht die hauptsächlich betroffene Gruppe aus KMU oder nehmen die Regulierungskosten / der administrative Aufwand zu, ist auf jeden Fall eine RFA notwendig.

Sind die Bedingungen 3 und 4 erfüllt (mindestens 10'000 direkt betroffene Unternehmen / zunehmende administrative Belastungen), ist im Rahmen der RFA eine quantitative **Schätzung der Regulierungskosten** durchzuführen. Zudem muss in diesem Fall auch eine qualitative Beurteilung mittels **KMU-Verträglichkeitstest** erfolgen, bei dem rund ein Dutzend KMU befragt werden (vgl. Abschnitte 5.1, 5.2 und 5.6).

Sind zwischen 1'000 und 10'000 Unternehmen direkt von zunehmenden administrativen Belastungen / Regulierungskosten oder sind die Unternehmen mindestens einer Branche oder einer Region stark betroffen, wird eine grobe Schätzung der Regulierungskosten bzw. ein summarischer KMU-Verträglichkeitstest empfohlen.

Die Abbildung zeigt einen Auszug aus dem Handbuch «Regulierungsfolgenabschätzung» des Bundes. Aufgelistet sind die 10 Bedingungen, von denen 3 erfüllt sein müssen, damit eine Regulierungsfolgenabschätzung nötig wird. Für das KVAG sind nur die Bedingungen 1, 2, 4, 5 und 9 anwendbar.

Quelle: Handbuch «Regulierungsfolgenabschätzung», März 2013, S. 5.

Der Fokus der Analyse liegt auf den möglichen Kostenfolgen der Vorlage für Versicherer und das Grundversicherungssystem. Sind die möglichen Kosten hoch, dann müssten sie im Rahmen einer RFA genauer untersucht und dem erwarteten Nutzen gegenübergestellt werden. Unser Gutachten erhebt deshalb nicht den Anspruch, selbst bereits eine Regulierungsfolgenabschätzung vorzunehmen, sondern untersucht lediglich, ob eine Regulierungsfolgenabschätzung angezeigt ist.

3 Grundsätzliche Überlegungen

Wie den Kriterien zur Relevanzanalyse (Abbildung 1) zu entnehmen ist, sind die Auswirkungen auf den Wettbewerb ein Aufgreifkriterium für eine Regulierungsfolgenabschätzung. In der RFA selbst muss u. a. die Notwendigkeit staatlichen Handelns geprüft werden. Wie die nächsten Abschnitte darlegen, sind diese beiden Themen bei der Vorlage zum KVAG miteinander verbunden.

3.1 Notwendigkeit eines Aufsichtsgesetzes

Mit dem geplanten KVAG soll der Schutz der sozialen Krankenversicherung und der Versicherten gestärkt werden. Dazu macht der Gesetzesentwurf Vorgaben zur Unternehmensführung, Reserven und Solvenz. Das Aufsichtsgesetz führt zudem die Gruppenaufsicht ein und ermöglicht dem BAG, «sichernde Massnahmen» zu ergreifen. Auch im Bereich der Prämien genehmigung werden die Kompetenzen des BAG ausgebaut und die Ex-ante-Genehmigung wird durch eine Ex-post-Genehmigung erweitert. Schliesslich werden die Sanktionsmöglichkeiten ergänzt.

Durch das bestehende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ist die Grundversicherung bereits stark zum Schutz des Versicherten ausgestaltet. Die obligatorische Grundversicherung unterscheidet sich in (mindestens) vier wesentlichen Punkten vom Zusatzversicherungsmarkt:

1. Standardisiertes Produkt
2. Aufnahmezwang
3. Wechselmöglichkeit
4. Risikoausgleich

Durch die Standardisierung des Produktes herrscht maximale Produkttransparenz, was die Wirksamkeit des Wettbewerbs erhöht. Das BAG prüft u. a., ob die angebotenen Versicherungsprodukte dem durch den Gesetzgeber vorgegebenen Standardprodukt (Leistungskatalog) entsprechen und ob die Reserven der einzelnen Kassen genügend hoch sind, um ein angestrebtes Sicherheitsniveau zu garantieren.

Durch den Aufnahmezwang kann kein Versicherter aufgrund seines Gesundheitszustandes ausgeschlossen werden. Dank der jährlichen Wechselmöglichkeit besteht nicht die Gefahr, dass ein Versicherter auf «Gedeih und Verderb» einem Versicherer ausgeliefert ist: Er kann die Kasse wechseln, falls er mit der Prämie oder der Leistung nicht zufrieden ist. Im Zusammenspiel mit dem Aufnahmezwang auf Seiten der Versicherer gibt dies dem Versicherten gegenüber dem Versicherer einen vergleichsweise hohen Handlungsspielraum. Schliesslich werden mit dem Risikoausgleich – falls er gut ausgestaltet ist – die Anreize zur Risikoselektion minimiert.

Diese Rahmenbedingungen führen dazu, dass die obligatorische Grundversicherung ein reines «Umlageverfahren» ist: Die Ausgaben eines Jahres werden im Durchschnitt mit den Einnahmen des Jahres finanziert. Dadurch sind die Versicherten – anders als im Zusatzversicherungsbereich – nicht dem Risiko ausgesetzt, durch den Konkurs ihres Versicherers Altersrückstellungen, Leistungsversprechen oder Versicherungsschutz zu verlieren. Der Versicherte ist also im heutigen System bereits gut geschützt.

Deshalb kann die «Marktdrohung» Konkurs effektiv zur Disziplinierung der Kassen wirken und damit sicherstellen, dass längerfristig nur nachhaltig betriebene Unternehmen im Markt verbleiben. Dieser Prozess ist ein wichtiges qualitätssicherndes Element, das schliesslich zu einem erhöhten Kundenschutz führt: Ein funktionierender Marktmechanismus ist üblicherweise auch eine wirkungsvolle Aufsicht. Die sinnvollen flankierenden Massnahmen eines gebundenen Vermögens und eines begrenzten Insolvenzfonds erhöhen den Kundenschutz zusätzlich, nehmen aber keinen direkten Einfluss auf die Konkursmöglichkeit.

Die geplanten weiterführenden aufsichtsrechtlichen Massnahmen im KVAG beeinflussen diesen marktwirtschaftlichen Prozess hingegen direkt. Das BAG kann die Konkurseröffnung beantragen und die Eröffnung des Konkurses bedarf der Zustimmung durch das BAG (Art. 40). Zudem kann das BAG über Artikel 37 sogenannte «sichernde Massnahmen» ergreifen, um einen Konkurs und/oder die Schädigung des Versicherten zu verhindern.

Da die Versicherten in der obligatorischen Grundversicherung wesentlich weniger von einem Konkurs ihres Versicherers betroffen sind als im Zusatzversicherungsbereich, ist es nicht offensichtlich, dass diese neuen aufsichtsrechtlichen Instrumente des BAG zielführend sind. Die Situation ist für die Finanzmarktaufsicht (FINMA) eine andere, da bei den von ihr beaufsichtigten Institutionen (Privatversicherungen, Banken) ein Konkurs deutlich grössere Folgen für die Kunden haben kann. Es reicht somit nicht aus, zu argumentieren, dass in der obligatorischen Grundversicherung lediglich nachvollzogen werde, was die FINMA über das Versicherungsaufsichtsgesetz im Zusatzversicherungsmarkt bereits heute tut. Die Ausgangslage ist eine andere.

Daher wäre es in einer RFA abzuklären, ob der Eingriff in den sonst üblichen wettbewerblichen Prozess des Ausscheidens insolventer Firmen durch Konkurs gerechtfertigt ist oder ob die neuen aufsichtsrechtlichen Instrumente dazu führen, dass insolvente Unternehmen zu lange künstlich am Leben gehalten werden bzw. zu früh durch den hoheitlichen Entscheid des BAG in den Konkurs geschickt werden. Anders gefragt: Ist die Substitution der Aufsicht durch den Markt mit einer Aufsicht durch die Behörde notwendig und zielführend?

3.2 Auswirkungen auf den Wettbewerb

Im Handbuch zur Regulierungsfolgenabschätzung sind mögliche negative Auswirkungen für den Wettbewerb eines der Aufgreifkriterien für eine Regulierungsfolgenabschätzung. In einem wettbewerblich ausgestalteten Markt können die Preise frei durch sich konkurrierende Firmen gesetzt werden. Der Konkurrenzdruck führt zu niedrigen Preisen und dadurch zu einer effizienten Unternehmensstruktur. Das KVAG sieht vor, dass neu die Aufsichtsbehörde die Prämien

festlegen kann. Bisher konnte das BAG lediglich eingreifen, falls die Prämien zu niedrig waren und die Reservesituation der Versicherer gefährdeten. Neu verfügt das BAG mit Artikel 15 des KVAG über die rechtliche Grundlage auch gegen zu hohe Prämien einzuschreiten.

Geht man davon aus, dass der Wettbewerb genügend ausgeprägt ist und daher zu hohe Prämien kaum am Markt durchsetzbar sind, führt ein Eingreifen des BAG wegen «zu hoher» Prämien dazu, dass diese unwirtschaftlich niedrig angesetzt werden und damit die Solvenz der Versicherer gefährden. Ein Eingreifen durch das BAG wegen «zu hoher» Prämien kann also nur unter der Prämisse legitimiert werden, dass der Wettbewerb nicht funktioniert und systematisch zu hohe Prämien verlangt würden. Diese Prämisse würde jedoch auf der anderen Seite ein Eingreifen wegen «zu niedriger» Prämien obsolet machen. Auf jeden Fall muss das BAG in der Lage sein, die «korrekte» Prämie zu bestimmen, damit es beurteilen kann, ob eine Prämie «zu hoch» oder «zu niedrig» ist. Unter der Prämisse, dass der Markt nicht funktioniert, können Marktinformationen wie beispielsweise die zur Genehmigung eingereichten Prämien nicht zur Bestimmung der «korrekten» Prämie verwendet werden. Das BAG müsste also aufgrund der Rohdaten der einzelnen Versicherer selbst Prämienmodelle implementieren und Prämienberechnungen anstellen. Die Rolle des Wettbewerbs in der Prämiengestaltung wird deutlich reduziert.

Der Wettbewerb wird zusätzlich durch die über Artikel 16 eingeführte Prämienrückerstattung geschwächt. Die Gesamtkosten der Versicherung bestehen neu aus zwei Komponenten: Einerseits aus der anfangs Jahr kommunizierten Prämie und andererseits aus der allfälligen Prämienrückerstattung Ende Jahr. Bei der Versichererwahl Anfang Jahr kann der Versicherte dadurch nicht mehr beurteilen, welcher Versicherer ihm die günstigsten Gesamtkosten anbietet. Dies verringert die Preistransparenz und schwächt dadurch den Wettbewerb in der obligatorischen Grundversicherung.

In Artikel 18 bekommt der Bundesrat die Kompetenz, die Entschädigung der Vermittlertätigkeiten und die Kosten für Werbung zu begrenzen. Eine solche Einschränkung könnte sich langfristig als kostensteigernd herausstellen. Durch Einschränkung der Werbetätigkeit wird der Wettbewerb geschwächt und mit ihm auch der Kostendruck für Versicherer und indirekt allenfalls auch für die Leistungserbringer. Bei den Vorschriften zur Vermittlertätigkeit ist zudem nicht klar, ob diese nur für externe Vermittler oder auch für internes Personal gelten wird. Falls nur externe Vermittler davon betroffen sind, trifft der Artikel asymmetrisch kleine Versicherer, welche kein internes Verkäufernetz betreiben können. Grosse Versicherer hingegen werden die Vermittlertätigkeit vermehrt intern abwickeln können. Dadurch führt der Artikel lediglich zu einer Verlagerung von externer zu interner Vermittlertätigkeit und benachteiligt kleine Versicherer.

Dass der Wettbewerb durch die Beschränkung der Werbetätigkeit und Vermittlerentschädigung bedeutend eingeschränkt werden kann, zeigt auch die Reaktion der Wettbewerbskommission (WEKO) auf die von den Mitgliedern der *santésuisse* freiwillig getroffene «Vereinbarung zur

Kundenwerbung».² Die Wettbewerbskommission (WEKO) konnte bislang nicht ausschliessen, dass die Auswirkung dieser Vereinbarung kartellrechtlich problematisch sein könnte. Sie klärt daher ab, ob dadurch «unzulässige Wettbewerbsbeschränkungen» gegeben sind. Die WEKO äusserte sich auch im Allgemeinen kritisch zu der Wirkung des KVAG auf den Wettbewerb im Krankenversicherungsmarkt:³

„Die Vorlage enthält aus Sicht des Sekretariates [der WEKO] diverse Bestimmungen, welche die Krankenversicherer in ihrer wirtschaftlichen Freiheit übermässig einzuschränken drohen, ohne dass solche Bestimmungen für die Aufsicht über die Anbieter zwingend erforderlich wären. Dies würde dem Ziel des Gesetzgebers, einen wirksamen Wettbewerb zwischen Krankenversicherern spielen zu lassen, längerfristig entgegenlaufen.“

Wir erachten deshalb den Punkt 5 im Handbuch zur RFA (siehe Abbildung 1) als erfüllt: Die Gesetzesvorlage hat potenziell stark negative Auswirkungen auf den Wettbewerb.

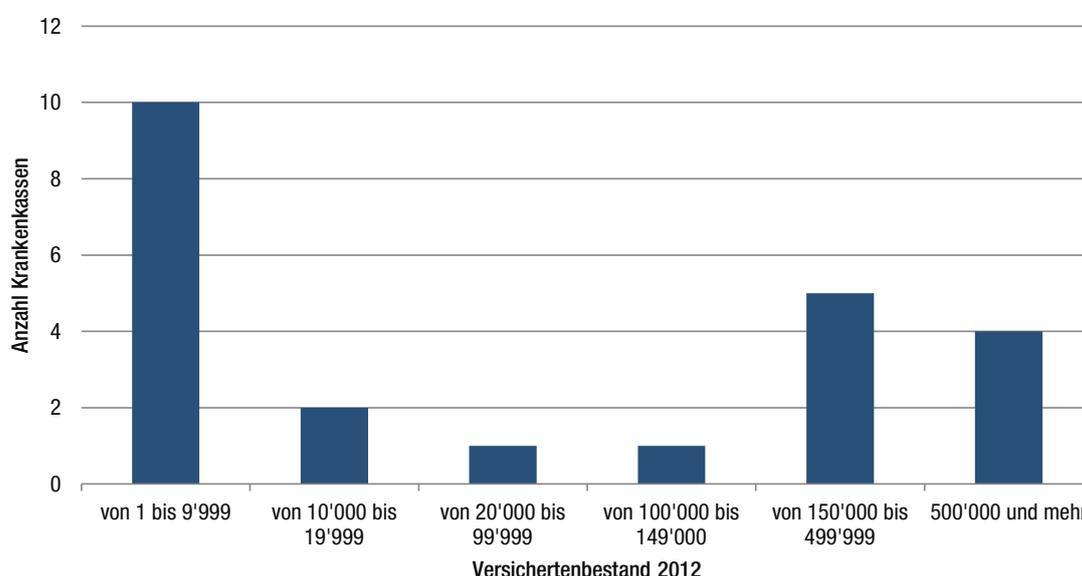
² Santésuisse (2011), Vereinbarung santésuisse betreffend Kundenwerbung, <http://www.santesuisse.ch/datasheets/files/201104041904450.pdf>, abgerufen am 10.05.2013.

³ WEKO (2012), Jahresbericht 2011 der Wettbewerbskommission (WEKO), S. 10/11, <http://www.weko.admin.ch> → Die WEKO → Jahresberichte, abgerufen am 10.05.2013.

4 Online-Befragung

Wir haben mittels einer nicht repräsentativen Online-Umfrage die grobe Befindlichkeit bei den Versicherern über das geplante Aufsichtsgesetz erfragt. Die vollständige Umfrage ist im Anhang 8.1 abgedruckt. Wir haben einzelnen Versicherern und Verbänden eine E-Mail mit einem Link zur Umfrage und der Bitte zur Teilnahme zugeschickt. Insgesamt haben 23 Versicherer die ca. zehnminütige Umfrage ausgefüllt. Es haben jedoch nicht sämtliche Personen alle Fragen beantwortet. Da die Umfrage nicht repräsentativ war und die Fragen sehr einfach gestellt waren, sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Dennoch geben die Antworten ein grobes Stimmungsbild der Branche über das geplante KVAG wieder.

Abbildung 2 Kassengrössen in unserer Stichprobe der Online-Befragung

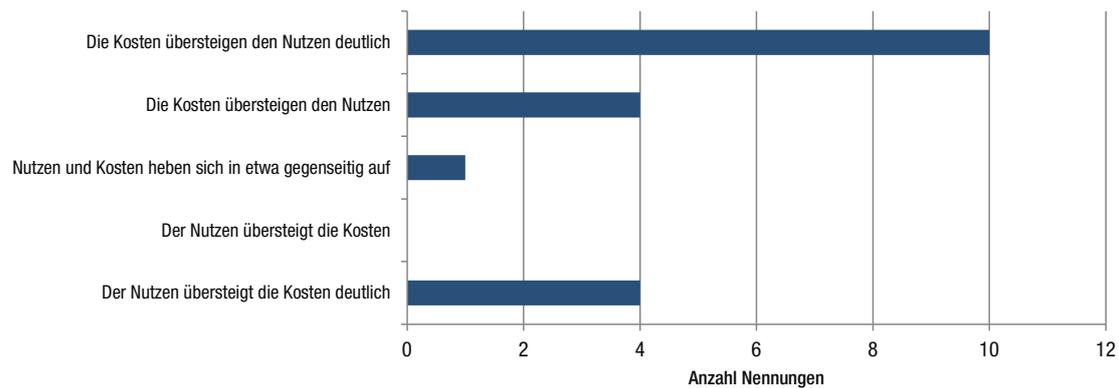


An unserer Onlinebefragung haben insgesamt 23 Versicherer teilgenommen. Die Abbildung veranschaulicht die Grösse der Teilnehmer gemessen am Versichertenbestand und zeigt, dass unsere Umfrage alle Grössenklassen abdeckt.

Quelle: Polynomics.

Abbildung 2 veranschaulicht die Verteilung der Versichertenbestände der befragten Versicherer. Von den insgesamt 23 Antworten stammen 12 von Versicherern mit weniger als 20'000 Versicherten, zehn Antworten von Versicherern mit mehr als 100'000 Versicherten und davon sind vier von grossen Versicherern mit mehr als einer halben Million Versicherten. Unsere Umfrage deckt somit alle Grössenklassen ab.

Abbildung 3 Kosten-Nutzen-Beurteilung insgesamt



Von den insgesamt 19 Antworten auf die Frage «Wie beurteilen Sie die Auswirkungen des KVAG auf Ihre Unternehmung gesamthaft?» haben 21 % angegeben, dass der Nutzen der Vorlage die Kosten deutlich übersteige. 74 % der Versicherten geben demgegenüber an, dass die Kosten den Nutzen übersteigen, wobei 53 % angeben, dass die Kosten den Nutzen deutlich übersteigen.

Quelle: Polynomics.

Die Mehrheit der Befragten erachtet die Kosten der Vorlage grösser als den Nutzen. Ungefähr ein Fünftel gibt an, dass der Nutzen die Kosten übersteigt (vgl. Abbildung 3). Zusätzlich zu dieser geschlossenen Frage konnten in einer offenen Frage Bemerkungen zu Kosten und Nutzen der Vorlage gemacht werden. Als möglicher Nutzen der Vorlage wurden genannt:

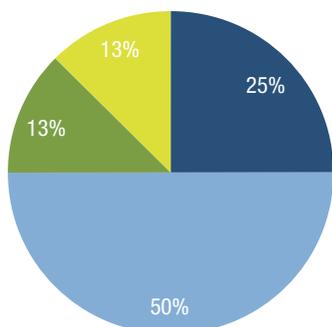
- Das KVAG führt zu etwas mehr Transparenz.
- Das KVAG gibt dem BAG bessere Instrumente bei der Handhabung der «schwarzen Schafe» in der Branche.
- Es ist zu hoffen, dass die Quersubventionierungen bei den grossen Krankenversicherern unterbunden werden können.

Acht Versicherte weisen aber explizit darauf hin, dass die Vorlage keinen Zusatznutzen bringe bzw. das heutige KVG bereits genüge. Als mögliche Kostenfolgen der Vorlage wurden genannt:

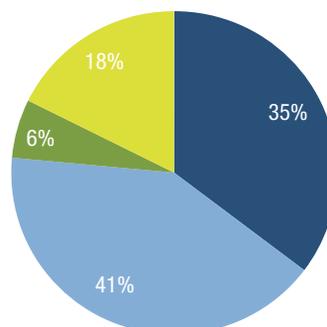
- Das KVAG erzeugt aufgrund der Vorschriften zu Risikomanagement, externer Revision, Compliance-Vorschriften, Berichterstattung etc. administrativen Mehraufwand.
- Das KVAG führe dazu, dass unnötige Statistiken und Kennzahlen berechnet und bereitgestellt werden müssen.
- Mehrkosten aufgrund umfangreicher Datenmeldungen und den sehr komplizierten Vorschriften bezüglich Reserven und Rückstellungen.
- Das KVAG führe zu einem Aufbau einer Institution analog zur Finanzmarktaufsicht (FINMA)

Abbildung 4 Antworten zu ausgewählten Elementen der Gesetzesvorlage

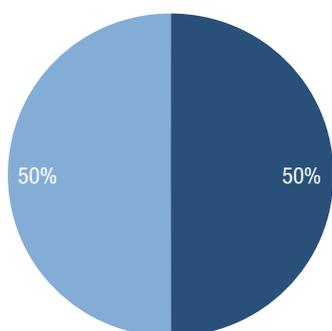
Artikel 14 – Gebundenes Vermögen



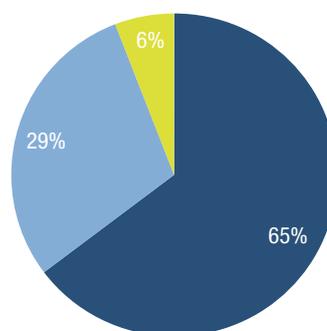
Artikel 15 – Genehmigung der Prämientarife



Artikel 16/17 – Rückerstattung von Prämieinnahmen



Artikel 3-10,19-26 – Bewilligung, Reporting, Governance, etc.



■ beträchtliche Mehrkostenfolge ■ hat Mehrkosten zur Folge
■ geringe Mehrkosten ■ keine bzw. unwesentliche Mehrkosten

Wir haben die Teilnehmer der Umfrage aufgefordert, zu vier Themenbereichen anzugeben, ob die Bestimmungen im KVAG zu Mehrkosten für ihre Unternehmung führen. Die Mehrheit hat angegeben, dass sie in sämtlichen Themenbereichen mit Mehrkosten bzw. beträchtlichen Mehrkosten rechnet. Es fällt auf, dass die Meinungen in Bezug auf die Themen gebundenes Vermögen und Genehmigung der Prämientarife weiter auseinander fallen als bei den beiden anderen Themen.

Quelle: Polynomics.

Zusätzlich zur Einschätzung der gesamten Vorlage, haben wir gezielt nach der Einschätzung zu vier konkreten Elementen der Vorlage gefragt. Wir wollten wissen, wie die Branche die Kostenwirkung der Vorschriften zum gebundenen Vermögen (Art. 14), zur Genehmigung der Prämientarife (Art. 15), zur Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen (Art. 16 und 17) und zu Bewilligung, Reporting, Transparenz etc. (Art. 3-10, 19-26) beurteilt. Die Antworten zu diesen vier Themen sind in Abbildung 4 dargestellt.

Es ist kaum erstaunlich, dass die meisten Befragten mit Mehrkosten rechnen und es ist nicht auszuschliessen, dass die Befragten aus strategischen Gründen die Kostenfolgen grösser angeben, als es ihren tatsächlichen Erwartungen entspricht. Konzentriert man sich auf den Anteil der

Personen, welche angegeben haben, dass die entsprechenden Vorschriften zu «beträchtlichen Mehrkosten» führen, so kann man die vier Themen in folgende Reihenfolge mit abnehmenden negativen Kostenfolgen bringen:

1. Bewilligung, Reporting, Transparenz etc.
2. Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen
3. Genehmigung der Prämientarife
4. Gebundenes Vermögen

Obwohl wir zu jedem Thema nach einer Abschätzung der Kosten in Franken pro Versicherten und Jahr gefragt haben, gingen nur wenige Antworten dazu ein. Die Abschätzung der Kosten scheint für die Branche eher schwierig zu sein. Dies geht auch aus den Expertengesprächen (siehe Kapitel 5) hervor. Die wenigen verfügbaren Kostenschätzungen sind in Tabelle 1 in Form von Kostenspannen zusammengefasst. 75 % der Befragten haben angegeben dass die erwarteten Mehrkosten unabhängig vom Versichertenbestand sind. Deshalb haben wir die in der Befragung angegebenen Frankenbeträge mit der Anzahl Versicherten multipliziert um die jährlichen Gesamtkosten für den Versicherer zu bestimmen und diese Gesamtkosten mit der Anzahl Versicherern (63 gemäss OKP-Statistik für 2011) multipliziert, um die Gesamtkosten für die Branche zu erhalten.

Tabelle 1 Kostenspannen für die vier erfragten Elemente in der Online-Befragung in TCHF pro Jahr und in Prozent der Verwaltungskosten

	Minimum		Maximum	
	TCHF	% Verwaltungskosten	TCHF	% Verwaltungskosten
KVAG insgesamt	6'400	0.5%	107'000	8.5%
Artikel 3-10, 19-26	1'814	0.1%	42'840	3.4%
Artikel 14	604	-	21'420	1.7%
Artikel 15	1'209	0.1%	10'710	0.9%
Artikel 16	1'209	0.1%	10'710	0.9%

Einige Befragte (je nach Frage zwischen 2 bis 6 Personen) haben die Kostenwirkung mit konkreten Frankenbeträgen abgeschätzt. Diese in Franken pro Versicherten pro Jahr angegebenen Beträge haben wir mit dem Versichertenbestand multipliziert, um die Gesamtkosten des Versicherers zu bestimmen und anschliessend mit der Anzahl Versicherer multipliziert, um eine Abschätzung für die gesamte Branche zu erhalten. Dieses Vorgehen stützt sich darauf, dass die meisten Befragten angegeben haben, dass die Mehrkosten unabhängig vom Versichertenbestand sind. Um die Kostenschätzungen als Anteil der Verwaltungskosten auszudrücken, haben wir diese jeweils durch 1'254 Mio CHF, den Verwaltungskosten und Abschreibungen im Jahr 2011 gemäss OKP-Statistik, dividiert.

Quelle: Polynomics.

Für die Kostenabschätzungen haben wir unplausibel hohe Werte als Ausreisser betrachtet und nicht berücksichtigt. Nach Ausschluss von Ausreissern bleiben je nach Frage zwei bis sechs

Antworten, so dass die Resultate wenig aussagekräftig sind. Die maximalen Kosten betragen gemäss Tabelle 1 ca. 100 Mio. CHF pro Jahr. Diese Mehrkosten sind zwar im Vergleich zum jährlichen Prämienvolumen von rund 23.6 Mrd. CHF gering, machen aber immerhin 8.5 % des Verwaltungsaufwandes (inkl. Abschreibungen) aus.⁴ In Anbetracht der Anstrengungen des Bundes, die Verwaltungskosten der Versicherer niedrig zu halten, sind dies markante Mehrkosten. Die minimalen Kosten liegen gemäss Tabelle 1 zwischen 5 und 6 Mio. CHF und sind unerheblich. Eine ausführliche Regulierungsfolgenabschätzung müsste die Kostenwirkungen systematischer zu ermitteln versuchen. Da diese Mehrkosten gemäss Angaben der Befragten grösstenteils unabhängig vom Versichertenbestand sind, müsste insbesondere die Belastung kleiner und mittlerer Versicherer genauer untersucht werden.

Zwischenfazit

Die durch das KVAG erwartete Verbesserung der Transparenz, wie auch die Erweiterung des Aufsichtsinstrumentariums des BAG werden zwar vereinzelt positiv bewertet. Dennoch übersteigen für 74 % der Befragten die erwarteten Kosten den erwarteten Nutzen zum Teil deutlich. Die grössten Mehrkosten erwartet die Branche aufgrund der Vorschriften bezüglich Bewilligung, Reporting, Transparenz etc. (Art. 3-10, 19-26). Eine grobe quantitative Abschätzung der Mehrkosten durch die Befragten deutet darauf hin, dass diese einen spürbaren Effekt auf die Verwaltungskosten der Versicherer haben können. Es muss jedoch beachtet werden, dass diese Ergebnisse nicht repräsentativ sind und auch strategisches Verhalten der Antwortenden nicht ausgeschlossen werden kann. Die Kostenerwartungen müssen im Rahmen einer ausführlichen Regulierungsfolgenabschätzung systematischer ermittelt werden, um eine robustere Schätzung zu den Kostenfolgen zu erhalten. Die Umfrage deutet darauf hin, dass die möglichen Kostenfolgen hoch genug sind und eine solche ausführlichere Untersuchung rechtfertigen. Zudem fallen hauptsächlich Fixkosten an, welche für kleine Versicherer stärker spürbar sind als für grosse Versicherer. Diese überproportionale Belastung kleinerer Unternehmen muss im Rahmen einer Regulierungsfolgenabschätzung ebenfalls detaillierter untersucht werden.

⁴ Gemäss der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (OKP-Statistik) betragen die Verwaltungskosten zuzüglich Abschreibungen im Jahr 2011 rd. 1'254 Mio. CHF.

5 Expertengespräche

Um die Themen zu vertiefen, haben wir Experteninterviews mit drei Krankenkassen, einer Verbandsvertreterin, einem selbständigen Aktuar und dem BAG geführt (vgl. Anhang 8.2). Die Expertengespräche haben aufgezeigt, dass die einzelnen Artikel im KVAG sehr unterschiedlich beurteilt werden. Die risikobasierte Reservenbestimmung (Art. 13), die Bildung von ausreichend versicherungstechnischen Rückstellungen (Art. 12), die Einführung eines gebundenen Vermögens (Art. 14), die Offenlegungsbestimmungen (Art. 20), die Forderung nach einem Risikomanagement (Art. 21) und die Berichterstattung (Art. 23) werden mehrheitlich als sinnvoll erachtet.

Insbesondere wird die Einführung eines gebundenen Vermögens zur Sicherstellung der versicherungstechnischen Rückstellungen mehrheitlich begrüsst. Dies sei eine wirksame Massnahme zum Schutz des Versicherten. Durch die höheren Solvenz- und Liquiditätsanforderungen an die erlaubten Anlageprodukte wird zwar eine Minderung des Finanzertrages und durch die «Kennzeichnungspflicht» ein gewisser Mehraufwand erwartet. Diese zusätzlichen Kosten seien aber zum Schutz der Versicherten gut investiertes Geld. Das gebundene Vermögen hat zudem den Vorteil, dass jeder Versicherer selbst für seinen Konkurs vorsorgen muss. Die bisherige Regelung mit dem Insolvenzfonds sozialisiert hingegen den Konkurs eines Versicherers, da alle bzw. die übrigen Versicherer für die ausstehenden Zahlungen des konkursiten Versicherers aufkommen müssen. Es stellt sich die Frage, ob der Insolvenzfonds reduziert werden könnte, da mit dem gebundenen Vermögen ein zusätzliches Sicherungselement eingeführt wird.

Wie aber die Ergebnisse der Online-Umfrage aufzeigen, ist nur eine Minderheit der Krankenkassenvertreter der Ansicht, dass der Nutzen aus dem vorgeschlagenen KVAG die Kosten überwiege. Im Expertengespräch hat sich ebenfalls nur ein Branchenvertreter insgesamt positiv zum Gesetz geäussert und dieses mit Ausnahme der Bestimmungen zur Rückerstattung von Prämieinnahmen als wünschenswert beurteilt. Die Mehrheit der Experten ist der Meinung, dass die Kosten den Nutzen zum Teil deutlich übersteigen. Im Folgenden gehen wir auf die Bedenken bezüglich administrativem Mehraufwand und Systemrisiken ein. Um die Äusserungen der Branche in Perspektive zu setzen, berücksichtigen wir auch die Sicht des BAG.

5.1 Administrativer Mehraufwand durch Bürokratisierung

Ein grosser Teil der zusätzlichen Kosten, die den Versicherern aus dem KVAG entstehen, sind auf administrativen Mehraufwand zurückzuführen. Mehrkosten werden insbesondere im Zusammenhang mit der Pflicht zur Implementierung eines Risikomanagements, der internen Kontrolle, der Berichterstattung und der externen Revisionsstelle erwartet.

Zwar beurteilen die meisten Branchenvertreter die Forderung nach einem Risikomanagement, Offenlegungsvorschriften, Berichterstattungspflichten und eine Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit grundsätzlich als sinnvoll. Die Hauptsorge liegt aber darin, dass diese Vorschrif-

ten einen beträchtlichen Bürokratieaufwand bei den Versicherern erzeugen, der selbst keinen Nutzen stiftet. Die Berichterstattung gegenüber der Aufsicht über die Einhaltung dieser gesetzlichen Auflagen könnte unverhältnismässige Aufwendungen zur Folge haben.

Im Bereich der gestiegenen Anforderungen an die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenkassen werden vor allem einmalige Mehrkosten erwartet, die in der Grössenordnung von einer Arbeitswoche einer Revisionsstelle bzw. Aktuars liegen könnten. Die wiederkehrenden Kosten, die aus der Genehmigungspflicht für Änderungen im Geschäftsplan entstehen, dürften sich für die Revisionsstelle oder Aktuar auf einen Arbeitstag pro Jahr belaufen. Mehrheitlich werden die wiederkehrenden Aufwendungen als eher gering eingestuft. Ein Experte schätzt die gesamten administrativen Aufwendungen pro Versicherer auf rund 150'000 CHF jährlich. Es sei jedoch auf der Grundlage der Gesetzesvorlage grundsätzlich schwierig, die administrativen Kosten abzuschätzen, da diese stark von der konkreten Anwendung durch das BAG abhängen.

Da die Vorlage stark am Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) angelehnt ist, profitieren Versicherer, die auch in der Zusatzversicherung tätig sind davon, dass sie die entsprechenden Vorschriften und Dokumente bereits zuhanden der Finanzmarktaufsicht (FINMA) erstellen mussten. Falls lediglich diejenigen Dokumente, die bereits für die FINMA erstellt wurden, an das BAG geschickt werden müssen, dann hält sich der Mehraufwand in überschaubaren Grenzen. Falls aber das BAG keine oder wenig Rücksicht auf die bereits zuhanden der FINMA erstellten Unterlagen nimmt und eigene Anforderungen an die Datenbereitstellung definiert, entstehen unnötige Doppelspurigkeiten mit Mehrkostenfolgen.

In den Expertengesprächen wurden als Beispiel die unterschiedlichen Rechnungslegungsvorschriften genannt. Das BAG kennt bereits heute in Abweichung zur FINMA eine eigene Rechnungslegungsvorschrift, was zu einem unnötigen Mehraufwand führe. Gelingt es, dass die neuen aufsichtsrechtlichen Vorschriften mit den bereits vorhandenen Unterlagen weitestgehend abgedeckt werden können, so dürften die administrativen Mehrkosten für bereits der FINMA unterstellte Versicherer überschaubar sein.

Gemäss BAG sind die Rechnungslegungsvorschriften mit den Versicherern und der FINMA abgesprochen. Leider habe sich aber die FINMA am Ende zurückgezogen und die BAG-Vorschriften nicht übernommen. Damit entstehen für Versicherer, welche die Grundversicherung und die Zusatzversicherung in rechtlich unabhängigen Einheiten durchführen, tatsächlich Doppelspurigkeiten. Für Versicherer, die sowohl Grund- als auch Zusatzversicherung in derselben rechtlichen Einheit ausüben, gelten für beide Versicherungsbereiche die Rechnungslegungsvorschriften des BAG.

Kleine und mittlere Kassen werden überproportional belastet

Der Grossteil der zusätzlichen Kosten aus den Vorschriften zur Ausübung der Versicherungstätigkeit (Art. 11-26) ist auf administrativen Mehraufwand zurückzuführen, der unabhängig vom Versichertenbestand anfällt.⁵ Eine direkte Konsequenz daraus ist, dass kleinere Kassen durch diesen administrativen Mehraufwand überproportional stark belastet werden, während sich der Mehraufwand für grössere Kassen in einem überschaubaren Rahmen bewegen kann.

Als potenziell teuer für kleine Versicherer werden die Vorschriften zum Risikomanagement und der internen Revision genannt. Für einen Versicherer mit einer Handvoll Beschäftigten besteht die Gefahr, dass die interne Revision nicht durch die bestehenden Mitarbeitenden wahrgenommen werden kann, sondern an externe Unternehmen ausgelagert werden muss. Dies führt zu hohen Mehrkosten, die schliesslich auf die Versicherten überwältzt werden müssen.

Eine asymmetrische Belastung der Versicherer entsteht auch, weil nicht alle Grundversicherer Zusatzversicherungen anbieten. Versicherer, die Produkte im Zusatzversicherungsmarkt anbieten, unterstehen der Aufsicht durch die FINMA und sind bereits mit dieser Art von Aufsicht vertraut. Sie haben ihre Prozesse darauf ausgerichtet. Das KVAG führt nun dieselbe Aufsicht auch für die reinen Grundversicherer ein. Dadurch sind diese höheren zusätzlichen Regulierungskosten ausgesetzt als Versicherer, die auch im Zusatzversicherungsgeschäft tätig sind.

Im Handbuch zur RFA wird definiert, dass falls «die hauptsächlich betroffene Gruppe aus KMU [besteht] oder [die] Regulierungskosten/der administrative Aufwand [zunehmen], ist in jedem Fall eine RFA notwendig». Da die Regulierungskosten und der administrative Aufwand zunehmen und kleine Versicherer überdurchschnittlich stark davon betroffen sind, könnte dieser Punkt des Handbuchs als erfüllt betrachtet werden und allenfalls einen KMU-Verträglichkeitstest nötig machen. Das Handbuch besagt weiter, dass falls «die Unternehmen mindestens einer Branche stark betroffen» sind, «eine grobe Schätzung der Regulierungskosten bzw. ein summarischer KMU-Verträglichkeitstest empfohlen» wird.

5.2 Rückerstattung von Prämieinnahmen (Art. 16 und 17)

Alle Branchenvertreter betrachten die Rückerstattungspflicht als einen Fremdkörper im geplanten KVAG, da dieser Artikel die Idee der Versicherung untergräbt. Die Rückerstattungspflicht erschwert die Prämienkalkulation und führt zu höheren Prämienchwankungen. Bisher konnten die Versicherer eine erwartete mittelfristige Kostensteigerung über mehrere Jahre glätten. Die Rückerstattungspflicht könnte diese Praxis jedoch einschränken, da die Prämien verstärkt an den jährlichen Kosten in relativ kleinen Versichertenkollektiven folgen statt den erwarteten Kosten grösserer Kollektiven entsprechen. Die erhöhte Prämienvolatilität führt zu einer grösse-

⁵ Dies wird auch in der Online-Befragung bestätigt, wo 75 % der befragten Versicherer angeben, dass es sich hauptsächlich um bestandesunabhängige Mehrkosten handelt.

ren Preisunsicherheit für die Versicherten und verursacht unnötige Kassenwechsel. Zudem sei die Umsetzung der Prämienrückerstattung nach Artikel 17 nicht praktikabel.

Die Rückerstattungen könnten aber auch die Preistransparenz verringern, da der Versicherte beim Versicherungskauf nicht beurteilen kann, welcher Versicherer die beste Prämie anbietet. Die gesamten Versicherungskosten sind von einer allfälligen Prämienrückerstattung am Ende des Versicherungsjahres abhängig. Dies verringert die Preistransparenz und schränkt den Wettbewerb ein: Dem Kunden fehlt die Entscheidungsgrundlage.

Da die Rückerstattung auf kantonaler Ebene stattfindet, führe dieser Artikel faktisch zu einer kantonalen Reservepflicht. So müssten für kleinere Kantone höhere Reserven gehalten werden, da die Nettoleistungen bei kleineren Beständen grösseren Schwankungen ausgesetzt sind. Dies würde gesamthaft betrachtet zu höheren Kosten führen. Ein Experte stösst sich zudem an der Qualifikation, dass die Rückerstattung nur erfolgt, «sofern die wirtschaftliche Situation der Krankenkasse dies zulässt». Dies führe dazu, dass Versicherer, die sorgfältig wirtschaften eher von der Prämienrückerstattung betroffen sein werden als Versicherer, die weniger nachhaltig am Markt auftreten und deshalb in einer wirtschaftlich weniger vorteilhaften Situation sind.

Das BAG widerspricht der Ansicht, dass die Prämienrückerstattung faktisch zu kantonalen Reserven führe. Es sei vielmehr gerade ein Ziel des Artikels, die Bildung kantonalen Reserven zu verhindern. Falls eine Krankenkasse zu geringe Reserven hat, müssen die Versicherten aus allen Kantonen zum Reservenaufbau beitragen.

Das BAG will zudem Zufallsschwankungen berücksichtigen und nur dann eine Rückerstattung von Prämieeinnahmen anordnen, falls mit genügender Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass die Prämieeinnahmen nicht rein zufällig über den Ausgaben lagen. Dies soll über die Definition eines «Zufallskorridors» erfolgen. Rückerstattung sollen somit nur «ausserhalb des Zufalls» stattfinden: Unerwartet hohe Ausgaben müssten vom Versicherer gedeckt werden, bei unerwartet tiefen Ausgaben käme es ausserhalb des Korridors zu Rückerstattungen. Die Rückerstattung gehe also tendenziell gegen die Reserven. Dies löse auch das Problem zu hoher Reserven.

Im Idealfall wirkt dieser Artikel aus Sicht des BAG präventiv: Da die Versicherer antizipieren, dass eine zu hohe Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben zu einer Rückerstattung führt, werden sie darum bedacht sein, eine zu hohe Differenz zu vermeiden. Es sei für eine Kasse peinlich, eine Rückerstattung machen zu müssen. Sie gestehe damit nämlich ein, dass sie falsch kalkuliert habe. So komme es nur in Ausnahmefällen zu Rückerstattungen und damit bestünde auch kaum die Gefahr einer Prämienintransparenz. Diese sei nur dann ein Problem, wenn es zu regelmässigen Prämienrückerstattungen kommen würde.

5.3 Genehmigung der Prämientarife (Art. 15)

Mehrere Branchenexperten äusserten Bedenken, dass die Prämiensetzung noch stärker als früher durch die Politik beeinflusst werden kann. Insbesondere die Bestimmungen zur Prämientarifgenehmigung (Art. 15) und Rückerstattung der Prämieeinnahmen (Art. 16) stellten ein «Ein-

fallstor» für die Politik dar. Die Prämien würden dadurch vollends politisch und ohne Rücksicht auf die konkrete Situation im Markt und bei den Versicherern bestimmt. Die Verantwortung für die Konsequenzen solcher Entscheide tragen aber weiterhin die Versicherer. Die zusätzlichen Kosten, welche aus der zunehmenden politischen Einflussnahme entstehen, schätzt ein Versicherer auf 3 bis 5 % der durchschnittlichen Prämien der Grundversicherung, also auf rd. 700 Mio. bis 1.2 Mrd. CHF.

Ein Teil der Branchenvertreter erachtet die geplanten Bestimmungen zur Genehmigung der Prämientarife als eine sehr einschneidende Massnahme, da sie das Kerngeschäft der Versicherung betrifft. Ein Teil ist demgegenüber der Meinung, dass sich gegenüber der heutigen Praxis nicht viel ändern wird, da das BAG bereits in der Vergangenheit Druck gemacht habe, falls die Prämien aus seiner Sicht zu hoch waren. Weil nicht alle Versicherer diesem informellen Druck durch das BAG im gleichen Ausmass nachgaben, führte dies zu unterschiedlichen Auswirkungen bei den Versicherern. Die Verankerung der Kompetenzen des BAG im KVAG führe nun zu gleich langen Spiessen für alle, da sich alle dem BAG fügen müssen.

Das BAG sieht in den geplanten Bestimmungen zur Genehmigung der Prämientarife den Vorteil, dass klargestellt werde, welche Kriterien bei der Prämien genehmigung berücksichtigt werden. Damit werde Transparenz geschaffen und der politische Druck reduziert, da nicht beliebige Begehrlichkeiten mehr angebracht werden könnten.

Im Genehmigungsprozess beurteile das BAG, ob die Kostenschätzungen und die erwarteten Bestandesänderungen der Versicherer plausibel sind. Diese Beurteilung erfolgt durch einen Vergleich der eingereichten Informationen aller Versicherer. Da das BAG im Gegensatz zu den einzelnen Versicherern über sämtliche Informationen verfügt, wird dieser Vergleich erst möglich gemacht. Dieser Vergleich werde von vielen Versicherern als hilfreich wahrgenommen. Durch den Vergleich der Kostenerwartungen und Prämien zwischen allen Versicherern kann das BAG die Konsistenz der einzelnen Erwartungen im Aggregat überprüfen. Dies sei insbesondere wegen den Bestandesfluktuationen wichtig: Für eine Versicherung kann es «gefährlich» sein, die mit Abstand niedrigsten Prämien zu verlangen, da sie in diesem Fall mit einem zu grossen Neukundenzugang konfrontiert ist. Eine zu starke Bestandeszunahme setzt die Reserven unter Druck: Diese könnten für den neuen Versichertenbestand ungenügend niedrig sein, so dass in Zukunft Prämien erhöhungen nötig sind. Kleine Krankenkassen mit wenig Personal kämen bei einem grossen Zustrom auch personell schnell an ihre Grenzen.

5.4 Beauftragung Dritter

Gemäss Artikel 33 Absatz 4 KVAG kann das BAG die «Überprüfung der Einhaltung des Gesetzes [...] jederzeit Dritte heranziehen. Die Kosten können dem kontrollierten Unternehmen belastet werden». Für die meisten Branchenvertreter stellt diese Möglichkeit eine uneinschätzbare Bedrohung dar. Es ermögli che dem BAG, jegliche Aufsichtskosten dem Versicherer anzulasten. Dies sei insbesondere dann problematisch, wenn das BAG selbst an personelle Kapazitätsgrenzen kommt und als Folge davon die Aufsichtsaufgaben auslagert. Die für die Versiche-

rer entstehenden Kosten sind potenziell sehr hoch, da das Gesetz keine Obergrenze der zumutbaren Kosten festlegt. Viele Branchenvertreter sind der Meinung, dass die Aufsicht eine Staatsaufgabe sei und darum auch aus den entsprechenden Budgets zu finanzieren sei.

Das BAG entgegnet dieser Ansicht, dass es von der Option, Aufsichtsaufgaben an Dritte zu übertragen, nur in Ausnahmefällen Gebrauch machen will. Dies könnte z. B. dann nötig sein, wenn sich ein gründliches Audit eines Versicherers aufdrängt. Ob die Kosten die Versicherten oder die Steuerzahler tragen, sei sekundär. Bezüglich der personellen Kapazitäten entgegnet das BAG, dass (wie in der Botschaft S. 1994 erwähnt) durch die Annahme des KVAG drei bis vier zusätzliche Vollzeitstellen nötig sind, um die gestiegenen Aufsichtsaufgaben zu bewältigen.

5.5 Notwendigkeit des KVAG

Das BAG widerspricht unserer Sichtweise in Kapitel 3. Die Aufsicht brauche es insbesondere wegen der Systemrisiken. Es ist nicht das Ziel, eine einzelne Insolvenz zu verhindern, sondern die Systemstabilität zu gewährleisten. Die Systemstabilität sei dann gefährdet, wenn eine mittlere bis grosse Kasse insolvent wird und Konkurs anmelden muss. Das Systemrisiko entstehe durch eine Liquiditäts- und Rückstellungsproblematik: Erhält ein Versicherer aufgrund des Konkurses eines Konkurrenten einen grossen Zustrom neuer Versicherten, dann genügen die bestehenden Rückstellungen möglicherweise nicht, um diesen Zustrom zu verkraften. Die Reserven könnten ungenügend sein, um den Rückstellungsbedarf zu decken.

Das KVAG sei ein Präventivsystem und soll verhindern, dass Kassen insolvent werden und damit andere Kassen in eine prekäre Finanzsituation bringen. Zudem stelle das gebundene Vermögen sicher, dass bereits bezogene Leistungen der konkursiten Kasse bezahlt werden können. Der Insolvenzfonds sei viel zu klein, um die Rolle für eine grosse Kasse zu übernehmen. Dies wäre auch nicht fair, denn die Kunden der konkursiten Kasse haben über Jahre zu wenig Prämien bezahlt.

Grundsätzlich gibt es aus der Sicht des BAG keinen Grund, die Grundversicherung mit einer schwächeren Aufsicht auszugestalten als den Zusatzversicherungsbereich.

5.6 Zwischenfazit

Grössere Versicherer, welche auch im Zusatzversicherungsmarkt aktiv sind, haben vergleichsweise geringe Mehrkosten, da sie die grösstenteils in Form von Fixkosten anfallenden zusätzlichen Regulierungskosten auf eine breitere Versichertenbasis abwälzen können und von den bereits vorhandenen Erfahrung und Prozessen aus der Aufsichtstätigkeit der FINMA profitieren können. Kleinere Kassen werden stärker belastet, da sie die Regulierungskosten auf eine dünnere Versichertenbasis abwälzen müssen. Reine Grundversicherer sind zusätzlich benachteiligt, da sie nicht bereits über den Apparat verfügen, um einer Aufsicht wie derjenigen durch die FINMA gerecht zu werden. Durch diese tendenziell einseitige Belastung kleinerer Versicherer ist ein KMU-Verträglichkeitstest angezeigt.

Wie die Expertengespräche zeigen, hängt die Höhe der tatsächlichen administrativen und bürokratischen Mehrkosten stark von der konkreten Anwendung des Aufsichtsgesetzes durch das BAG ab. In den meisten Punkten gehen die Meinungen in der Branche und die Vorstellungen des BAG auseinander, was einerseits eine grosse Unsicherheit seitens der Branche reflektiert und andererseits deutlich macht, dass das KVAG ganz unterschiedliche Lesearten zulässt. Eine RFA kann hier Klarheit schaffen und die Konkretisierungen, welche später auf Verordnungsstufe erfolgen werden, vorwegnehmen.

Dies ist insbesondere in Bezug auf die Artikel 15 bis 17 nötig. Der Artikel 15 greift potenziell in das Kerngeschäft der Versicherer ein und kann dadurch beträchtliche negative Konsequenzen haben. Auch hier ist eine detailliertere Abklärung nötig, um die Notwendigkeit dieses Artikels nachzuweisen. Bei den Branchenvertretern herrschte Einstimmigkeit in der Beurteilung der Artikel 16 und 17 zur nachträglichen Rückerstattung von Prämieeinnahmen. Dieser Mechanismus wird von den Branchenvertretern als versicherungsfremd abgelehnt. Die Experten erwarten hiervon grössere Schwankungen in den Prämien und einen höheren Reservebedarf. Das nächste Kapitel geht deshalb näher auf die möglichen Konsequenzen von Artikel 16 ein.

6 Folgen von Artikel 16 für die Prämienberechnung

Alle Branchenvertreter äusserten in den Expertengesprächen die Meinung, dass Artikel 16 stark negative Folgen auf den Krankenversicherungsmarkt haben kann. Dieses Kapitel geht näher auf diese Problematik ein und quantifiziert die möglichen Folgen anhand von Simulationsrechnungen.

6.1 Risiken des Krankenversicherers

Die Prämien werden aufgrund der ex ante erwarteten Ausgaben pro Kanton berechnet und genehmigt. Artikel 16 des KVAG führt nun zusätzlich eine Ex-post-Prüfung der Prämien ein. Der Grund, warum die Ex-ante-Betrachtung von der Ex-post-Betrachtung abweicht, sind die Risiken, mit welchen die Prämienberechnungen eines Versicherers behaftet sind.

In der Wegleitung für den Solvenzttest KVG (BAG 2012)⁶ werden die Risiken, mit denen ein Krankenversicherer konfrontiert ist, in die vier Bereiche Zufallsrisiko, Parameterrisiko, Marktrisiko und Grossereignisrisiko eingeteilt. Das Zufallsrisiko und das Parameterrisiko bilden gemeinsam die versicherungstechnischen Risiken, die für die Beurteilung der Folgen von Artikel 16 relevant sind.

- Das Zufallsrisiko beschreibt, dass sowohl die Anzahl an Erkrankten in einem Versichertenkollektiv, als auch die Ausgaben pro erkrankten Patient, einer zufälligen Schwankung unterworfen sind. Je grösser der Versichertenbestand eines Versicherers ist, desto besser können individuelle zufällige Schwankungen ausgeglichen werden. Das Zufallsrisiko sinkt daher mit zunehmender Bestandsgrösse.
- Als Parameterrisiko wird im KVG-Solvenzttest die Unsicherheit in der Einschätzung von versicherungstechnischen Parametern bezeichnet. Hierzu zählen insbesondere die Ausgabensteigerung und die Zahlungen aus dem bzw. in den Risikoausgleich. Zu den Einflussgrössen des Parameterrisikos zählen die Änderungen in der Risikostruktur des Bestandes, Änderungen in der Regulierung des Gesundheitsmarktes, Preis- oder Tarifänderungen bei den Leistungserbringern und der technische Fortschritt in der Medizin. Da einzelne Elemente bei grossen Versichertenbeständen besser ausgeglichen werden sinkt auch das Parameterrisiko mit zunehmender Bestandsgrösse.

⁶ BAG (2012), Wegleitung zum KVG-Solvenzttest, www.bag.admin.ch -> Themen -> Krankenversicherung -> Versicherer und Aufsicht -> KVG-Solvenzttest, abgerufen am 18.04.2013.

6.2 Der Einfluss der Bestandesgrössen auf das Zufallsrisiko

Im Folgenden beschränken wir uns auf das Zufallsrisiko, dem der Versicherer alleine durch die zufälligen Schwankungen der Nettoleistungen ausgesetzt ist. Da das Parameterrisiko stark von den Entwicklungen im Markt und insbesondere von regulatorischen Änderungen und Versicherungswanderungen abhängt, ist es schwieriger zu simulieren und wird im Folgenden vernachlässigt.

Individuelle zufällige Schwankungen in den Nettoleistungen sind für Versicherer unproblematisch, solange sie in einem grossen Kollektiv ausgeglichen werden. Zentral ist jedoch, wie stark der Mittelwert der Nettoleistungen des Versichertenkollektivs schwankt. Falls der Mittelwert eines Kollektivs kaum schwankt, ist das Zufallsrisiko für den Versicherer gering.

Um den Einfluss unterschiedlich grosser Versichertenkollektive auf das Zufallsrisiko zu veranschaulichen, simulieren wir die Nettoleistungen verschiedener Versichertenkollektive. Die unterschiedlichen Kollektivgrössen sind dabei so gewählt, dass sie für einen grossen Schweizer Versicherer mit einem Versichertenbestand von insgesamt rund 600'000 Personen realistisch sind. Dieser wird beispielsweise im bevölkerungsreichen Kanton Zürich ein wesentlich grösseres Kollektiv versichern können als im Kanton Uri. Die Datengrundlagen und Annahmen sind in der technischen Dokumentation zum Gutachten beschrieben.

In Tabelle 2 ist das Zufallsrisiko bei der Prämienberechnung für unterschiedliche Kollektivgrössen dargestellt. Als beste verfügbare Schätzung wird der Versicherer erwarten, dass die Nettoleistungen dem Durchschnitt der Mittelwertverteilung entsprechen. Da die Kollektive alle aus derselben Grundgesamtheit gezogen sind, unterscheiden sie sich darin nicht.⁷ Was sich mit der Grösse des Kollektivs jedoch stark ändert, sind die Schwankungen der Mittelwerte aufgrund des Zufallsrisikos.

Wie die erste Spalte von Tabelle 2 zeigt, schwanken die Mittelwerte eines Kollektivs mit 105'000 Versicherten kaum. Die Standardabweichung beträgt 24 CHF, und in 50 % der Fälle liegt die Abweichung zum Durchschnitt unter 17 CHF.⁸ Anders sieht es bei einem kleinen Kollektiv von 3'000 Personen aus. Dort beträgt die Standardabweichung 144 CHF, und in 50 % der Fälle beträgt die Abweichung vom Durchschnitt bis zu 99 CHF.⁹

⁷ Wir haben hier nicht nachsimuliert, dass die Schweizer Kantone sehr unterschiedliche Durchschnittskosten haben. Für unsere Analyse sind die Schwankungen der Kosten relevant, die absolute Höhe der Nettoleistungen spielt dabei eine geringe Rolle.

⁸ Das 25% Perzentil liegt bei 2'832 CHF, also -17 CHF vom Durchschnitt entfernt. Das 75% Perzentil liegt bei 2'865 CHF, also + 16 CHF. vom Durchschnitt entfernt.

⁹ Das 25% Perzentil liegt bei 2'750 CHF also -99 CHF vom Durchschnitt entfernt, das 75% Perzentil liegt bei 2'944 CHF, also 99 CHF vom Durchschnitt entfernt.

Tabelle 2 Zufallsrisiko in Kollektiven von unterschiedlicher Grösse (in CHF/Jahr)

	Kollektiv 1 105'000 Versicherte	Kollektiv 2 32'400 Versicherte	Kollektiv 3 13'200 Versicherte	Kollektiv 4 3'000 Versicherte
Durchschnitt der Mittelwertverteilung = Erwartete Nettoleistung	2'849	2'849	2'849	2'849
Standardabweichung der Mittelwertverteilung	24	44	69	144
25 % Perzentil der Mittelwertverteilung	2'832	2'819	2'802	2'750
50 % Perzentil der Mittelwertverteilung	2'849	2'848	2'848	2'845
75 % Perzentil der Mittelwertverteilung	2'865	2'878	2'895	2'944
99 % Perzentil (Value at Risk)	2'906	2'951	3'013	3'204
Durchschnitt der Mittelwertverteilung wenn einer der 1 % teuersten Fälle beobachtet wird (Expected Shortfall) ^{a)}	2'914	2'967	3'039	3'264
Mittlerer Verlust, wenn einer der 1 % teuersten Fälle beobachtet wird (Durchschnitt - Expected Shortfall)	-65	-119	-190	-414

Für weitere Kollektivgrössen vgl. Anhang.

a) Der «Expected Shortfall» ist die mittlere Schadenshöhe von allen teuren Fällen, die weniger als 1 % wahrscheinlich sind.

Das Zufallsrisiko für den Versicherer ergibt sich aus der Schwankung des Mittelwertes seines Kollektivs. Für jede Kollektivgrösse haben wir daher eine Mittelwertverteilung simuliert. Je grösser das Kollektiv ist, desto geringer sind die Schwankungen der erwarteten Nettoleistungen um den Mittelwert. Der Value at Risk, der Wert über dem das teuerste Prozent der Nettoleistungen liegen, ist bei einem Versicherungskollektiv mit 3'000 Versicherten gut 10 % höher (3'204 CHF) als bei einem mit 105'000 Versicherten (2'906 CHF). Dementsprechend ist auch der mittlere Verlust in kleinen Kollektiven grösser, wenn einer der teuersten Fälle tatsächlich eintritt.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Als Mass für das Zufallsrisiko wird im KVG-Solvenztest zusätzlich der «Value at Risk» und der «Expected Shortfall» verwendet.¹⁰ Der «Value at Risk» ist das 99% Perzentil der Verteilung und entspricht einem teuren Fall, welcher mit 1 % Wahrscheinlichkeit eintritt. Er ist die «Schwelle zum Katastrophenjahr». Der «Expected Shortfall» ist die mittlere Schadenshöhe in allen teuren Fällen, welche weniger als 1 % wahrscheinlich sind. Um ein durchschnittliches «Katastrophenjahr» zu überleben, muss der Versicherer also Reserven in der Höhe des «Expected Shortfalls» halten. Auch bei diesen Masszahlen des Risikos zeigt sich ein starker Effekt der Kollektivgrösse.

¹⁰ BAG (2012), Wegleitung zum KVG-Solvenztest, www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Versicherer und Aufsicht → KVG-Solvenztest, abgerufen am 18.04.2013.

6.3 Einseitiger Umgang mit dem Versicherungsrisiko durch Artikel 16

Der Versicherer legt die Prämie so fest, dass die Prämieinnahmen die ex ante erwarteten Ausgaben decken. Bei dieser Prämie macht der Versicherer im Erwartungswert weder Gewinn noch Verlust. Falls das BAG mit den Kostenschätzungen des Versicherers einverstanden ist, genehmigt es die Prämie. Nach Artikel 16 wird neu eine Rückerstattung angeordnet, wenn die ex ante erwarteten Ausgaben «unangemessen» über den Ex-post-Ausgaben liegen. Sind hingegen die Ausgaben ex post höher als ex ante erwartet, wird keine Nachzahlung durch die Versicherten fällig. Da der Versicherer negative Abweichungen selbst tragen muss und positive Abweichungen teilweise zurückerstatten muss, entsteht ihm ohne Anpassung der Prämienberechnung rein durch das Versicherungsrisiko ein erwarteter Verlust.

Um langfristig solvent zu bleiben, muss ein Versicherer einen Risikozuschlag erheben und je nach Anwendung von Artikel 16 seinen Reservenbestand erhöhen. Da die Rückerstattungen kantonal erfolgen, sind die Risikozuschläge und allenfalls auch die Reservenbestände von der Grösse des Versichertenkollektivs in den einzelnen Kantonen abhängig.

Wie hoch die dadurch entstehenden Kosten sind, kann im Rahmen dieses Gutachtens nicht abschliessend beantwortet werden. Die Kosten hängen insbesondere davon ab, welchen «Zufallskorridor» das BAG den Versicherern zugesteht, d. h. welche Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben als Zufallsereignis toleriert werden, und ab welchem Einnahmenüberschuss der Versicherer Einnahmen an die Versicherten zurückerstatten muss. Um die möglichen Kostenwirkung abzuschätzen, zeigen wir anhand von Simulationsrechnungen, welche Zuschläge in drei verschiedenen Szenarien alleine zur Deckung des Zufallsrisikos nötig sind. Wir unterscheiden die drei Szenarien: «Kein Zufallskorridor», «Enger Zufallskorridor» und «Breiter Zufallskorridor».

Szenario «Kein Zufallskorridor»

In diesem Szenario nehmen wir an, dass der Versicherer jede positive Differenz zwischen Prämieinnahmen und Ex-post-Ausgaben in einem Kanton vollständig an seine Versicherten zurückerstatten muss. Falls aber eine negative Differenz entsteht, muss er diese selbst tragen. Um diese systematischen Verluste aufzufangen, muss der Versicherer seine Prämientarife erhöhen. Damit erhöht er aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass er Einnahmen zurückerstatten muss, denn die Nettoleistungen der Versicherten ändern sich versicherungstechnisch nicht, die Prämieinnahmen sind aber aufgrund des Prämienzuschlages höher geworden. Somit muss der Versicherer seine Prämie weiter erhöhen, um das gestiegene Risiko einer Rückerstattung abzudecken.

Diese Prämienspirale erreicht erst dann eine stabile Situation, wenn die Prämie dem «Value-at-Risk» entspricht. In diesem Fall muss der Versicherer zwar in den allermeisten Fällen Prämieinnahmen zurückerstatten, die Ex-post-Kosten übersteigen die Prämieinnahmen aber nur in 1 % der Fälle. Abgesehen von einem solchen «Katastrophenjahr» macht der Versicherer mit dieser Prämienpolitik – wie vom KVG gefordert – immer null Gewinn. Im «Katastrophenjahr» macht er zwar Verlust, diesen kann er aber mit den Reserven decken.

Tabelle 3 **Prämienzuschläge im Szenario «Kein Zufallskorridor»**

Kollektivgrösse	Prämie in CHF/Jahr	Zuschlag gegenüber dem Status quo	Kollektivgrösse	Prämie in CHF/Jahr	Zuschlag gegenüber dem Status quo
105'000	2'906	2%	19'200	2'984	5%
74'400	2'917	2%	15'000	3'003	5%
54'000	2'929	3%	13'800	3'009	6%
47'400	2'934	3%	13'200	3'013	6%
36'600	2'946	3%	11'400	3'025	6%
32'400	2'951	4%	9'000	3'049	7%
28'800	2'959	4%	6'000	3'096	9%
25'200	2'967	4%	5'400	3'109	9%
24'600	2'968	4%	4'200	3'144	10%
21'600	2'977	4%	3'000	3'203	12%
21'000	2'977	4%	1'200	3'429	20%
19'800	2'982	5%			

In diesem Szenario wird jede positive Differenz zwischen Prämieeinnahmen und Ex-post-Ausgaben vollständig zurückerstattet. Falls aber eine negative Differenz entsteht, muss der Versicherer diese selbst tragen. Um zahlungsfähig zu bleiben, muss der Versicherer seine Prämie sehr hoch ansetzen. Die Wahrscheinlichkeit von Ausgaben über den Prämien beträgt dann nur noch 1 %.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Tabelle 3 zeigt, wie hoch solche Prämien bei unterschiedlichen Kollektivgrössen sein müssten und wie gross der Zuschlag gegenüber dem Status quo ohne Artikel 16 wäre. Die Prämien entsprechen den «Value-at-risk»-Werten in Tabelle 2 und der Tabelle 4 im Anhang.

Da die Rückerstattungspflicht auf Kantonsebene definiert ist, müssen in diesem Szenario auch die Reserven kantonale berechnet werden. Nur in diesem Fall decken die Reserven den erwarteten Schaden eines «Katastrophenjahres» in den einzelnen Kantonen. Nach den Berechnungen, die in der technischen Dokumentation beschrieben sind, müsste ein Versicherer dann 4.6-mal mehr Reserven halten als im Status quo, nur um das Zufallsrisiko zu decken. Dieses Ergebnis liegt nahe an der Berechnung von Beck, Käser und Buholzer (2013), die zum Schluss kommen, dass die Reserven 4.5 Mal den heutigen Reserven entsprechen müssten, falls sie kantonale berechnet würden.¹¹ Einzelne Branchenvertreter haben in den Expertengesprächen die Befürchtung geäußert, dass kantonale Reserven eine Folge von Artikel 16 KVAG sein könnten.

¹¹ Beck K., U. Käser und M. Buholzer (2013), Risikominimierung durch Reservehaltung, in: K. Beck (Hrsg.) Risiko Krankenversicherung, Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt, 3. Auflage, Haupt Verlag: Bern, Kapitel 8, S. 175-210.

Szenario «Enger Zufallskorridor»

Artikel 16 KVAG schränkt die Rückerstattungspflicht auf «unangemessen» hohe Prämieinnahmen ein, was vermuten lässt, dass das BAG den Versicherern einen gewissen «Zufallskorridor» zugestehen wird. Im Expertengespräch wurde dies vom BAG auch bestätigt. In diesem Szenario gehen wir davon aus, dass das BAG die gleiche Rechenmethode anwendet, wie zur Ex-post-Prüfung der Prämien 1996 – 2011 vorgeschlagen.¹² Für die Simulationsrechnung nehmen wir deshalb an, dass ein Versicherer rückerstatten muss, falls seine Prämieinnahmen mehr als 5.6 % über den Ex-post-Nettoleistungen liegen.¹³ Dieses Verhältnis entspricht dem durchschnittlichen Verhältnis zwischen Prämieinnahmen und Nettoleistungen, welches das BAG für die Jahre 1996 – 2011 als «angemessen» bezeichnet hat.¹⁴

Mittels der Simulationsrechnung zeigen wir, wie hoch der Prämienzuschlag sein müsste, um das durch die Rückerstattung zusätzlich eingeführte Risiko zu decken. Wir nehmen dabei an, dass die Aufsichtsbehörde die Erhebung eines solchen Prämienzuschlages erlaubt: Bei der Ex-post-Prüfung wird nicht das reine Verhältnis der Prämien zu den ex post beobachteten Nettoleistungen betrachtet, sondern auch darauf geachtet, dass der Zuschlag nie rückerstattet werden muss.

Da die Prämienberechnung und Rückerstattung kantonale erfolgen, wird auch die Berechnung der Prämienzuschläge auf kantonaler Ebene durchgeführt. Die Prämienzuschläge die zur Deckung des Rückerstattungsrisikos nötig sind, hängen von der Kollektivgrösse ab. Wie in Abschnitt 6.2 gezeigt, nimmt das Zufallsrisiko mit abnehmender Kollektivgrösse zu, so dass der Risikozuschlag für die Deckung des Rückerstattungsrisikos in kleinen Kollektiven wesentlich höher ausfällt als in grossen Kollektiven.

Abbildung 5 zeigt die Prämienzuschläge in Abhängigkeit der Kollektivgrösse auf. In einem kleinen Kollektiv von 1'200 Versicherten beträgt der Prämienzuschlag 2.9 %, bei einem Kollektiv von 3'000 Versicherten beträgt er 1.8 %. Ab einem Kollektiv von rund 10'000 Versicherten liegt der Zuschlag unter einem Prozent.

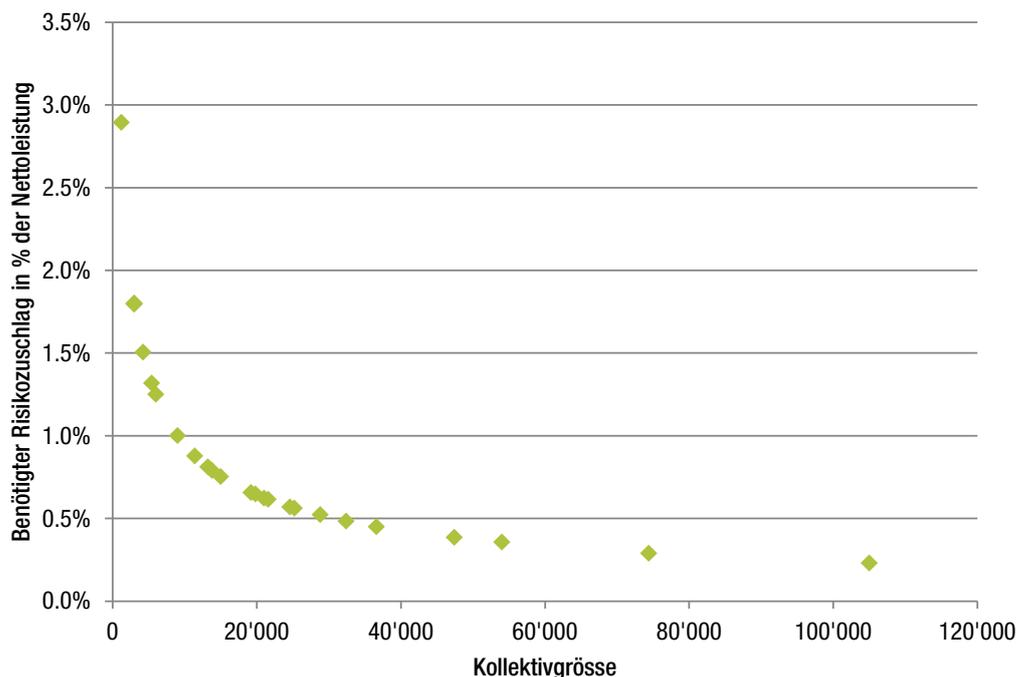
Dank des Zufallskorridors stehen den Versicherern weiterhin gewisse «Jahresüberschüsse» zu, so dass ein schlechtes Ergebnis in einen Kanton durch ein gutes Ergebnis im anderen Kanton kompensiert werden kann. Gewährt das BAG den Versicherern einen Zufallskorridor, dann kann der Versicherer also weiterhin die unterschiedlichen Ergebnisse in den verschiedenen Kantonen ausgleichen, und es sind keine kantonalen Reserven nötig.

¹² Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Versicherungsaufsicht (Januar 2013), Tabellen mit detaillierter Berechnung zur Bestimmung der zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien seit Einführung des KVG, www.bag.admin.ch -> Themen -> Krankenversicherung -> Prämien, abgerufen am 18.04.2013

¹³ Es werden hier die Prämien mit den Ex-post-Nettoleistungen und nicht Ex-post-Ausgaben verglichen, weil nur diese Berechnung äquivalent zu der vom BAG zur Prüfung der Prämien 1996 – 2011 verwendeten Methode ist.

¹⁴ Vgl. technische Dokumentation.

Abbildung 5 Prämienzuschlag im Szenario «Enger Zufallskorridor» in Abhängigkeit der Kollektivgrösse



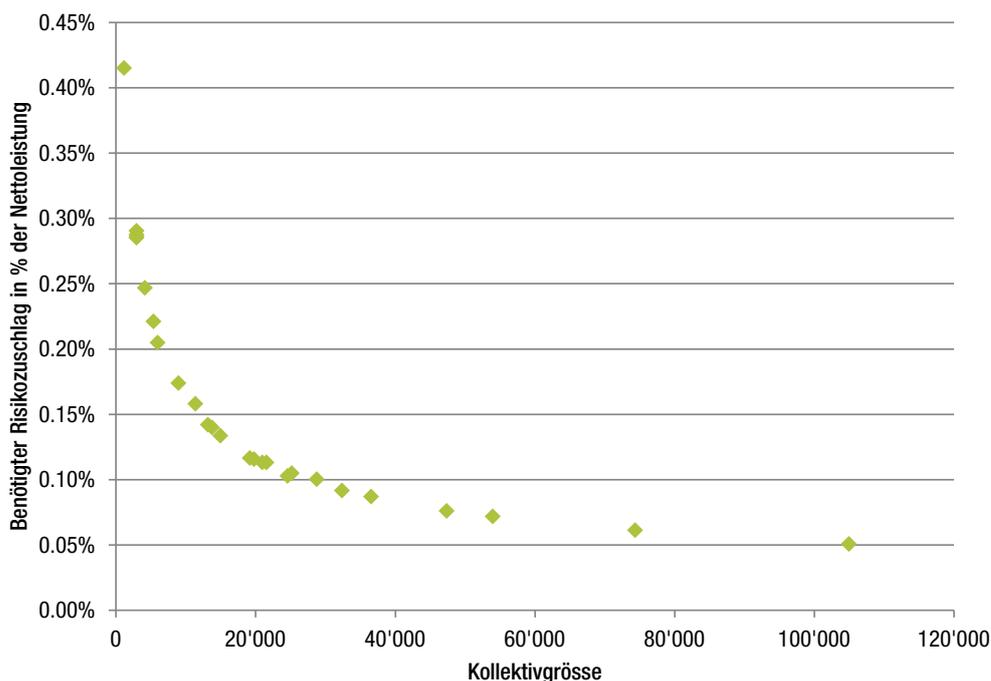
Der Prämienzuschlag zur Deckung des Zufallsrisikos mit Rückerstattung wurde für verschieden Kollektivgrössen simuliert. Es zeigt sich eine klare Abhängigkeit von der Kollektivgrösse. In einem Kollektiv von über 100'000 Versicherten reicht ein Zuschlag von rund 0.2 % der Nettoleistungen aus, um die erwarteten Verluste durch das Zufallsrisiko zu decken. In einem Kollektiv von nur 1'200 Versicherten sind dazu knapp 3 % der Nettoleistungen notwendig.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Szenario «Breiter Zufallskorridor»

Dieses Szenario ist analog zum Szenario «Enger Zufallskorridor» aber mit dem Unterschied, dass Rückerstattungen aufgrund von zufälligen Schwankungen möglichst verhindert werden sollen. Dies wird durch die Definition eines grosszügigen «Zufallskorridors» erreicht. Da immer nur ein Jahr betrachtet wird, ist eine exakte Trennung zwischen zufälligen und systematischen Abweichungen unserer Meinung nach nicht möglich, denn erst eine Betrachtung der kantonalen Ergebnisse über mehrere Jahre ermöglicht eine solche Trennung. Der «Zufallskorridor» kann jedoch so gewählt werden, dass eine zufällige Abweichung sehr unwahrscheinlich ist. Das Szenario nimmt an, dass diese Schwelle bei 5 % gesetzt wird. Das BAG würde mit diesem «Zufallskorridor» in Kauf nehmen, dass es in 1 von 20 Fällen eine Rückerstattung nur aufgrund zufälliger Abweichungen anordnet.

Abbildung 6 Prämienzuschlag im Szenario «Breiter Zufallskorridor» in Abhängigkeit der Kollektivgrösse



In diesem Szenario wird eine Bandbreite definiert, innerhalb welcher es nicht zu Rückerstattungen kommt. Die Bandbreite ist dabei so definiert, dass die Wahrscheinlichkeit, eine Rückerstattung wegen des Zufallsrisikos anzuordnen, unter 5 % liegt. Durch diese Bandbreite kommt es selten zu Rückerstattungen, so dass die Prämienzuschläge selbst für kleine Kollektive gering sind.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics.

Wie Abbildung 6 zeigt sind die Prämienzuschläge in diesem Szenario im Unterschied zu den Zuschlägen im Szenario «Enger Zufallskorridor» gering. Die Wirkung der Rückerstattung ist aber dadurch auch gemindert. Der Zufallskorridor sorgt nun dafür, dass es in eher kleinen Kollektiven auch dann nicht zu Rückerstattungen kommt, wenn die ex post beobachteten Nettoleistungen deutlich unter den erwarteten Nettoleistungen liegen. In einem Kollektiv von rund 1'200 Versicherten kommt es beispielsweise erst dann zu Rückerstattungen, wenn die Abweichung der Ex-post-Nettoleistungen von den erwarteten Nettoleistungen über 12 % liegt.

6.4 Reduktion der Systemstabilität ohne Prämienzuschläge

In den Szenarien mit Zufallskorridor sind wir davon ausgegangen, dass das BAG im Prämien-genehmigungsverfahren akzeptiert, dass die Versicherer einen Prämienzuschlag erheben, um das durch die Rückerstattungspflicht zusätzlich eingeführte Risiko zu decken. Es ist jedoch auch denkbar, dass Prämien mit Prämienzuschlag nicht genehmigt beziehungsweise nach unten kor-

rigiert werden. In diesem Fall machen die Versicherer im Erwartungswert jedes Jahr Verluste. Solange Versicherer über ausreichend Reserven verfügen, können sie dazu Reserven abbauen.¹⁵ Nach einigen Jahren werden jedoch die Mindestreserven erreicht sein. Durch die Rückerstattungspflicht werden somit die Vorschriften zu den Mindestreserven faktisch auch zu Maximalreservenvorschriften.

Verfügen nun die Versicherer ausschliesslich über die Mindestreserven, haben sie keine Puffer, um zufällig hohe Ausgaben auszugleichen. Jedes Jahr, in dem die Ex-post-Ausgaben zufällig über den Prämien liegen, werden die Mindestreserven unterschritten. Wie in Absatz 5.2 gezeigt, treten Ex-post-Ausgaben, die zufällig über den erwarteten Ausgaben liegen, sehr häufig auf. Es müssen also sehr häufig Reserven aufgebaut werden, was wiederum über Prämienzuschläge erfolgt. Für den Prämienzahler ergeben sich langfristig also keine tieferen Prämien.

Was jedoch reduziert wurde, ist die finanzielle Stabilität des Krankversicherungssystems. Es wird zum Normalzustand, dass die Mindestreserven häufig unterschritten werden, und dies für alle Versicherer. Dies widerspricht dem Gedanken der Reserven, die eigentlich gehalten werden, um auch «Katastrophenjahre» zu überstehen. Zusätzlich dazu wird mit dem KVG-Solvenztest ein neues Systemrisiko in die obligatorische Grundversicherung eingeführt: Alle Versicherer halten ihre Reserven aufgrund desselben Rechenmodells. Realisiert sich nun ein Risiko, welches im KVG-Solvenztest nicht korrekt berücksichtigt wird, dann sind alle Versicherer nicht ausreichend dagegen abgesichert.

Ein zusätzlicher negativer Aspekt der «Normalzustand Mindestreserve» ist, dass Versicherer keinen Spielraum haben, um Innovationen zu tätigen. Jedes zusätzliche Risiko, das beispielsweise durch das Anbieten eines neuen und innovativen Managed-Care-Vertrags aufgenommen wird, kann die finanzielle Situation eines Versicherers gefährden. Versicherer mit minimalen Reserven sind daher angehalten, auf Innovationen zu verzichten.

6.5 Diskussion der Ergebnisse

Durch die kantonale Rückerstattungspflicht müssen die Versicherer kantonale Prämienzuschläge erheben. Das Szenario «Kein Zufallskorridor» hat beträchtliche Auswirkungen auf die Reservenhaltung und auf die Prämien. Das Szenario ist jedoch unrealistisch und dient primär der Veranschaulichung der Logik hinter dem Rückerstattungsmechanismus. In der Anwendung von Artikel 16 muss den Versicherern zwingend ein «Zufallskorridor» zugestanden werden, um zufällige Schwankungen in den Nettoleistungen aufzufangen.

Im Szenario «Enger Zufallskorridor» liegen die Prämienzuschläge für ein Kollektiv von rund 20'000 Versicherten (Situation eines grossen Versicherers in einem mittelgrossen Kanton) bei

¹⁵ Dies passt zur Aussage des BAG, dass die Rückerstattung auch ein Mittel gegen zu hohe Reserven ist. Siehe dazu Abschnitt 4.2.

rund 0.7 % Prozent und in kleinen Kollektiven von 3'000 Versicherten bei rund 2 %. Bei einer sehr grosszügigen Ausgestaltung von Artikel 16, wie in Szenario «Breiter Zufallskorridor», bei der es sehr selten zu Rückerstattungen kommt, bewegen sich die Zuschläge im Promillebereich.

Werden die Prämienzuschläge durch das Prämien genehmigungsverfahren verunmöglicht, müssen die Versicherer ihre Reserven abbauen, um das zusätzliche Risiko abzudecken. Nach einer Weile werden sie nur noch über die Mindestreserven verfügen. Im Szenario mit engem Zufallskorridor erfolgt dieser Prozess schneller als im Szenario mit breiterem Zufallskorridor. Langfristig werden aber in beiden Fällen die Vorschriften zu den Mindestreserven faktisch zu Maximalreserven, was sich negativ auf die Systemstabilität auswirkt.

Artikel 16 Absatz 2 besagt, dass bei der Ermittlung der Rückerstattung die Grösse des Versichertenbestandes berücksichtigt werden soll. Eine Möglichkeit bestünde darin, dass kleine Versicherer bzw. Kantone von der Rückerstattungspflicht befreit werden. Dies ist jedoch problematisch, da die Versicherten einer von der Rückerstattungspflicht befreiten Kasse keine Prämienzuschläge bezahlen und auch keinen zusätzlichen Prämien schwankungen ausgesetzt sind während alle anderen Versicherten einen kantons- und versichererabhängigen Prämienzuschlag zahlen müssen.

Zusätzlich kommt es zu einer Ungleichbehandlung bei den von der Prämienrückerstattung betroffenen Versicherten. Die gesamten Versicherungskosten setzen sich für diese Versicherten aus den Prämienzahlungen und den Rückerstattungen zusammen. Da es manchmal zu Rückerstattungen kommt und manchmal nicht, schwanken die gesamten Versicherungskosten. Falls der Versicherte Teil eines kleinen Versichertenkollektivs ist, dann schwanken Versicherungskosten stärker, als wenn er Teil eines grösseren Kollektivs wäre. Dies wird in Tabelle 3 durch die mit der Grösse des Kollektivs abnehmenden Prämienzuschläge veranschaulicht: Grosse Kollektive haben geringe Zuschläge, weil die Schwankungen gering sind. Die politische Akzeptanz einer solchen Lösung ist fraglich.

Unsere Simulationen berücksichtigen nur das Zufallsrisiko und klammern alle anderen Risiken eines Versicherers aus. So werden beispielsweise weder Unsicherheiten bezüglich der zukünftigen Kostensteigerungen noch Zahlungen an oder aus dem Risikoausgleich berücksichtigt. Die in unseren Szenarien ausgewiesenen Prämienzuschläge für das durch die Prämienrückerstattung erzeugte Risiko stellen daher eher eine Untergrenze der tatsächlich zu erwartenden Prämienzuschläge dar.

6.6 Änderungen gemäss Vorschlag Ständerat

Der Vorschlag des Bundesrates wurde vom Ständerat als erstberatendem Rat substantiell überarbeitet. Die wesentlichsten Änderungen sind:

- Die Rückerstattung soll nur dann erfolgen, wenn die kumulierten Ausgaben (aller Versicherer) in einem Kanton deutlich unter den Prämieeinnahmen liegen. Die Rückerstattungshöhe wird aber weiterhin pro Versicherer ermittelt.
- Die Rückerstattung soll über die Prämien im Folgejahr erfolgen. Die Rückerstattung wird dabei in der Prämienrechnung separat ausgewiesen.

Der erste Punkt führt dazu, dass zum Entscheid, ob ein Ausgleich zu erfolgen hat, grössere Kollektive herangezogen werden. Ein Ausgleich rein aufgrund des versicherungstechnischen Risikos wird daher unwahrscheinlicher. Dies senkt auch die Risikozuschläge, welche wegen der Rückerstattungspflicht zusätzlich erhoben werden müssen.

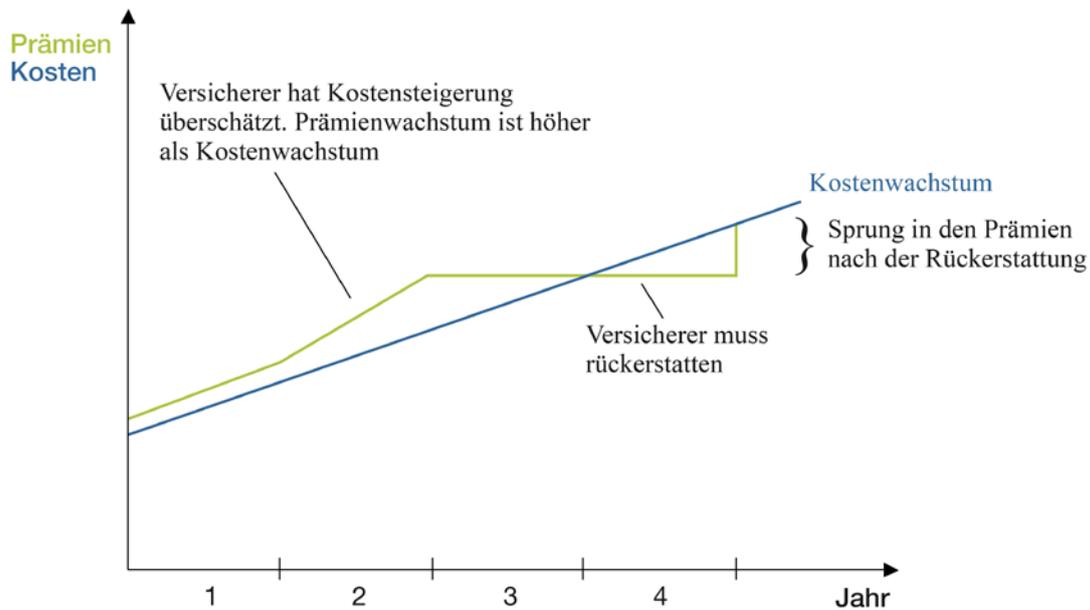
Der zweite Punkt senkt die administrativen Kosten der Rückerstattung. Der ursprüngliche Vorschlag des Bundesrates sieht vor, dass alle Versicherten, welche am 31. Dezember des Jahres, dessen Prämien korrigiert werden, versichert waren, zu gleichen Teilen von der Rückerstattung profitieren. Ein Versicherer wäre also verpflichtet, Zahlungen an Personen zu leisten, welche nicht mehr bei ihm versichert sind und deren Kontaktangaben er möglicherweise nicht mehr hat.

Kritisch ist zu sehen, dass eine Rückerstattung über die Prämienrechnung zu einer Erhöhung der Schwankungen der Prämien führen. Überschüsse aus einem Jahr t müssen durch niedrigere Prämien im übernächsten Jahr $t+2$ kompensiert werden.¹⁶ Je nach Umsetzung werden die Prämien im übernächsten Jahr dann nicht kostendeckend sein, was den Bestimmungen von Artikel 15 KVAG widerspricht. Nichtkostendeckende Prämien haben zudem das Problem, dass selbst bei konstanter Kostenentwicklung nach Ablauf der Rückerstattung ein Sprung in den Prämien erfolgen muss, damit sie wieder den erwarteten Kosten entsprechen. Dies ist in Abbildung 7 illustriert.

Wanderbewegungen zwischen Versicherern aufgrund von Rückerstattungen könnten zusätzlich die Unsicherheit im Markt erhöhen. Nehmen wir an, ein Versicherer kündigt für das nächste Jahr eine Prämienenkung an, um Ausgaben aus dem Jahr $t-2$ auszugleichen. Nun gewinnt dieser Versicherer dadurch sehr viele Versicherte, und die zu zahlenden Ausgleichszahlungen übersteigen den dafür kalkulierten Betrag. Im nächsten Jahr wird er seine Prämie deshalb umso stärker anheben müssen, was wiederum zu einem grossen Abfluss an Versicherten führt.

¹⁶ Die Prämienberechnung für das Jahr $t+1$ muss bereits in der Mitte des Jahres t geschehen. Daher ist hier eine Rückvergütung nicht möglich.

Abbildung 7 Sprung in den Prämien nach der Rückerstattung



Die Abbildung illustriert den Verlauf der Prämien, wenn die Rückerstattung über die Prämienrechnung des nächsten Jahres erfolgt. In Jahr zwei hat der Versicherer die Kostensteigerung überschätzt und Prämieinnahmen generiert, die über den Kosten liegen. In Jahr drei hebt er daher seine Prämie nicht an. Im Jahr vier verlangt er sogar eine Prämie unter den Kosten, um die Überschüsse aus dem Jahr zwei an die Versicherten zurückzuerstatten. Nachdem die Rückerstattung erfolgt ist, muss ein Sprung in den Prämien erfolgen, damit die Prämie letztendlich wieder kostendeckend ist.

Quelle: Eigene Darstellung, Polynomics.

6.7 Zwischenfazit

Die Kompetenzen des BAG zum direkten Eingriff in den Versicherungsmarkt werden durch Artikel 16 KVAG deutlich erweitert. Je nach konkreter Umsetzung kann dieser Artikel stark negative Folgen für die Versicherten und Prämienzahlenden haben. Insbesondere sind hier höhere Prämien durch Risikoaufschläge und mehr Schwankungen in den Prämien zu nennen. Die Betroffenheit von diesen Auswirkungen wird stark von der Grösse des Versichertenbestandes abhängen. Die Einwohner von grossen Kantonen sind daher anders betroffen als die Einwohner von kleinen Kantonen.

Die Botschaft zum KVAG beschreibt diese Gefahren nur ungenügend. In einer detaillierten Regulierungsfolgenabschätzung sollten sie abgeklärt werden, damit das Parlament über eine ausreichende Entscheidungsgrundlage verfügt.

7 Zusammenfassung

Unser Gutachten soll aufzeigen, ob eine ausführlichere Regulierungsfolgenabschätzung zum geplanten Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz angezeigt ist. Auf Grundlage unserer Online-Befragung, den Expertengesprächen und unseren Simulationen zu den möglichen Auswirkungen von Artikel 16 kommen wir zum Schluss, dass eine gründlichere Untersuchung von Kosten und Nutzen der Vorlage angebracht ist.

Die Expertengespräche haben aufgezeigt, dass die Gesetzesvorlage die unterschiedlichsten Leserarten zulässt. Die Branchenvertreter sind grösstenteils verunsichert und befürchten, je nach Umsetzung der neuen Kompetenzen durch das BAG, teilweise beträchtliche Mehrkosten. Dies wird durch die Online-Umfrage und die Simulationsrechnungen zur geplanten Ex-post-Rückerstattung von Prämieinnahmen bestätigt. Das BAG hingegen sieht dies anders und hält fest, dass in der von ihm geplanten Umsetzung des Gesetzes keine wesentlichen Mehrkosten entstehen, sondern dass vielmehr der Schutz der Versicherten und des Systems erhöht wird.

Die Unsicherheit über die konkrete Umsetzung des Gesetzes kann mit einer Regulierungsfolgenabschätzung reduziert werden, da für eine solche Abschätzung die Umsetzung konkretisiert werden muss. Damit wird klarer, wie das geplante Gesetz auf Verordnungsstufe umgesetzt würde, wodurch Kosten und Nutzen der Vorlage besser eingeschätzt werden können. Dies schafft Transparenz und verbessert die Entscheidungsgrundlage für das Parlament, welches sich derzeit mit der Vorlage beschäftigt.

In der Regulierungsfolgenabschätzung muss besonders auf die Regulierungskosten für kleinere und mittlere Versicherer geachtet werden. Der Grossteil der Regulierungskosten ist gemäss Online-Umfrage und Expertengesprächen unabhängig vom Versichertenbestand und trifft daher kleinere Versicherer überproportional. Dies könnte im Rahmen eines KMU-Verträglichkeitstests abgeklärt werden.

Wir argumentieren in Kapitel 3, dass die Notwendigkeit der Vorlage nicht offensichtlich ist, so dass diese im Rahmen einer Regulierungsfolgenabschätzung genauer geprüft werden muss. Üblicherweise übt ein funktionierender Wettbewerb bereits eine Aufsicht über die Versicherer aus, da nicht nachhaltig wirtschaftende Unternehmen aus dem Markt ausscheiden. Die Ausweitung der Aufsichtskompetenzen des BAG substituiert diese Aufsicht durch den Markt teilweise durch hoheitliche Entscheide und reduziert dadurch den Wettbewerb in der obligatorischen Grundversicherung. Da negative Auswirkungen auf den Wettbewerb eines der Kriterien zur Durchführung einer Regulierungsfolgenabschätzung sind, unterstreicht auch dieser Punkt die Notwendigkeit einer ausführlicheren Regulierungsfolgenabschätzung.

8 Anhang

8.1 Online-Umfrage

Folgenabschätzung zum geplanten KVAG

Hintergrund



Das Parlament behandelt zurzeit die Gesetzesvorlage zu einem neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG). Der Ständerat hat die Vorlage im März behandelt, als nächstes wird sich der Nationalrat dem Thema widmen.

Für diese Gesetzesvorlage wurde bisher keine Regulierungsfolgenabschätzung durchgeführt. [Polynomics AG](#) wurde deshalb von [Comparis](#) beauftragt im Rahmen eines Kurzgutachtens abzuklären, ob eine umfassende Regulierungsfolgenabschätzung notwendig ist.

Mit dieser kurzen Umfrage wollen wir eine grobe Indikation darüber erhalten, mit welchen Kosten seitens der Versicherer bei der Einführung des geplanten KVAG zu rechnen ist. Zusätzlich zu dieser Befragung werden wir Expertengespräche führen und ausgewählte Themen mit statistischen Methoden quantifizieren.

Wir freuen uns, wenn Sie sich ca. 15 Minuten Zeit nehmen, um unsere Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit das Kurzgutachten breit abzustützen. Diese Einschätzungen durch Branchenexperten sind auch in der parlamentarischen Debatte von grosser Bedeutung.

Die Umfrage ist anonym. Wir benötigen lediglich einige Angaben zu Ihrer Unternehmung, um die Repräsentativität der Ergebnisse abschätzen zu können.

Weiter

Folgenabschätzung zum geplanten KVAG

Angaben zu Ihrer Unternehmung



Damit wir die Repräsentativität der Antworten besser abschätzen können, benötigen wir einige wenige Angaben zu Ihrer Unternehmung. Falls Ihre Unternehmung mehrere Krankenkassen besitzt, dann antworten Sie bitte aus der Sicht der Gesamtunternehmung und nicht aus Sicht einer einzelnen Kasse. Auch bei den folgenden Fragen zum KVAG bitten wir Sie diese **immer aus der Sicht der Gesamtunternehmung** zu beantworten.

***1. Wie hoch war Ihr ungefährender Versichertenbestand in der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) per Ende 2012?**

***2. In wie vielen Kantonen ist ihre Unternehmung als Krankenversicherer gemäss KVG (obligatorische Krankenversicherung) tätig?**

***3. In welchen Sprachregionen ist Ihre Unternehmung als Krankenversicherer gemäss KVG (obligatorische Krankenversicherung) tätig?**

- Deutschsprachige Schweiz
- Französischsprachige Schweiz
- Italienischsprachige Schweiz

Zurück

Weiter

Bevor wir Sie zu einzelnen Themen des geplanten Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) befragen, teilen Sie uns bitte Ihre Kenntnisse über die Gesetzesvorlage zum KVAG mit. (Die Dokumente des Bundes vom 15.2.2012: [Botschaft](#) und [Gesetzesvorlage](#))

***4. Sind Sie mit der Gesetzesvorlage zum Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vertraut?**

- ja, ich kenne die geplante Vorlage im Detail.
- ja, ich kenne die geplante Vorlage.
- ja, ich kenne die grobe Stossrichtung der Vorlage.
- nein, ich kenne die Vorlage nicht.

Zurück

Weiter

Ihre grundsätzliche Beurteilung der Gesetzesvorlage zum KVAG

62%

5. Erwarten Sie durch die Annahme des KVAG Mehrkosten für Ihre Unternehmung?

- ja
 nein

6. Falls die Annahme des KVAG zu Mehrkosten führt, wie hoch schätzen Sie diese Mehrkosten für Ihre Unternehmung ein? Bitte geben Sie die jährlichen Kosten in Franken pro Versicherten an. (Leer lassen, falls Sie die Kosten nicht quantifizieren können.)

7. Welcher Art sind diese Mehrkosten? Sind sie mehrheitlich unabhängig vom Versichertenbestand oder variieren die Mehrkosten mit dem Versichertenbestand?

- Die Mehrkosten sind grösstenteils unabhängig vom Versichertenbestand.
 Die Mehrkosten steigen proportional zum Versichertenbestand.

Bemerkungen

8. Welche Elemente des geplanten Gesetzes führen Ihrer Ansicht nach zu wesentlichen Mehrkosten in Ihrer Unternehmung?

9. Welche Elemente des geplanten Gesetzes führen Ihrer Ansicht nach zu wesentlichem Zusatznutzen für Ihre Unternehmung oder den gesamten Krankenkassenmarkt?

10. Wie beurteilen Sie die Auswirkung des KVAG auf Ihre Unternehmung gesamthaft?

- Der Nutzen übersteigt die Kosten deutlich
 Der Nutzen übersteigt die Kosten
 Nutzen und Kosten heben sich in etwa gegenseitig auf
 Die Kosten übersteigen den Nutzen
 Die Kosten übersteigen den Nutzen deutlich

Bemerkungen:

Zurück

Weiter

Kostenwirkung ausgewählter Elemente des KVAG



Wir sind an Ihrer Einschätzung der Kostenwirkung einzelner Elemente des geplanten KVAG interessiert.

11. Die Vorschriften über die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung ([Art. 3-10](#)) und die Reporting- und Transparenzvorschriften ([Art. 19-26](#)) können zu administrativen Mehrkosten führen. Geben Sie bitte an, ob die Bestimmungen zu Mehrkosten für Ihre Unternehmung führen.

beträchtliche Mehrkostenfolge	hat Mehrkosten zur Folge	geringe Mehrkosten	keine bzw. unwesentliche Mehrkosten	keine Antwort
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie hoch schätzen Sie die Mehrkosten für Ihre Unternehmung? Geben Sie die jährlichen Mehrkosten pro Versicherten in Franken an. (Leer lassen, falls Sie die Kosten nicht quantifizieren können.)

12. Die Vorschriften zum gebundenen Vermögen ([Art. 14](#)) könnten zu höheren Kapitalkosten führen. Geben Sie bitte an, ob die Bestimmungen zu Mehrkosten für Ihre Unternehmung führen.

beträchtliche Mehrkostenfolge	hat Mehrkosten zur Folge	geringe Mehrkosten	keine bzw. unwesentliche Mehrkosten	keine Antwort
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie hoch schätzen Sie die Mehrkosten für Ihre Unternehmung? Geben Sie die jährlichen Mehrkosten pro Versicherten in Franken an. (Leer lassen, falls Sie die Kosten nicht quantifizieren können.)

13. Führen die Bestimmungen zur Genehmigung der Prämientarife ([Art. 15](#)) zu Mehrkosten bei Ihrer Unternehmung?

beträchtliche Mehrkostenfolge	hat Mehrkosten zur Folge	geringe Mehrkosten	keine bzw. unwesentliche Mehrkosten	keine Antwort
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie hoch schätzen Sie die Mehrkosten für Ihre Unternehmung? Geben Sie die jährlichen Mehrkosten pro Versicherten in Franken an. (Leer lassen, falls Sie die Kosten nicht quantifizieren können.)

14. Führen die Bestimmungen über die Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen ([Art. 16/17](#)) zu Mehrkosten bei Ihrer Unternehmung?

beträchtliche Mehrkostenfolge	hat Mehrkosten zur Folge	geringe Mehrkosten	keine bzw. unwesentliche Mehrkosten	keine Antwort
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie hoch schätzen Sie die Mehrkosten für Ihre Unternehmung? Geben Sie die jährlichen Mehrkosten pro Versicherten in Franken an. (Leer lassen, falls Sie die Kosten nicht quantifizieren können.)

Zurück

Weiter

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen. Ihre Einschätzungen sind wichtig für uns. Wenn Sie uns Ihre Kontaktdaten angeben, dann stellen wir Ihnen gerne das Kurzgutachten nach Abschluss der Arbeiten zu.

15. Haben Sie Bemerkungen zur Umfrage oder zur Wirkung des geplanten KVAG?

8.2 Expertengespräche

Die folgenden Vertreter aus Branche und Behörde haben sich im Rahmen der Expertengespräche zur Vorlage geäußert:

- Agnes Durrer (Concordia)
- Helga Portmann und Thierry Vauthey (BAG)
- Markus Meier (azenes)
- Pia Gianinazzi (RVK)
- Pius Gyger, Martin Rytz und Guido Klaus (Helsana)
- Riccarda Schaller und Konstantin Beck (CSS)

8.3 Glossar zu den Simulationsrechnungen

Risikopooling:

Unter Risikopooling versteht man das Zusammenfassen unterschiedlicher Risiken in einem Kollektiv. In den meisten Fällen kann durch Risikopooling das Gesamtrisiko reduziert werden. Beispielsweise schwanken die Durchschnittskosten eines grossen Versichertenbestandes weniger stark als die Durchschnittskosten eines kleinen Versichertenbestandes.

Ex ante (lat. «aus vorher»):

Die Sicht auf eine Sachlage «im Voraus». Im Kontext der OKP-Prämien sprechen wir von ex ante, wenn die Prämien eines Jahres im Sommer des Vorjahres berechnet bzw. genehmigt werden müssen. Die Versicherer – beziehungsweise das BAG – muss die erwarteten Ausgaben des Folgejahres schätzen.

Ex post (lat. «aus nachher»):

Die Sicht auf eine Sachlage «im Nachhinein». Hier sprechen wir von ex post, wenn die Prämieinnahmen nach Ablauf des Jahres mit den tatsächlich beobachteten Ausgaben verglichen werden.

Nettoleistungen/Kosten:

Die Nettoleistungen sind hier die Gesundheitsausgaben zu Lasten der OKP minus Kostenbeteiligung der Patienten. Die Ausgaben sind Nettoleistungen plus Verwaltungskosten. Bei Versicherern ohne Rückversicherung entsprechen diese den Gesamtausgaben aus dem «reinen» Versicherungsgeschäft (d. h. ohne Kapitalerträge und -verluste, ohne Änderung der Reserven).

Katastrophenjahr:

Ein Katastrophenjahr ist gegeben, wenn sehr hohe Ausgaben beobachtet wurden, welche mit einer Eintrittswahrscheinlichkeit von 1 % oder weniger eintreten.

8.4 Detailergebnisse zum Zufallsrisiko

Tabelle 4 Zufallsrisiko in Abhängigkeit der Kollektivgrösse

Grösse Kollektiv	Durchschnitt	SD	25% Perzentil	50% Perzentil	75% Perzentil	Value at risk	Expected Shortfall	Durchschnitt ./ Expected Shortfall
105'000	2'849	24	2'832	2'849	2'865	2'906	2'914	-65
74'400	2'849	29	2'829	2'849	2'868	2'917	2'927	-78
54'000	2'849	34	2'826	2'848	2'872	2'929	2'941	-92
47'400	2'849	36	2'824	2'848	2'873	2'934	2'947	-98
36'600	2'849	41	2'821	2'848	2'876	2'946	2'961	-112
32'400	2'849	44	2'819	2'848	2'878	2'951	2'967	-119
28'800	2'849	47	2'817	2'848	2'880	2'959	2'975	-126
25'200	2'849	50	2'815	2'848	2'882	2'967	2'985	-136
24'600	2'849	50	2'814	2'848	2'882	2'968	2'987	-138
21'600	2'849	54	2'812	2'848	2'885	2'977	2'996	-147
21'000	2'849	54	2'812	2'848	2'885	2'977	2'995	-147
19'800	2'849	56	2'810	2'848	2'886	2'982	3'002	-154
19'200	2'849	57	2'810	2'848	2'887	2'984	3'006	-157
15'000	2'849	64	2'805	2'848	2'891	3'003	3'027	-179
13'800	2'849	67	2'803	2'848	2'894	3'009	3'034	-185
13'200	2'849	69	2'802	2'848	2'895	3'013	3'039	-190
11'400	2'849	74	2'799	2'848	2'898	3'025	3'053	-204
9'000	2'849	83	2'791	2'847	2'903	3'049	3'081	-233
6'000	2'849	102	2'778	2'846	2'916	3'096	3'135	-287
5'400	2'849	107	2'776	2'847	2'919	3'109	3'150	-302
4'200	2'849	122	2'765	2'845	2'929	3'144	3'193	-345
3'000	2'849	144	2'750	2'845	2'944	3'204	3'264	-414
1'200	2'849	229	2'691	2'838	2'995	3'429	3'537	-689

Das Zufallsrisiko für den Versicherer ergibt sich aus der Schwankung des Mittelwertes seines Kollektivs. Für jede Kollektivgrösse haben wir daher eine Mittelwertverteilung simuliert. Tabelle 4 zeigt die Kenngrössen dieser Verteilungen.

Quelle: Eigene Berechnungen, Polynomics



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
