

Bundesamt für Gesundheit,
Abteilung Kranken- und Unfallversicherung
3003 Bern

per E-Mail: corinne.erne@bag.admin.ch

Bern, 4. Mai 2011

Stellungnahme zum Bundesgesetz betreffend Aufsicht über die soziale Krankenversicherung KVAG

Sehr geehrter Herr Bundesrat Burkhalter
Sehr geehrte Damen und Herren

Das Konsumentenforum kf bedankt sich für die Möglichkeit, zu oben erwähnter Vernehmlassung Stellung nehmen zu können.

1. Generelle Bemerkungen

Das kf lehnt die Schaffung eines neuen Bundesgesetz betreffend Aufsicht über die soziale Krankenversicherung KVAG aus folgenden drei Gründen ab:

- Für das kf gibt es keinen Sinn, die Aufsichtstätigkeit insgesamt auszulagern. Das kf sieht diese Tätigkeit als eine Grundaufgabe des Bundes, resp. der Bundesverwaltung. Der Vorschlag gibt keine Garantie zum Schutz der Versicherten. Zudem wird damit ein System der „Aufsicht über die Aufsicht“ generiert, welches nicht zielführend sein kann.
- Das Gesetz ist sehr umfassend und schiesst aus Sicht des kf weit über das Ziel der Aufsicht hinaus. Das kf fragt sich zudem, wie die zusätzliche Behörde finanziert werden soll. Der angedachte Verwaltungsapparat wird zwangsläufig zu steigenden Prämienkosten führen, da alle administrativen Kosten den Krankenversicherern überwältzt werden. Zudem kann das Gesetz die Wahlfreiheit der Konsumenten einschränken.
- Für das kf braucht es kein neues Gesetz. Wenige Anpassungen sollen in das bestehende Krankenversicherungsgesetz integriert werden.

Positiv zu werten ist der Grundsatz (Art. 2), dass die Versicherer sowohl die Grundversicherung wie die Zusatzversicherung anbieten können. Eine Trennung dieser beiden Versicherungen lehnt das kf ab.

Das kf bemängelt, dass im ganzen Gesetzesentwurf von den „Interessen der Versicherten“ gesprochen wird, ohne klar zu definieren, welche Interessen konkret gemeint sind. Aus Sicht des kf gibt es verschiedene Betrachtungsweisen: Der gesunde Konsument hat ein Interesse an tiefen Krankenkassenprämien; der kranke Konsument möchte eine zahlungskräftige Krankenkasse.

Grundsätzlich beinhaltet die Gesetzesvorlage viele Gummibegriffe. Es wird in den einzelnen Artikeln darauf eingegangen. So wird von „Hilfstätigkeiten“ (Art. 5, Abs. 2), „Interessen von Versicherten“ (Art. 9, Art. 39), „Schutz der Versicherten“ (Art. 41, Art. 43) „ausreichende“ Reserven (Art. 12), „angemessene“ Rückstellungen (Art. 13), „angemessene“ Prämie (Art. 16), „Angemessenheit“ (Art. 17) gesprochen. Diese Begriffe bedürfen eindeutig einer Klärung und die Bestimmungen einer Überarbeitung.

Das Kf kommt zum Ergebnis, dass das vorgeschlagene Gesetz in dieser Form abzulehnen ist, es ist unklar, unnötig und nicht praktikabel. Sollte es wider Erwarten trotzdem umgesetzt werden, hat das Kf zu den einzelnen Artikeln folgende Bemerkungen:

2. Zu einzelnen Artikeln

Art. 1: Gegenstand und Zweck

Für das Kf geht Art. 1 für eine Aufsicht zu weit. Das Gesetz regelt nicht nur die Aufsicht, sondern vielfältige organisatorische Aspekte. Das Gesetz müsste auf diejenigen Bestimmungen einer Aufsichtstätigkeit reduziert werden.

Art. 1, Abs. 2: Gegenstand und Zweck

Das vorgeschlagene Gesetz dient nicht nur dem Schutz, sondern schränkt auch die Wahlfreiheit der Versicherten ein.

Art. 2: Krankenkassen: Das Kf begrüsst es, dass die Krankenkassen neben der sozialen Krankenversicherung nach wie vor auch Zusatzversicherungen anbieten können. Die Absicht gewisser Kreise, Grundversicherer und Zusatzversicherer zu trennen, kann nicht im Interesse der Konsumentinnen und Konsumenten sein. Bei zwei verschiedenen Versicherungen Verträge abzuschliessen zu müssen, führt für beide Seiten zu Mehraufwand und damit Mehrkosten, welche wieder auf die Versicherten überwälzt würden.

Art. 4: Voraussetzungen

Das KVAG könnte in verschiedener Hinsicht kürzer gehalten werden, wenn zugleich den Krankenkassen griffige Transparenzvorschriften auferlegt werden (Art. 19 Abs. 2 wird dann unnötig).

Art. 4, Abs. 1 lit. I:

Dieser Abschnitt müsste überarbeitet werden: es muss nicht per se jede versicherungspflichtige Person aufgenommen werden, sondern diejenigen, welche eine Aufnahme verlangen.

Art. 5, Abs. 2

Aus dem Text geht nicht hervor, was unter „Hilfstätigkeiten“ zu verstehen ist. Sollten damit Makleraufgaben gemeint sein, ist dies deutlich zu deklarieren.

Art. 6: Bewilligungsgesuch

Für ein Gesetz ist dieser Abschnitt zu detailreich. Es ist nicht verständlich, warum das Bewilligungsprozedere zur Gründung einer Krankenkasse derart erschwert werden muss. Aus Sicht des Kf genügen die heutigen Anforderungen.

Art. 9, Abs. 4: Beteiligungen

In diesem Abschnitt ist nicht klar, was mit den „Interessen der Versicherten“ gemeint ist. Dieser Begriff muss klar umschrieben werden. (siehe auch Art. 39).

Art. 12: Risikobasierte Reserven

Aus diesem Artikel geht nicht hervor, ob die Aufsichtsbehörde oder die Krankenkasse oder beide zusammen definieren, was „ausreichende“ Reserven sind. Angesichts des wichtigen Artikels, muss die Begriffsbestimmung eindeutig und klar sein. Die in der

Vergangenheit vom Staat auferlegten Reserven waren wie sich nachträglich zeigte, politisch bedingt und zu gering.

Art. 16: Nichtgenehmigung der Prämientarife

Auf welcher Grundlage kann die Aufsichtsbehörde eine Prämie als „angemessen“ verfügen? Zudem ist unverständlich, warum einer Krankenkasse nicht die Möglichkeit eingeräumt wird, ein neues Gesuch einzureichen, sondern sofort „provisorisch“ verfügt wird. Dieser Artikel ist zu überarbeiten.

Art. 17: Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen

Auch hier wird von „Angemessenheit“ (Abs. 2) gesprochen, ohne diesen Begriff genauer zu präzisieren. Aus diesem Artikel erwächst sehr viel administrativer Aufwand und damit zusätzliche Kosten, welche den Versicherten überwälzt werden. Dieser Artikel ist ersatzlos zu streichen.

Art. 18: Modalitäten der Rückerstattung

In diesem Artikel wird die Wahlfreiheit der Versicherten unterbunden. Der Versicherte wird gezwungen, bei der Krankenkasse zu bleiben oder auf die Rückerstattung zu verzichten, da der Entscheid der Rückerstattung zeitlich nicht rechtzeitig zum regulären Kündigungstermin im November des betreffenden Jahres eintreffen wird. Somit grenzt dieses Vorhaben an Willkür. Aus Sicht des Kf muss die Rückerstattung an diejenigen Versicherten erfolgen, welche zu viel bezahlt haben, unabhängig davon, ob sie zum Zeitpunkt der Rückerstattung noch bei der betreffenden Versicherung versichert sind oder nicht. Insofern ist dieser Artikel nicht akzeptierbar und ersatzlos zu streichen.

Art. 19: Verwaltungskosten

Art. 19 wird unnötig. (siehe auch Art. 4).

Art. 20: Gewähr für einwandfreie Geschäftstätigkeit

Es kann nicht angehen, dass der Bundesrat über die beruflichen Fähigkeiten der betreffenden Stelleninhaber zu befinden hat. Dieser Artikel ist ersatzlos zu streichen.

Art. 26, Abs. 2: Aufgaben der externen Revisionsstelle

Art. 26, Abs. 2 öffnet Tür und Tor für Schikanen gegenüber den Krankenkassen, indem diesen zusätzliche Aufgaben übertragen werden können, für welche sie die Kosten selbst zu übernehmen haben. Was zu erhöhtem Verwaltungsaufwand und damit höheren Kosten, welche auf die Prämien überwälzt werden führt. Dieser Artikel schafft Platz für Willkür seitens der Aufsichtsbehörde. Dieser Artikel ist ersatzlos zu streichen.

Art. 34, lit. e: Aufgaben

Die Aufsichtsbehörde kann zwar Missbräuche aufdecken, aber die Versicherten nicht schützen. Analog zum Beispiel der FINMA kann eine Aufsichtsbehörde neue Anforderungen vorschreiben, neue Massnahmen anordnen und neue Richtlinien einführen. Eine Aufsichtsbehörde ist aber keine Instanz, welche die Einzelinteressen der Versicherten vertreten kann und wird.

Art. 34, Abs. 3: Aufgaben

Zur Überprüfung der Einhaltung des Gesetzes können Dritte heran gezogen werden, deren Kosten von der Krankenkasse übernommen werden müssen. Dies ist aus Sicht des Kf nicht der richtige Ansatz. Es käme kostengünstiger, bei den Unternehmen die Selbstregulierung zu stärken, da kaum eine Unternehmung es darauf ankommen lässt, insolvent zu werden, sondern im Eigeninteresse am Fortbestand der Unternehmung agieren wird.

Art. 38, Ab. 3: Finanzierung der Aufsichtsbehörde

Die zusätzlich entstehenden Kosten zur Deckung der Aufgaben der Aufsichtsbehörde werden sich auf alle Krankenkassenprämien niederschlagen. Aus heutigen Sicht und der für die Versicherten mehr als angespannten Lage kann dies nicht im Interesse der

Versicherten sein. Ebenfalls fragwürdig scheint in Abs. 3 die Grundlage, auf derer der Bundesrat die Aufsichtskosten und die massgebenden Prämieinnahmen berechnen will.

Art. 39: Sichernde Massnahmen

In diesem Abschnitt ist nicht klar, was mit den „Interessen der Versicherten“ gemeint ist. Dieser Begriff muss klar beschrieben werden. (siehe auch Art. 9)

Art. 39, Ab. 2: Sichernde Massnahmen

Die in Art. 39, Abs 2 beschriebenen Kompetenzen gehen viel zu weit. Zudem müssten die Kompetenzen der Aufsichtsbehörde und der Krankenkassen von Anfang an klar geregelt sein. Dieser Artikel braucht Überarbeitung.

Art. 40: Beauftragte Person der Aufsichtsbehörde

Die zusätzlich entstehenden administrativen Kosten werden direkt an die Versicherten überwält. Dass die Krankenkasse zusätzlich Kostenvorschuss leisten muss, grenzt für das kf an Willkür. Es stellt sich die Frage, ob dies wirklich so gemeint ist. Wir beantragen, diesen Passus nochmals zu überarbeiten.

Art. 41: Verfahren bei der Übertragung des Versichertenbestandes

In diesem Artikel wird die Wahlfreiheit des Versicherten deutlich eingeschränkt. Es ist offensichtlich in Abs. 3 nicht im Interesse der Versicherten, wenn der Wechsel untersagt werden soll. Es ist zudem nicht verständlich, weshalb dies „zum Schutz der Versicherten“ erfolgen soll. Es drängt sich der Verdacht auf, dass hier andere Aspekte zum Tragen kommen sollten, als der Schutz der Versicherten. Das kf fordert daher Streichung des Artikels.

Art. 42: Konkursöffnung

Die Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde bei Insolvenz einer Krankenkasse geht dem kf entschieden zu weit.

Art. 43: Massnahmen bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems

Wiederum wird hier auf den „Schutz der Versicherten“ Bezug genommen, ohne auch nur ansatzweise zu definieren, worin dieser Schutz bestehen soll. Es bleibt unklar, welche Massnahmen vom Bundesrat getroffen werden, wenn eine Gefährdung des Krankenkassensystems vorliegt. Diese Bestimmung bedarf grundlegender Überarbeitung.

Art. 51: Finanzierung der gemeinsamen Einrichtung

Die Einrichtung wird letztlich durch die Krankenkassenunternehmungen finanziert. Um diese zu finanzieren, werden die Krankenkassenprämienzahler zwangsläufig zur Kasse gebeten.

Art. 54: Höhe des Insolvenzfonds

Es ist aus Sicht des kf nicht richtig, wenn sich die Höhe des Insolvenzfonds an der finanziellen Situation der Krankenkassen orientiert.

Art. 59: Abgaben zum Ausgleich von Risikounterschieden

Diesen Artikel begrüsst das kf ausdrücklich. Durch die Abgaben zum Ausgleich von Risikounterschieden wird die Jagd auf „gute“ Risiken eingedämmt. Die momentane Situation wird bei den Konsumenten schon seit Jahren als Belästigung und aus Sicht der älteren Personen als Diskriminierung wahrgenommen.

Art. 66: Rechtsform, Sitz und Name

Das kf fragt sich, ob eine „Auslagerung“ der Aufsichtsbehörde nicht gegen Art. 72 des Übereinkommen NR. 102 der ILO verstösst, wenn nicht vorgesehen ist, auch eine Vertretung der Versicherten in dieser neu geschaffenen Institution Einsitz nehmen zu lassen.

3. Fazit

Mit der vorgeschlagenen Aufsichtsbehörde wird ein grosser Verwaltungsapparat aufgebaut, welcher hohe Kosten verursachen wird, welche wiederum auf die Krankenkassen überwältigt werden. Neben vermehrten Kosten wird aber auch diesen mehr Verwaltungsarbeit zugemutet. Das kf kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass damit den Befürwortern einer Einheitskasse in die Hände gespielt wird, da eine solche letztlich mit weniger administrativen Kosten und Verwaltungsapparat verbunden wäre. Damit würden die Wahlfreiheit der Versicherten und der Wettbewerb unter den Versicherern verhindert.

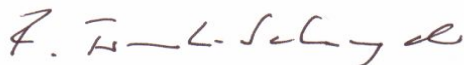
Die Geschäftsautonomie der Krankenversicherer wird eindeutig untergraben. Dies kommt in ihrer Wirkung einer Verstaatlichung der Krankenkassen gleich, womit das heutige, vom Stimmvolk angenommene KVG aus den Angeln gehoben wird.

Die bestehenden Probleme im KVG werden damit nicht gelöst, die Verwaltung wird verteuert und die Handlungsfreiheit der einzelnen Krankenkassen massiv beschnitten. Der Nutzen für die Versicherten ist nicht ersichtlich.

Deshalb ist aus Sicht des kf dieses neue Bundesgesetz abzulehnen.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüssen



Franziska Troesch-Schnyder
Präsidentin



Dr. Muriel Uebelhart
Geschäftsführerin