

Eidgenössisches Departement
des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Gesundheitspolitik
3003 Bern

Gümligen, 30. Juni 2015

**Vernehmlassungsantwort von medswiss.net zur
Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Zunächst danken wir Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur geplanten Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung Stellung zu nehmen. Gerne nutzen wir die uns gebotene Möglichkeit und sind Ihnen für eine wohlwollende Prüfung unserer Überlegungen sehr verbunden.

medswiss.net gliedert die Stellungnahme in einen allgemeinen Teil, Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln und schliesst die Vernehmlassungsantwort mit einer kurzen Zusammenfassung ab.

I. Allgemeine Bemerkungen

medswiss.net setzt sich als Dachverband der Schweizer Ärztenetze im Rahmen der Integrierten Versorgung für die politischen Interessen seiner Netzwerke und deren angegliederten Netzwerkärzte ein. medswiss.net ist bestrebt, national optimale politische & wirtschaftliche Rahmenbedingungen, welche den Ärztenetzen eine qualitativ hochstehende integrierte Medizin ermöglichen, zu schaffen und zu fördern.

Seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 haben sich viele unterschiedliche Modelle der integrierten Versorgung entwickelt. Hierbei haben die Ärztenetze die Krankenversicherungen als verlässliche, innovative und kostenbewusste Partner erlebt. Diese partnerschaftlichen Kooperationen im Sinne der Patienteninteressen haben zu unterschiedlichen Vergütungsmodellen geführt, indem beispielsweise Qualitätsbemühungen in solche Vergütungsmodelle einfließen. Nur diese Flexibilität und die Bereitschaft Neuem gegenüber offen zu sein, haben die Entwicklung der heute erfolgreichen Modelle der integrierten Versorgung überhaupt ermöglicht.

medswiss.net befürwortet ausdrücklich eine effiziente Kontrolle der Krankenversicherungen, lehnt die KVAV in der vorliegenden Form jedoch ab. Gerne begründen wir die ablehnende Haltung anhand der nachfolgenden Punkte:

- **Der Zweck und die Konformität des Gesetzes muss eingehalten werden.** Alle Bestimmungen, welche über das KVAG hinausgehen – insbesondere das Finanzierungsverfahren, die Umsetzung der Prämienvorgaben und die Datenerhebungen – müssen entweder angepasst oder gestrichen werden.
- **Zwischen Aufsichtstätigkeit und Geschäftsführung muss konsequent unterschieden werden.** Durch die teils in die Geschäftsführung der Krankenversicherer tiefgreifenden Bestimmungen des Verordnungsentwurfs werden die Grundprinzipien der „Good Governance“ verletzt. Anstatt die Aufsicht zu stärken, wird der Eingriff in den Wettbewerb weiterhin erhöht.
- **Verhältnismässigkeit muss gewahrt werden.** Auch Verordnungsbestimmungen müssen auf dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit beruhen, was mehrfach nicht der Fall ist. Dies gilt insbesondere für die Vorschriften betreffend die Unternehmensführung, die Transaktionsaufsicht und die Datenerhebungen.
- **Entwicklungen zu Bürokratie und uneingeschränktem Recht für die Aufsichtsbehörde müssen gestoppt werden.** Anstelle einer sachdienlichen und effizienten Umsetzung der Vorgaben des KVAG, führt der vorliegende bürokratisch geprägte Vorschlag zu einer Dokumentationsflut.

II. Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 9 eKVAV (Finanzierungsverfahren) – ersatzlos streichen

Ziel jeder Versicherung ist es, den Versicherungsnehmer vor Risiken zu schützen. Der Versicherungsnehmer deckt sein (finanzielles) Risiko mit der Bezahlung einer festgesetzten Prämie. Die mögliche finanzielle Belastung trägt die Versicherung. Die Prämien (Einnahmen des Versicherers) basieren auf Schätzungen für die zu erwartenden Ausgaben. Jährliche Schwankungen und Unsicherheit haben zur Folge, dass die Einnahmen und Ausgaben differieren können. Dieser Übernahme des Risikos ist Rechnung zu tragen, in dem Ausgabenüberschüsse der Versicherer akzeptiert werden.

Die konkrete Gesetzeslage (KVG und KVAG) lässt keine Ableitung einer zwingenden jährlichen Bedarfsdeckung zu – weder aus dem Bedarfsdeckungsverfahren (Art. 12 KVAG), noch aus der Vorgabe der kostendeckenden Prämien (Art. 16 Abs. 4 Bst. B KVAG) und widerspricht jeglichem Sinn einer Versicherungsleistung.

Ferner konkretisiert Art. 9 Abs 1 eKVAV das Bedarfsdeckungsverfahren ungenügend. Der Bedarf einer Versicherung beschränkt sich nicht lediglich auf die Leistungskosten, sondern umfasst unter anderem auch Verwaltungskosten, Risikoausgleichszahlungen etc.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen der Zweckbindung (Art. 5 Bst. F KVAG) sind im Übrigen ausreichend, Art. 9 Abs. 2 eKVAV erscheint unseres Erachtens als obsolet.

Art. 25 Abs 4 – ersatzlos streichen

In der Folgenabschätzung wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung der eKVAV drei bis vier zusätzliche Bundesstellen erfordert. Angesichts des Bürokratieschubs, den die eKVAV verursachen dürfte, ist diese Einschätzung fern ab jeder Realität. Es ist anzunehmen, dass die Aufsichtsbehörde diverse Aufgaben auslagern wird, wie dies von Gesetz und Verordnungsentwurf vorgesehen ist. Die problematische Tendenz zum Ausbau staatlicher Aufgaben auf Kosten der Prämienzahlenden im Bereich der Krankenversicherung wird damit in der eKVAV nahtlos weiter geführt. Gemäss Art. 34 Abs. 4 KVAG kann das BAG zur Überprüfung der Einhaltung des KVAG jederzeit Dritte beauftragen, wobei *das kontrollierte Unternehmen die Kosten nur dann übernehmen muss, wenn Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidriges Handeln festgestellt werden*. Die Erläuterungen zu Art. 25 eKVAV halten nun aber abweichend vom Gesetz fest, dass der Aufwand des Dritten *grundsätzlich* durch den Versicherer zu bezahlen ist. Auch hier liegt demnach eine Überschreitung der gesetzlichen Kompetenz vor.

Art. 75 eKVAV – Neuformulierung wie folgt:

„Transaktionen zwischen einem Versicherer in der sozialen Krankenversicherung und einem anderen Unternehmen werden von der Behörde bei begründetem Verdacht überprüft. Ein begründeter Verdacht liegt vor, wenn die externe Revisionsstelle in ihrer Prüfung nach Art. 25 Abs. 1 Bst. b KVAG feststellt, dass eine Transaktion nicht unter marktüblichen Bedingungen erfolgt ist oder begründete Zweifel an der Einhaltung des Grundsatzes der Zweckbindung bestehen.“

Der Gesetzgeber sieht in Art. 44 KVAG die Möglichkeit der *Überprüfung* von Transaktionen zwischen einem Versicherer in der sozialen Krankenversicherung und anderen Unternehmen vor. Diese Norm bezweckt eine bessere Überprüfbarkeit des Grundsatzes der Zweckbindung der finanziellen Mittel in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP.

Wir lehnen die vorgeschlagenen Ausführungsbestimmungen in Art. 75 eKVAV indessen aus folgenden Gründen gesamthaft ab:

- Die Forderung, jede Transaktion vorgängig zu melden, geht weit über die Kontrolle der Krankenversicherung hinaus. Artikel 75 stellt die Krankenversicherungen und die Ärztenetze unter den Generalverdacht der ungetreuen Geschäftsführung und der finanziellen Abhängigkeit, in dem behauptet wird, nur das BAG könne entscheiden, ob die an die Netze bezahlten Vergütungen wirtschaftlich gerechtfertigt sind. Die heutigen Ärztenetze sind völlig getrennt von den Krankenversicherungen. Krankenversicherungen sind weder finanziell noch organisatorisch an den Netzen beteiligt. Die Ärzte, die in Ärztenetzen organisiert sind, behandeln als Patienten zudem nicht nur Hausarztmodellversicherte der Vertragsversicherungen, sondern auch Patienten, die ein anderes Modell gewählt haben, wie auch normal grundversicherte Patienten. Die finanzielle Unabhängigkeit der Ärzte ist bereits heute zu 100 % gegeben.
- Die vorgängige Kontrolle jeder Transaktion schießt am Ziel vorbei und führt zu einem gewaltigen Aufwand auf Seiten der Krankenversicherungen und auf Seiten der Netze. Darüber hinaus führt Artikel 75 zu einer völlig ineffizienten Kontrolle, sodass tausende von Transaktionen vorgängig geprüft werden müssten.
- Das KVAG kennt – richtigerweise – keine *Bewilligungspflicht* für Transaktionen. Wir lehnen deshalb die in der Verordnung vorgesehene *vorgängige Einreichungspflicht* entschieden ab. Es ist nicht die Aufgabe der Aufsicht, Transaktionen *vorgängig* zu prüfen, sondern gesetzeswidrige Transaktionen zu sanktionieren. Die Trennung von Geschäftsführung und Aufsicht würde ansonsten unterlaufen.

- Dass der Gesetzgeber keine vorgängige Prüfung in Betracht gezogen hat, erschliesst sich auch aus dem Umstand, dass die Prüfung von Transaktionen an die externe Revisionsstelle delegiert werden kann. Eine Revisionsstelle prüft grundsätzlich nur getätigte Transaktionen.
- Art. 75 eKVV führt die vom Gesetzgeber ausdrücklich verworfene Gruppenaufsicht wieder ein, indem „gruppeninterne Transaktionen“ grundsätzlich einzureichen sind. Damit wird der Gesetzesauftrag klar missachtet.
- Es gibt keinen ersichtlichen Grund, besondere Kategorien von Transaktionen (Dachverbände, Leistungserbringer) im Rahmen eines Generalverdachts vorgängig einzusehen. Eine solche Vorgabe ist unverhältnismässig, weil sie weder geeignet noch notwendig ist zur Feststellung allfälliger gesetzeswidriger Transaktionen.
- Das Kriterium für die vorgängige Einreichung von Transaktionen („nicht aufgrund behördlich genehmigter Verträge ausgelöst“) führt faktisch zu einer unabsehbaren Ausweitung des behördlichen Genehmigungsfelds.

Art 75 eKVV ist damit ein inakzeptabler Eingriff in die Geschäftsführung der Versicherer und führt zu einer deutlichen Überschreitung des gesetzlichen Auftrags. medswiss.net befürwortet eine effiziente Kontrolle und schlägt vor, dass diese via Revisionsstelle erfolgen soll, die das BAG auf Unregelmässigkeiten hinweisen soll. Das BAG muss dann, bei Verdacht auf Unregelmässigkeiten tätig werden und entsprechende Detailkontrollen kontrollieren.

Art 82 (Daten der Versicherer) und Art. 83 (Art und Umfang der Datenlieferung der Versicherer) – umfassende Überarbeitung unter Wahrung des gesetzlichen Zwecks

Das Gesetz sieht vor, dass die Versicherer verpflichtet sind, „jährlich Angaben über die Daten zu machen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit im Bereich der sozialen Krankenversicherung anfallen“. Demgegenüber stellen die gemäss Verordnung zu liefernden „Daten pro versicherte Person“ nicht „Angaben über Daten“ dar, sondern es sind die *Daten an sich* zu übermitteln. Eine derart umfassende Datenlieferung kann weder dem Willen des Gesetzgebers entsprechen, noch ist sie notwendig für die Erfüllung des Aufsichtszwecks.

Die Bestimmungen zur Datenlieferung führen vielmehr zu einer umfassenden Sammlung von Krankheitsdaten der gesamten Bevölkerung bei der Aufsichtsbehörde. Es ist namentlich bei der Erhebung von Individualdaten der Versicherten nicht erkennbar, zu welchem Zweck diese erhoben und genutzt werden. Diese Datenerhebungen führen nicht nur zu einem immensen administrativen Aufwand bei den Versicherern (und bei der Aufsichtsbehörde), sie tragen auch massgebend zum gläsernen Patienten bei. Während die Krankenversicherer einer umfangreichen Datenschutzgesetzgebung unterliegen und regelmässig auf die Einhaltung der einschlägigen Vorschriften kontrolliert werden, entsteht mit der vorgesehenen Datenlieferung bei einer Behörde eine riesige Datenflut, die für die Zwecke der Aufsicht nicht notwendig ist.

Zwar ist hierbei einzuräumen, dass bereits die bestehenden Bestimmungen der KVV weitgehende Datenerhebungen vorsehen und Versicherer – gestützt auf ebendiese Bestimmungen – am bisherigen Aufbau der Datenerhebungen teilgenommen haben. Wir stellen aber fest, dass die Aufsichtsbehörde bislang keine nachvollziehbaren Bestimmungen betreffend die zweckgerichtete Datenverwendung vorgehen kann. Feststellbar ist lediglich, dass die bisherigen Erkenntnisse der Aufsichtsbehörde keine Individualdatensammlungen erfordern.

Die Bestimmungen der Artikel 82 und 83 eKVV sind daher einer grundlegenden Überarbeitung zu unterziehen. Hierbei muss zur Wahrung der Verhältnismässigkeit der Grundsatz gelten, dass das BAG für die Zwecke der Aufsicht nur aggregierte Daten erheben darf. Ferner sind auch die bestehenden Ausführungsbestimmungen der KVV einer entsprechenden Überprüfung zu unterziehen. Der Fokus

dieser Bestimmung ist nicht auf „alle erforderlichen Auskünfte und Belege“ zu legen, sondern auf „für die Aufsicht erforderlich sind“.

Art. 85 (Daten der von den Versicherern beauftragten Dritten) – ersatzlos streichen

Das BAG kann gemäss Art. 85 eKVV verlangen, dass Dritte, die mit den Versicherern in einer Geschäftsbeziehung stehen, dem BAG Angaben zur Verfügung stellen, sofern die von den Versicherern zur Verfügung gestellten Daten für die Aufsicht nicht ausreichen. Mit dieser Bestimmung wird die Aufsicht über die Versicherer hinaus auf deren Geschäftspartner – wie zum Beispiel medswiss.net angeschlossene Ärztenetzwerke – ausgedehnt. Dazu besteht keine Rechtsgrundlage. Dies gilt auch für den bestehenden Art. 28a KVV.

Art. 41 Abs 3. (Zusammensetzung des Verwaltungsorgans), Art. 42 Abs. 3 (Zusammensetzung des Leistungsorgans), Art. 44 (Nachweis des guten Rufs) & Art. 45 (Veröffentlichung der Interessenbindungen)

Eine derart vollumfängliche unverhältnismässige Informationspflicht, notabene vor Antritt einer Funktion in genannten Organen, lässt erahnen, dass das BAG bezweckt, bereits bei der Wahl von Funktionsträgern (künftige) Führungsentscheide zu beeinflussen. Die personelle Besetzung auch von Führungspositionen fällt unseres Erachtens ganzheitlich in die Kompetenzen der Versicherer und ist ohnehin durch die Governance Rules der Versicherer geregelt. In Bezug auf die Artikel 41 & 42 stellt sich die Frage, ob Funktionen in diesbezüglichen Verwaltungs-, bzw. Leistungsorganen überhaupt von Personen mit Wohnsitz im Ausland bekleidet werden sollen.

III. Fazit

medswiss.net befürwortet eine effiziente Kontrolle der Krankenversicherungen, die KVV in diese Form führt aber zu einer ineffizienten Kontrolle mit einer nicht zu rechtfertigende administrativen Belastung der Krankenversicherungen und ihrer Partner, der Ärztenetze. Aus den genannten Gründen lehnen wir die Vorlage ab.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und Argumente und stehen Ihnen für ergänzende Ausführungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen



Dr. Alexander v. Weymarn
Präsident medswiss.net



Christoph Lüssi
Geschäftsführer medswiss.net