

BERICHT

INSOLVENZ VON KRANKENKASSEN UND SYSTEMKRISE

VON HERBERT LÜTHY

30. April 2010

Inhalt

	Seite
A Auftrag	4
B Executive Summary und Empfehlungen	5
B1 Executive Summary	5
B2 Empfehlungen	7
C Bericht	10
1. Aufbau	11
2. Begriff der Insolvenz	13
2.1 Nach heutigem Recht (de lege lata)	13
2.2 Vorschläge für künftige Regelung (de lege ferenda)	14
3. Einzelkasse: Instrumente zur Verhinderung einer Insolvenz	16
3.1 Vorbemerkungen	16
3.2 Instrumente de lege lata	16
3.3 Instrumente de lege ferenda (Konzept eines künftigen Aufsichtssystems)	18
4. Einzelkasse: Massnahmen bei Gefährdung der Solvenz	24
4.1 Vorbemerkungen (Allgemeines, Kriterien)	24
4.2 Massnahmen de lege lata	24
4.3 Massnahmen de lege ferenda	25

5. Einzelkasse: Massnahmen bei eingetretener Insolvenz	26
5.1 Vorbemerkungen (Prinzipien, Kriterien)	26
5.2 Massnahmen de lege lata	27
5.3 Massnahmen de lege ferenda	27
6. Krise: Grundsätze und Instrumente zur Verhinderung einer Krise	30
6.1 Vorbemerkungen (Definitionen, Kriterien)	30
6.2 Vorbeugung vor Eintreten einer Krise	32
6.3 Vorbeugende Massnahmen, um die Insolvenz grösserer Einzelkassen zu verhindern	33
6.4 Vorbeugende Massnahmen, um das Entstehen von Domino-Effekten zu verhindern	33
6.5 Rückversicherung	34
7. Krisenfall: Massnahmen bei drohender oder bereits ausgebrochener Systemkrise	35
7.1 Vorbemerkungen	35
7.2 Too big to fail-Problematik	35
7.3 Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungs-Systems (kurzfristig)	38
7.4 Sicherstellung der Solvenz (langfristig)	39
8. Zusammenstellung, Szenarien, Interventionskonzept	41
8.1 Bemerkungen	41
8.2 Zusammenstellung / Szenarien / Interventionskonzept für einzelne Kassen	42
8.3 Zusammenstellung / Szenarien / Interventionskonzept bei einer Krise des Krankenversicherungssystems	43

Anhang 1:

Weitere Überlegungen zu Ziffer 3.3

Instrumente zur Verhinderung einer Insolvenz für einzelne Kassen, de lege ferenda

(Prudentielle Aufsicht: Unterschied zwischen Privatversicherern und Krankenkassen)

Anhang 2:

Historische Beispiele von Insolvenzen bei Krankenversicherern (nach KVG und VVG)

Anhang 3:

Domino-Effekte im Krankenversicherungsbereich

A Auftrag

Sinngemäss sind folgende Punkte zu untersuchen und Lösungen vorzuschlagen:

- Begriff „Insolvenz“ bei einem Krankenversicherer; nach heutiger Rechtslage (de lege lata) und allenfalls Änderungsvorschläge (de lege ferenda)
- Benötigte Instrumente, um eine Insolvenz zu verhindern; de lege lata und de lege ferenda
- Mögliche Folgen und Massnahmen im Falle der Insolvenz eines (grossen) Krankenversicherers oder der Insolvenzen mehrerer Krankenversicherer (Domino-Effekt); de lege lata und de lege ferenda.

Unter „Krankenversicherer“ wird im Folgenden ein Krankenversicherer nach KVG verstanden. Die Krankenversicherung nach VVG wird nur betrachtet, soweit notwendig.

B Executive Summary und Empfehlungen

B1 Executive Summary

1. Auftragsgemäss behandelt der Bericht die Themen

- Definition der Insolvenz
- Instrumente zur Verhinderung einer Insolvenz
- Folgen und Massnahmen der Insolvenz, insbesondere im Krisenfall

Zum besseren Verständnis ist die Struktur etwas feingliederiger.

2. Definition der Insolvenz

Insolvenz im weiteren Sinne wird in Gesetzen und weiteren Rechtserlassen in mindestens drei unterschiedlichen Bedeutungen verwendet, nämlich Zahlungsunfähigkeit, Verletzung der Solvabilität und Überschuldung. Entscheidend ist nicht zwingend eine Legaldefinition dieser Struktur. Es sollte aber rechtlich immer klar sein, an welchen Begriff welche Schlussfolgerung und Massnahmen geknüpft werden.

3. Instrumente zur Verhinderung einer Insolvenz bei einzelnen Kassen

Zur möglichst effizienten Verhinderung künftiger Insolvenzen in der Krankenversicherung nach KVG wird die Einführung wichtiger Elemente der prudentiellen Aufsicht vorgeschlagen. Ein Entscheid, in diese Richtung zu gehen, sollte erst nach der Schätzung der finanziellen Auswirkungen erfolgen. Diese hängen ab vom Mass an gewünschter Sicherheit der Vermeidung von Insolvenzen.

Zudem wird definiert, wann die Solvenz einzelner Kassen gefährdet ist und wann Insolvenz definitiv eingetreten ist. Speziell wird auch auf die Gruppen-Zusammenhänge hingewiesen (double gearing, Intragroup-Transaktionen, usw.).

4. Massnahmen bei Gefährdung der Insolvenz von einzelnen Kassen

Es werden verschiedene Massnahmen bei Gefährdung der Insolvenz genannt, wobei unterschieden wird nach "de lege lata" und "de lege ferenda".

5. Massnahmen bei eingetretener Insolvenz einer Einzelkasse

Auch hier werden Massnahmen aufgelistet, wiederum unterschieden nach "de lege lata" und "de lege ferenda".

6. Instrumente zur Verhinderung einer Krise

Zunächst wird der Begriff "Krise" definiert im Sinne einer Krise des Krankenkassen-Systems.

Danach werden Instrumente genannt, wie eine Krise möglichst vermieden werden kann. Diese Instrumente bauen auf folgenden Gedanken auf:

- Ausnützen der Elemente prudentieller Aufsicht (insbesondere Reserven, Rückstellungen)
- vorbeugenden Massnahmen, welche Domino-Effekte abmildern sollen
- Massnahmen zur Stärkung qualitativer Elemente (Corporate Governance, internes Kontrollsystem, Riskmanagement, verantwortlicher Aktuar)
- Gestaltung eines Rückversicherungssystems
- Ausnützung der Beziehungen Grundkasse / Zusatzkasse (dies gilt bereits bei der Analyse der Einzelkassen)

7. Massnahmen bei drohender oder bereits eingetretener Krise

Es wird zunächst ausgeführt, wann überhaupt das Krankenversicherungs-System gefährdet ist (erfolgt bereits in Ziffer 6.1). Anknüpfend daran werden Massnahmen genannt, wobei nach Bedrohung der Liquidität und der Solvenz unterschieden wird.

Ein spezielles Unterkapitel befasst sich mit der "Too big to fail"-Problematik. Es werden Massnahmen vor allem zur Milderung des Moral Hazard-Effektes vorgeschlagen.

8. Zusammenstellung, "Szenarien"

Schliesslich werden die Hauptüberlegungen in einer systematischen Übersicht zusammengestellt.

B2 Empfehlungen

Der vorliegende Bericht enthält eine Strukturierung der Problemstellungen und eine ganze Reihe konkreter Vorschläge. Als weiteres Vorgehen werden die folgenden Schritte empfohlen (Gliederung gemäss Struktur dieses Berichts).

1. Sichtung durch BAG

Sichtung durch BAG, welche Punkte weiterverfolgt werden sollen, allenfalls fachtechnisch ergänzt oder konkretisiert. Dazu gehört auch die Überlegung, ob bei gewissen Fragen die Mitwirkung von Personen ausserhalb des BAG wünschbar ist (z.B. Vertreter der Gemeinsamen Einrichtung, der FINMA oder der Krankenkassen).

2. Begriff der Insolvenz

Die Ausarbeitung einer allgemeinen Legaldefinition dürfte komplex sein, da mehrere Gesetze betroffen sind. Es ist auch nicht dringend notwendig, sondern eher "nice to have".

Wie noch näher ausgeführt wird, sind hingegen Kriterien einer behördlichen Intervention (Interventionsschwellen) und die daran anknüpfenden Massnahmen genau zu definieren.

3. Instrumente zur Verhinderung einer Insolvenz bei einzelnen Kassen

Die Einführung eines prudentiellen Aufsichts-Konzepts sollte gründlich geprüft werden. Dabei sind folgende Schritte sinnvoll:

- Zusammenstellung der Anforderungen und Ziele durch das BAG. Dabei kann von den Überlegungen dieses Berichts ausgegangen werden.
- Diskussion mit Vertretern von Krankenkassen, welche entsprechende Analysen bereits vornehmen. Allenfalls auch Diskussion mit ausgewählten Vertretern der FINMA.
- Überlegungen über das gewünschte Sicherheits-Niveau (z.B. als Quantil eines zu wählenden Risikomasses wie Value at Risk oder Expected Shortfall). Daraus ergibt sich das Mass der benötigten Reserven. Das Sicherheitsniveau kann nur unter Berücksichtigung der verkraftbaren Reserve-Erhöhungen festgelegt werden.
- Abschätzungen des benötigten Arbeitsaufwandes für die Krankenkassen und für die Aufsicht, gegliedert nach Anfangsaufwand und laufendem Aufwand.
- Überlegungen zur Einführung qualitativer Instrumente (Corporate Governance, IKS, Risk Management). Dieser Punkt sollte auch durchgeführt werden, wenn die vorher genannten Punkte nicht realisiert werden.

4. Massnahmen bei Gefährdung der Insolvenz von einzelnen Kassen

Die im Bericht vorgeschlagenen Massnahmen sollten durch das BAG überprüft und allenfalls konkretisiert werden. Danach ist juristisch zu prüfen, auf welcher Stufe der Rechtssetzung solche Massnahmen verankert werden sollten (Gesetz, Verordnung, Richtlinien).

5. Massnahmen bei eingetretener Insolvenz einer einzelnen Kasse

Die im Bericht vorgeschlagenen Massnahmen sollten durch das BAG überprüft und allenfalls konkretisiert werden. Danach ist juristisch zu prüfen, auf welcher Stufe der Rechtssetzung solche Massnahmen verankert werden sollten (Gesetz, Verordnung, Richtlinien).

Speziell: Juristische Überprüfung der in Kapitel 5.3.2 erfolgten Überlegungen und Vorschläge eines Zusammenwirkens von Grund- und Zusatzkasse im Insolvenzfall. Hier sollte Kontakt zur FINMA aufgenommen werden.

6. Instrumente zur Verhinderung einer Krise des Krankenversicherungs-Systems

Die im Bericht entwickelten Definitionen und Massnahmen sollten zunächst durch Experten des BAG geprüft und allenfalls ergänzt werden. Danach ist durch die Leitung des BAG zu entscheiden, wie weit man hier gehen will. Dies gilt insbesondere für die folgenden Bereiche:

- Definition der Indikatoren einer Krise
- Verhinderung der Entstehung von Domino-Effekten
- Rückversicherung, insbesondere Nachschusspflicht

7. Massnahmen bei Gefährdung des Krankenkassen-Systems oder bereits ausgebrochener Krise

Das BAG sollte die im Bericht genannten Vorschläge näher überprüfen:

Massnahmen bei Liquiditätskrise

- unterjährige Prämien erhöhungen
- Leistungskürzungen nach vorher festgelegtem Plan
- staatliche Liquiditätshilfe

Massnahmen bei Solvenzkrise

Vorschläge für einen Umbau des Krankenversicherungs-Systems als Folge einer Solvenz-Krise sind nicht Thema dieses Berichts. Hingegen wäre zu begrüssen, wenn im BAG ein "Notfall-Papier" in Zusammenarbeit mit Ärzten und Spitalern

ausgearbeitet würde, welche Leistungen im Krisenfall am ehesten reduziert werden könnten. Dies dürfte allerdings politisch heikel sein.

Organisatorische Massnahmen

Vorherige Erstellung eines Papiers, das insbesondere festhält

- Einsetzung eines Krisenstabes
- Informationspolitik

Massnahmen zur Verhinderung des Moral Hazard-Effektes beim "Too big zu fail"-Problem (Verantwortlichkeit der handelnden Personen)

8. Zusammenstellung, "Szenarien"

Das BAG sollte zwei Interventionskonzepte zusammenstellen, basierend auf den Vorschlägen in Kapitel 8, nämlich eines für den Normalfall, das zum Teil bereits vorhanden ist, und eines für den Krisenfall.

C Bericht

1. Aufbau

1.1 Kapitel 2

Auftragsgemäss erfolgen zunächst Ausführungen zum Begriff der Insolvenz. Wesentlich ist dabei eine systematische Darstellung dieses Begriffs und der mehr oder weniger synonym verwendeten verwandten Begriffe "fehlende Solvabilität", "Überschuldung" und "Zahlungsunfähigkeit".

1.2 Kapitel 3 bis 7

Der weitere Bericht ist gegliedert nach folgenden Unterscheidungen:

1. Unterscheidung nach
 - Einzelkasse
 - Gesamtsystem (Krise)
2. Unterscheidung (Dreiteilung) nach
 - grundsätzliche, langfristige Verhinderung von Insolvenz (grüner Bereich)
 - Massnahmen bei Gefahr (gelber Bereich)
 - Massnahmen bei eingetretener Insolvenz bzw. ausgebrochener Krise (roter Bereich)

Es ergibt sich damit die folgende Aufteilung:

	Einzelkassen	Gesamtsystem (Krise)
Grundsätzliche, langfristige Verhinderung von Insolvenz ("grüner Bereich")	Kapitel 3	Kapitel 6
Massnahmen bei Gefährdung ("gelber Bereich")	Kapitel 4	Kapitel 7
Massnahmen bei eingetretener Insolvenz bzw. ausgebrochener Krise ("roter Bereich")	Kapitel 5	Kapitel 7

Innerhalb der einzelnen Kapitel erfolgen weitere Aufgliederungen, insbesondere danach, welche Vorschriften bereits bestehen ("de lege lata") und welche Vorschriften empfehlenswert wären ("de lege ferenda").

Schliesslich erfolgt in Kapitel 8 eine systematische Zusammenstellung der Erkenntnisse.

1.3 Anhänge 1 bis 3

Gewisse nähere Ausführungen zu einigen Themen finden sich in den Anhängen 1 bis 3. Zum Verständnis des Berichts einschliesslich der Empfehlungen ist die Lektüre dieser Anhänge nicht erforderlich.

1.4 Betonung der Struktur

Der Aufbau erscheint in diesem Bericht als speziell wichtig. Dies deshalb, weil nur ein klarer, der Problematik adäquater Aufbau erlaubt, die Zusammenhänge zu erkennen und - im Grundsatz - möglichst vollständig zu erfassen. Dies ist hier umso wichtiger, als es sich bei verschiedenen Analysen um Neuland handelt, nicht um die Anpassung bereits bekannter Vorgehensweisen.

2. Begriff der Insolvenz

2.1 Begriff nach heutigem Recht

2.1.1 Gesetz (KVG) und Verordnung (KVV)

- Im KVG und in der KVV ist der Begriff „Insolvenz“ nicht explizit definiert
- Eine Vorschrift im KVG kann aber u.U. analog herangezogen werden, nämlich Art. 13, Abs. 2, lit. c KVG: „Die Versicherer müssen insbesondere ... jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen...“
Art. 13 Abs. 2 KVG hält die hauptsächlichen Voraussetzungen zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung fest. Die Bestimmung gilt zunächst durch ihren Wortlaut. Um sie zu interpretieren, sind die Gesetzesmaterialien (die Botschaft) aber auch die Rechtsprechung und die Lehre heranzuziehen. Das Gutachten „Probleme bei Insolvenz von Krankenkassen“ enthält einige Ausführungen dazu. Das EVG hat im Fall Accorda (BGE 130 V 196) dieses Gutachten mehrmals zitiert und die Begründung u.a. darauf abgestützt (z.B. in Erw. 5.4).
- In Art. 18 Abs. 2 KVG kommt der Begriff „Zahlungsunfähigkeit“ vor: Die gemeinsame Einrichtung übernimmt die Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern.
Gemäss Artikel 3 des Reglements über die Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern erfolgt die Feststellung der Zahlungsunfähigkeit eines Versicherers durch das Bundesamt für Gesundheit.
- Diese Vorschriften genügen aber für die Definition differenzierter aufsichtsrechtlicher Massnahmen nicht. Insbesondere genügen sie nicht für das Auslösen vorbeugender Massnahmen zur Verhinderung künftiger Insolvenz. So wird denn etwa auch im „Interventionskonzept BAG“ vom 15.1.2010 richtigerweise nicht auf diese Definitionen abgestellt (Näheres dazu hinten, Kapitel 3.2.2, 4.1 und 8). Es ist davon auszugehen, dass das BAG das Interventionskonzept erfolgreicher durchsetzen kann, wenn über den Art. 13 Abs. 2 und 3 KVG hinaus zumindest in die KVV eine Grundlage aufgenommen wird, evtl. eine Art Aufsichts-Verordnung bestehend aus mehreren Artikeln.

2.1.2 Grundsätzliche Überlegungen

- Der Begriff „Insolvenz“ spielt auch in anderen Rechtsgebieten eine Rolle (z.B. Aktienrecht, Schuldbetreibungs- und Konkursrecht, Versicherungsaufsichtsrecht, Bankenaufsichtsrecht u.a.). Eine für alle diese Rechtsbereiche gültige Definition der „Insolvenz“ existiert nicht.
Je nachdem werden Begriffe nicht in jedem Gesetz ganz identisch verwendet.
- „Insolvenz“ stellt vielmehr einen recht unscharfen Oberbegriff dar, der unterschiedliche Bedeutungen umfasst. So umfasst er etwa die folgenden drei Begriffe, von denen nur der dritte (die Überschuldung) im Gesetz genau definiert ist:

- a) Zahlungsunfähigkeit
Die Zahlungsunfähigkeit ist in etwa wohl gleichzusetzen mit Illiquidität. Diese wiederum kann kurzfristig oder voraussichtlich längerfristig sein, was aufsichtsrechtlich unterschiedliche Reaktionen auslösen kann.
- b) Insolvenz im engeren Sinne
Insolvenz in einem engeren Sinne, die festgestellt wird durch die Betrachtung der finanziellen Gesamtsituation, nicht durch die momentane kurzfristige oder evtl. auch länger dauernde Illiquidität. Insolvenz in diesem engeren Sinne liegt vor, wenn der Vergleich zwischen Aktiven und Passiven (als Bilanzgrössen) in einem vorher definierten Sinne ungenügend ist (z.B. Aktiven sind kleiner als die Passiven, oder die Aktiven decken die Passiven inklusive einer vordefinierten Solvabilitätsmarge nicht mehr).
- c) Überschuldung gemäss OR 725.
Dieser im Aktienrecht zentrale Begriff ist ähnlich dem unter b) genannten Begriff der Insolvenz in einem engeren Sinne, er ist aber sehr spezifisch und präzise definiert. Er spielt auch aufsichtsrechtlich eine Rolle bei der Definition der „statutarischen Insolvenz“, eignet sich aber nicht bei einem risikobasierten Aufsichtskonzept, bei dem eine risikoorientierte Frühwarn-Funktion eine Hauptrolle spielt.

2.1.3 Verwendung des Begriffs „Insolvenz“

Sehr wesentlich beim Insolvenz begriff ist dessen Verwendung, also die Frage nach den Rechtsfolgen, wenn „Insolvenz“ eintritt oder gewisse „Stufen der Insolvenz“ unterschritten werden.

Entscheidend ist, dass die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Formen, Stufen oder auch Ursachen der „Insolvenz“ und den daran anknüpfenden Rechtsfolgen klar definiert sind.

Ist dies der Fall, dann ist es nicht zentral, ob eine Legaldefinition der „Insolvenz“ existiert.

2.2 Begriff der „Insolvenz“ de lege ferenda

Wie oben dargelegt, ist es entscheidend, dass in Gesetz, Verordnung oder weiteren Rechtserlassen klar definiert wird, bei welchen Gegebenheiten welche Massnahmen ergriffen werden müssen oder können. Sowohl für den Anwender wie auch für die Gerichte ist es hilfreich, wenn in einem Gesetz oder in einer Verordnung wichtige Begriffe dann definiert sind, wenn Massnahmen daran anknüpfen.

Ein solcher Massnahmen-Erlass existiert im BAG seit dem 15.1.2010 unter dem Titel „Interventionskonzept“. Damit ist ein wichtiger Schritt in Richtung eines Frühwarn-

systems getan. Eine Vertiefung in diese Richtung sollte folgen (vgl. insbesondere Kapitel 4, 5, 7 und 8 dieses Berichts).

Ob dagegen eine Legaldefinition des Begriffs „Insolvenz“ anzustreben ist, erscheint nicht als zentrales Problem. Sollte man eine solche Definition anstreben, müsste aber auf jeden Fall dessen Verwendung in anderen Rechtsgebieten beachtet werden.

3. Einzelkasse: Instrumente zur Verhinderung einer Insolvenz

3.1 Vorbemerkungen

- In den meisten Aufsichtsgesetzen (Bankenaufsicht, Versicherungsaufsicht), sowohl in der Schweiz als auch in anderen Ländern, ist dies eines der Hauptanliegen: Wie kann Insolvenz einer einzelnen Institution verhindert werden? Demgegenüber werden Fragen zur Verhinderung einer Systemkrise, d.h. eines Flächenbrandes oder von negativen Domino-Effekten, eher stiefmütterlich behandelt.
- Der Fokus der Verhinderung, nicht bloss der Reaktion, entspricht dem Begriff der prudentiellen Aufsicht. Aufsicht soll in erster Linie vorbeugend sein und nur im Ausnahmefall reaktiv.
- Im Zentrum steht daher die Frage, welche Regeln aufgestellt werden müssen, um Insolvenzen möglichst zu verhindern. Selbstverständlich soll dies zu vertretbaren Kosten geschehen. Solche Regeln werden meistens unterschieden in
 - quantitative Vorgaben
 - qualitative VorgabenObwohl qualitative Aspekte ebenso wichtig sind wie quantitative, liegt im folgenden (Kapitel 3.3) das Schwergewicht bei den quantitativen Aspekten.

3.2 Instrumente de lege lata

3.2.1 Fragestellung

Zur Analyse des bestehenden Rechts ist zunächst zu fragen, welche Vorschriften es grundsätzlich braucht, um „Instrumente zur Verhinderung einer Insolvenz“ zu definieren.

Dabei können die folgenden drei Arten von Vorschriften unterschieden werden:

- 1) Definitionen, wann genügend Solvenz gegeben ist und wann diese genügende Solvenz bedroht ist. Solche Definitionen sind quantitativer Art.
Im Falle der Krankenversicherung gehören die folgenden Aspekte dazu:
 - Der Aspekt der **Prämientarif-Gestaltung** als wichtiges Steuerungselement des künftigen finanziellen Gleichgewichts. Künftige Prämien- und Leistungserwartungen sind zu vergleichen (mathematisch: Barwert-Vergleich).
 - Dazu bedarf es genügender **Rückstellungen**, um die Leistungserwartungen zusammen mit den künftigen Prämien abzudecken.
 - Schliesslich sind genügende **Reserven** erforderlich, um mit einer gewissen (hohen) Wahrscheinlichkeit künftige unerwartete Schwankungen abzufangen.

Nur im Zusammenspiel dieser drei Faktoren kann die Frage angegangen werden, ob die Solvenz genügend ist oder ob sie bedroht ist.

- 2) Als zweite Gruppe ist zu beachten, dass das Ausmass der Insolvenz-Bedrohung zwar quantitativ gemessen werden muss, die Bedrohung jedoch auch wesentlich mit **qualitativen Aspekten** zu tun hat, insbesondere mit Aspekten des qualitativen Risk-Managements. Das heisst, es bedarf auch Vorschriften qualitativer Art, um künftige Insolvenzen möglichst zu verhindern (Corporate Governance und interne Kontrollsysteme im speziellen).
- 3) Schliesslich sind Vorschriften zu nennen, welche Massnahmen umschreiben, die bei Bedrohung der Solvenz ergriffen werden müssen. Solche Massnahmen sind unterschiedlich, je nach dem Grad der Bedrohung der Solvenz. Entsprechende Ausführungen folgen in Kapitel 4.

3.2.2 Bestehende Vorschriften

Gemessen an den Anforderungen nach Ziffer 3.2.1 ergibt sich folgende kurze Beurteilung der heutigen Rechtslage:

- 1) Gesetz (KVG) und Verordnung (KVV) **enthalten keine direkten Vorschriften über eine Bedrohung der Solvenz** (abgesehen von allgemeinen Vorschriften zur Aufsichtstätigkeit, siehe Punkt 4 nachfolgend). Hingegen hat das BAG mit einem „Interventionskonzept“ vom 15.1.2010 entsprechende Vorschriften erlassen. In diesem Konzept wird einerseits die Bedrohung der Insolvenz genau definiert, nämlich als Unterschreitung gewisser Indizes (Reserven, Rückstellungen, Nettoleistungsquote, u.a.). Andererseits werden auch daran anknüpfende Massnahmen definiert.
- 2) **Massnahmen bei bedrohter Insolvenz** sind im KVG und in der KVV **ebenfalls nicht beschrieben**, hingegen (wie soeben erwähnt) im Interventionskonzept des BAG vom 15.1.2010.
- 3) Auch **qualitative Anforderungen** an das Risk Management, insbesondere Vorschriften zur Corporate Governance und zu einem internen Kontrollsystem, **fehlen**.
- 4) Gesetz und Verordnung enthalten hingegen indirekt und sehr allgemein einige wenige Vorschriften, die eine Insolvenz verhindern sollen, nämlich zur allgemeinen Tätigkeit der BAG-Aufsicht überhaupt. Genannt seien etwa Vorschriften zur Prüfung der Bilanz und Erfolgsrechnung der Krankenkassen oder der in Kapitel 2 bereits erwähnte Art. 13 Abs. 2 lit. c KVG oder Art. 21 Ziffer 5 KVG.

Diese Vorschriften genügen aus heutiger Sicht sicher nicht. Wie sie allenfalls zu verbessern wären, ist die zentrale Frage in der nachfolgenden Ziffer 3.3.

3.3 Instrumente de lege ferenda (Konzept eines künftigen Aufsichtssystems)

3.3.1 Ziele der Aufsicht und Aufsichtsphilosophie

Ziele eines Konzeptes, welches die Verhinderung künftiger Insolvenzen besser gewährleisten soll, sind insbesondere:

- Frühwarnsystem, verbunden mit klaren Definitionen einer Bedrohung der Solvenz
- Massnahmen, die dann zu ergreifen sind mit dem Ziel der Wiederherstellung genügend hoher Solvenz
- Förderung des Bewusstseins des Managements über die Risiken (insbesondere etwa durch die Verwendung von Szenarien)
- Transparenz gegen innen, gegenüber der Aufsicht und gegenüber der Öffentlichkeit, soweit die Vertraulichkeitsanforderungen dies erlauben.

Basierend auf den Zielen der Aufsicht (Schutz der Versicherten vor Missbrauch / kostengerechte Prämien, Schutz der Versicherten vor den Folgen der Insolvenz und die Gewährleistung eines funktionierenden Marktes), besteht das Aufsichtskonzept in einer noch stärkeren Hinwendung zu einer vermehrten risikobasierten Aufsicht.

Neben wichtigen quantitativen Aspekten sollten dabei qualitative Aspekte berücksichtigt werden:

- Stärkere Verantwortungskultur (Das Management der Krankenversicherer ist verantwortlich für die Einhaltung der Gesetze, Verordnungen, Richtlinien sowie für eine einwandfreie Geschäftsführung.)
- Integrität (Vertrauen in den Krankenversicherungsmarkt, Verantwortungsträger handeln mit Integrität)
- Offene Risikokultur (die Krankenkasse muss ihre Risiken im Griff haben)
- Transparenz (Transparenz sowohl innerhalb der Krankenkassen als auch gegenüber den Versicherten, den Marktteilnehmern und der Aufsicht)
- Rechtssicherheit (Die Aufsichtsbehörde wirkt mit bei der Gewährleistung der Rechtssicherheit. Die bestehenden Ermessensspielräume werden im Interesse einer langfristigen Sicherheit ausgelegt und nicht einer kurzfristigen Interessenlage geopfert.)

3.3.2 Krankenkassen als Versicherer

Die Krankenversicherer nach KVG sind im Wesentlichen, wie der Name sagt, „Versicherer“. Es gibt eine sehr grundsätzliche Verwandtschaft zu den privaten Versicherern, die hier nicht näher ausgeführt werden soll (z.B. Äquivalenzprinzip; Verwendung des Gesetzes der grossen Zahl, basierend auf Statistiken; Bildung von Reserven und Rückstellungen usw.). Es gibt allerdings auch gewichtige Unterschiede, die näher zu betrachten sind (vgl. dazu insbesondere Anhang 1).

Will man Konzepte zur Verhinderung von Insolvenz entwickeln, drängt sich daher auf, die im Bereich der Banken und privaten Versicherer verwendeten, ausgefeilten Konzepte zu analysieren und zu untersuchen, inwieweit solche Konzepte analog angewendet werden könnten.

Dabei ist aber auch den erheblichen Unterschieden und Sonderregelungen im Bereich der Krankenkassen Rechnung zu tragen. Daher erfolgt in Anhang 1 ein Blick auf diese Unterschiede, soweit sie bei der Insolvenz-Verhinderung bedeutsam sind.

3.3.3 Erfahrungen der Versicherungsaufsicht und Schnittstellen

Die Überprüfung von Konzepten der Versicherungsaufsicht auf ihre Anwendung für die Krankenkassenaufsicht nach KVG hat zwei weitere wichtige Gründe:

- Die aktuelle schweizerische und die künftige europäische Versicherungsaufsicht sind sich sehr ähnlich und beruhen auf jahrelangen wissenschaftlichen Analysen und Erfahrungen. Hier alles noch einmal neu zu erfinden, ist sicher nicht effizient; Anpassungen an die gegebenen Besonderheiten sind aber selbstverständlich vorzunehmen.
- Ausserdem gibt es gewichtige Schnittstellen zur Zusatzversicherung, welche nach VAG beaufsichtigt wird.

Für eine Überprüfung der Krankenkassenaufsicht nach KVG sprechen auch folgende Anliegen

- Bestreben, die nicht mehr in allen Teilen genügende Aufsicht zu modernisieren
- Konsolidieren von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien
- Wunsch nach Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit z.B. SWISS GAAP FER 41 (Marktwerte, cashflow-Rechnung u.a.)

3.3.4 Prinzipienbasierte Aufsicht

Die Aufsicht basiert auf einer quantitativen und qualitativen Analyse der Risiken von Krankenversicherern. Die Aufsicht hat sicherzustellen, dass der Versicherungsmarkt und der Wettbewerb im Versicherungsmarkt innerhalb der gesetzlichen Leitplanken funktioniert. Dabei stützt sie sich vermehrt auf die prinzipienbasierte Aufsicht, d.h. sie stützt sich weniger auf die Erfüllung von in der Regel statischen und mit viel Bürokratie verbundenen Regeln und Vorschriften, sondern sie definiert übergeordnete Richtlinien, deren Erfüllung in der ureigenen Verantwortung des Krankenversicherers liegt und welche dynamischen Entwicklungen besser Rechnung tragen.

3.3.5 Prudentielle Aufsicht

Die Aufsicht ist nicht reaktiv. Wesentlich ist ihre Funktion des Vorbeugens (prudentiell) und damit der Konzeption eines Frühwarnsystems.

Gemäss internationalem Standard der Versicherungsaufsicht ist dies am besten gewährleistet durch ein 3-Säulen-System:

- quantitative Vorgaben
- qualitative Vorgaben
- Vorgaben der Transparenz und des Verhaltens gegenüber den Versicherten

3.3.6 Quantitative Vorgaben

Es gilt zunächst quantitative Vorgaben auszuarbeiten, vor allem betreffend der notwendigen Rückstellungen und Reserven. Die Reserven werden dadurch zu einem wesentlichen Steuerungselement, deren Bedeckungsgrad wird zum Mass für ein Frühwarnsystem.

Ihre Höhe hängt ab von den eingegangenen Risiken. Betrachtet werden dabei nicht nur Versicherungsrisiken, sondern auch Anlage- und Kreditrisiken (die in der Regel bedeutender sind als die Versicherungsrisiken, jedenfalls in der Krankenzusatzversicherung).

3.3.7 Ökonomische Sicht

Wie in Ziffer 3.3.6 ausgeführt, ist die Höhe der Reserven das wohl geeignetste Instrument zur Definition, ob eine Kasse finanziell gesund ist oder nicht. Durch Abstufungen bei Nicht-Genügen der Reserven (z.B. gelber Bereich, roter Bereich) eignen sie sich auch als Frühwarnsystem.

Den notwendigen Reserven entsprechen Kapitalanlagen. Es fragt sich daher, wie Kapitalanlagen zu bewerten sind. Dabei gibt es im Prinzip zwei Möglichkeiten und dazwischen eine Reihe von Mischformen

- Statutarische Bewertung, d.h. mehr oder weniger künstliche Bewertung um Schwankungen der Marktwerte zu vermeiden
- Oekonomische Bewertung, d.h. Marktwerte

Die Aufsichtssysteme gehen weltweit von der früheren statutarischen Sicht weg hin zu einer ökonomischen Sicht, da nur so die wirkliche finanzielle Situation erkennbar ist. Für die Krankenkassenaufsicht wäre dies analog zu empfehlen, wobei Mischformen denkbar sind.

3.3.8 Gruppensicht

Speziell zu beachten ist das Thema Gruppenaufsicht. So kann z.B. vorkommen, dass im Rahmen einer Versicherungsgruppe Teile dieser Gruppe insolvent sind, nicht jedoch die gesamte Gruppe. Oder umgekehrt: Die Gesamtgruppe ist insolvent, Teile davon sind aber noch solvent.

3.3.9 Einjahres-Sicht

Die quantitativen Modelle der Versicherungs- und Bankenaufsicht müssen einer Einjahres-Sicht genügen, d.h. die Solvenz muss jeweils per Jahresende berechnet werden und genügend sein.

Für die Krankenkassen-Aufsicht wird teilweise vorgeschlagen, dass eine Mehrjahres-Sicht angemessener wäre.

Diese Kritik ist im Prinzip berechtigt, würde aber auch für wichtige Bereiche der Versicherungsaufsicht zutreffen.

Hier wird vorgeschlagen, analog der Versicherungsaufsicht zunächst die Einjahres-Sicht zu verwenden, da eine Mehrjahres-Sicht wesentlich komplexer ist und bisher nirgends angewendet wird. Besser ein grosser Schritt in die richtige Richtung, als Perfektion, die kaum erreichbar ist. Im Übrigen kann durch Anpassung der allgemeinen Sicherheitsanforderung erreicht werden, dass eine pragmatische Gewährleistung der nötigen Sicherheit erfolgt.

3.3.10 Qualitative Vorgaben

Der Fokus liegt hier auf Vorgaben der Corporate Governance und des internen Kontrollsystems.

Zu überlegen sind ferner Ergänzungen betreffend aktuarieller Anforderungen, interner und externer Revision sowie Anlagepolitik.

Krankenversicherer, welche die Zusatzversicherung in eine selbständige AG ausgegliedert haben, müssen bereits heute entsprechende Anforderungen erfüllen.

3.3.11 Vorgaben der Transparenz und des Verhaltens gegenüber Versicherten

Hier ist zu prüfen, wieweit Überlegungen aus der Versicherungsaufsicht analog angewendet werden sollen.

3.3.12 Frühwarnsystem (Ampel-System)

Die risikobasierte Berechnung der Reserven eignet sich hervorragend als Frühwarnsystem, allenfalls ergänzt durch weitere Kenngrössen.

Je nach Berechnung der notwendigen Reserven mit Kapital können Interventionsbereiche definiert werden (z.B. grün, gelb, rot). Dabei sind die möglichen oder zwingenden Aufsichtsmaßnahmen festzulegen, zur Wahrung der Rechtssicherheit für die Adressaten. Zur Wahrung der Flexibilität der Aufsichtsbehörde können sie als Kann-Vorschriften ausgestaltet werden.

Das „Interventionskonzept BAG“ vom 15.1.2010 geht bereits in diese Richtung.

Nähere Ausführungen dazu folgen in Kapitel 4.

3.3.13 Obergrenze

Die Reserven als Steuerungselement sind auch für die Bestimmung von Obergrenzen geeignet. Angesichts von Rechnungsunsicherheiten sollten sie nicht zu eng gefasst werden. Sinnvoll erscheint eine Obergrenze von mindestens 125 %, höchstens 150 %.

Bei Überschreiten der Obergrenzen sind Prämienreduktionen vorzunehmen.

3.3.14 Kapitalaufwand

Der Kapitalaufwand infolge eines risikobasierten Systems im Bereich der Krankenversicherung nach KVG ist äusserst schwierig zu schätzen. Sehr grobe Überschlagsrechnungen deuten darauf hin, dass das Niveau der benötigten Reserven insgesamt vermutlich leicht ansteigen dürfte, allerdings sehr unterschiedlich von Kasse zu Kasse.

Das benötigte Reserve-Niveau hängt auch mit der gewünschten Sicherheit zusammen. Für die Versicherungswirtschaft in Europa und in der Schweiz (Solvency II und SST) wurde ein Sicherheitsniveau gewählt, das bezüglich rating etwa zwischen A und BBB liegt.

3.3.15 Arbeitsaufwand

a) Arbeitsaufwand bei den Krankenversicherern

Da bereits Berechnungen risikobasierter Kapitalbestimmungen bei einigen Krankenversicherern nach KVG durchgeführt werden, lässt sich der Arbeitsaufwand einigermaßen abschätzen.

Er ist erstaunlich gering und bewegt sich zwischen wenigen Personenwochen bei kleineren Kassen bis zu einigen Personenmonaten bei grösseren Kassen.

Zu bemerken ist, dass insbesondere kleinere Kassen das Personal für die Durchführung solcher Rechnungen kaum haben. Die entsprechenden Berechnungen können aber extern durchgeführt werden und dürften nicht teuer sein, vor allem wenn Standard-Varianten verwendet werden. Auf der anderen Seite ist der Sicherheits- und Erkenntnis-Gewinn beträchtlich.

Krankenversicherer, welche die Zusatzversicherung in eine selbständige AG ausgegliedert haben, berechnen den Kapitalaufwand bereits heute risikobasiert (SST).

b) Arbeitsaufwand bei der Aufsichtsbehörde

Dies könnte das grössere Problem sein, bedarf es doch mehrerer Spezialisten bei der Aufsichtsbehörde (Grössenordnung von vielleicht 5 Personen).

Auch hier gilt: der Gewinn an Sicherheit und Kenntnis der Risiken ist beträchtlich.

Der zusätzliche Nutzen dürfte die zusätzlichen Kosten bei weitem übersteigen.

4. Einzelkasse: Massnahmen bei Gefährdung der Solvenz (gelber Bereich)

4.1 Vorbemerkungen (Allgemeines, Kriterien)

Zunächst ist zu definieren, wann eine Einzelkasse den grünen Bereich verlässt und in den gelben Bereich gerät.

Dies ist bei prudentieller Aufsicht sinnvollerweise so zu definieren, dass die 100 %-Grenze bei der Bedeckung der notwendigen Reserven unterschritten ist.

Die Bedeckung der Reserve muss aber über der Grenze sein, bei welcher der rote Bereich beginnt (z.B. 33 % Bedeckung).

Solange die prudentielle Aufsicht nicht eingeführt ist, müssen Kriterien herangezogen werden, wie sie beispielsweise im "Interventionskonzept BAG" vom 15.1.2010 genannt sind.

Denkbar sind auch qualitative Definitionen, welche entsprechende qualitative Massnahmen erfordern.

4.2 Massnahmen de lege lata

Unter dieser Ziffer erfolgt eine grobe Aufzählung möglicher Massnahmen. Dabei wurde einerseits das bereits bestehende "Interventionskonzept BAG" zugrunde gelegt, andererseits gewisse weitere Massnahmen hinzugefügt, die als selbstverständlich gelten können, auch wenn sie nicht explizit in einem Rechtserlass genannt sind.

Die nachfolgende Aufzählung ist nicht unbedingt abschliessend, sondern kann allenfalls bei weiterer Analyse ergänzt werden. Die Massnahmen werden in diesem Bericht nicht näher beschrieben, da dies wohl nicht zum Auftrag für diesen Bericht gehört.

Massnahmekatalog nach "Interventionskonzept BAG", ergänzt um einige weitere Punkte:

- Information an die Krankenkasse und Aufforderung zur Stellungnahme
- Aufforderung an Krankenkasse, sichernde Massnahmen vorzuschlagen; Genehmigung durch die Aufsicht
- Aufforderung an die Krankenkasse, gründliche Ursachenanalyse vorzunehmen und entsprechende Massnahmen vorzuschlagen; Genehmigung durch die Aufsicht
- Anweisung von Massnahmen durch die Aufsicht BAG, z.B.
 - Prüfung durch externen Gutachter
 - Überprüfung von Bewertungen
 - Anordnung von Szenarien-Analyse

- Verbot von gewissem Neugeschäft
- Verbot von jeglichem Neugeschäft
- Organisatorische Änderungen

4.3 Massnahmen de lege ferenda

Der "Massnahmekatalog BAG", wie er in Ziffer 4.2 gezeigt wird, wurde bereits geringfügig ergänzt.

De lege ferenda stellen sich vor allem zwei Fragen:

- Inwieweit sind die in Ziffer 4.2 genannten Massnahmen zu ergänzen oder zu präzisieren (z.B. analog Art. 51 VAG, Beizug Dritter u.a.)?
Beispielsweise wie folgt:
 - Detaillierte Geschäftspläne
 - Gewährleistungsbestimmungen für eine einwandfreie Geschäftsführung
 - Stringente Kapitalanforderungen
 - Qualitative Aufsicht (CG, IKS, RM)
 - Richtlinien interne und externe Revision
 - Spezialgesetzliche Genehmigung für die externe Revision und leitenden Revisoren
 - Definierte Anforderungen für Rückstellungen (Richtlinie)
 - Gebundenes Vermögen
 - Gesetzliche Regelung der Rückversicherung mit stringenten Kapitalanforderungen
 - Verantwortlicher Aktuar
 - Gruppenbetrachtung
- Inwieweit ist eine Verankerung in Gesetz oder Verordnung notwendig oder wünschenswert, um diesen Massnahmen (gemäss Weisungen) vermehrtes Gewicht zu verleihen?

Diese beiden Fragen werden hier nicht weiter vertieft.

Die Gründe dafür sind:

- Bei Punkt 1 (Ergänzungen von Massnahmen): dies erscheint eher als ein Gebiet, in welchem eine kleine Fachgruppe prüfen könnte, welche Massnahmen insbesondere in Analogie zu Art. 51 VAG auch im Krankenkassenbereich eingesetzt werden könnten.
- Bei Punkt 2 (rechtliche Verankerung): sind solche Massnahmen einmal vorgeschlagen, sollte durch einen Juristen geprüft werden, inwieweit eine rechtliche Verankerung sinnvoll ist, und auf welcher Rechtsetzung-Stufe.

5. Einzelkasse: Massnahmen bei eingetretener Insolvenz (roter Bereich)

5.1 Vorbemerkungen

5.1.1 Prinzipien zum Eintritt der Insolvenz

a) De lege lata

Grundsätzlich kann Insolvenz entweder als Insolvenz im engeren Sinne, als Überschuldungstatbestand oder als Zahlungsunfähigkeit definiert werden (vgl. Ziffer 2 vorne). Je nachdem wie Überschuldung definiert wird (OR 725,1/ Unterschreiten der Minimalreserven/Unterdeckung der Rückstellungen/ Liquiditätsprobleme/ Bilanzsanierung) muss von unterschiedlichen Massnahmen ausgegangen werden. Hauptzielsetzung der Aufsicht muss sein, Insolvenzprobleme überhaupt zu verhindern (die Versicherer müssen jederzeit in der Lage sein, ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen KVG 13,2,c). Sind dann solche Insolvenzprobleme trotz aller präventiver aufsichtsrechtlicher Massnahmen eingetreten, so sind in erster Linie Sanierungsmassnahmen gefordert (OR 725, KVG 21, 5 „das Bundesamt ergreift je nach Art und Schwere der Mängel u.a. die folgende Massnahme gemäss lit. a, nämlich die Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes auf Kosten des Versicherers/ s. auch Interventionskonzept und Interventionslevels.

b) De lege ferenda

Es muss ein Punkt definiert werden, ab welchem die Insolvenz definitiv eintritt, also keine Sanierungsmassnahmen mehr erfolgen (point of no return). Da die Konsequenzen einschneidend sind, sollte dieser Punkt möglichst klar definiert sein. Andererseits ist jeder Fall individuell, so dass die Aufsichtsbehörde dennoch eine gewisse Flexibilität haben sollte.

Neben dem genauen Eintrittspunkt der Insolvenz sind auch die daran angeknüpften Massnahmen zu definieren, am ehesten im Sinne eines Kataloges von Möglichkeiten als Leitlinie für die Aufsichtsbehörde.

Ein grundsätzliches Prinzip ist ferner, dass es um den Schutz der Versicherten geht, nicht um den Schutz einer Institution. Eine einzelne Krankenkasse ist nur insoweit schützenswert, als sie den Schutz der Versicherten garantieren kann. Hört diese Garantie definitiv auf (auf Grund von klaren Kriterien, s. oben), dann ist diese Krankenkasse als solche nicht mehr schützenswert.

5.1.2 Kriterien für Eintrittszeitpunkt

De lege lata: sinnvoll sind am ehestens Kriterien, wie sie im "Interventionskonzept BAG" vorgesehen sind (Aufzählung).

De lege ferenda: Sollte ein prudentielles Aufsichtssystem eingeführt werden im Sinne von Kapitel 3 dieses Berichts, eignet sich insbesondere die Bedeckung der Reserven als Haupt-Kriterium, möglicherweise neben andern Kriterien (z.B. unter 33 % Bedeckung).

Qualitative Kriterien können mitspielen. Wegen der Schwierigkeit einer eindeutigen Definition sollten sie eher als zusätzliche Hilfskriterien dienen im Ermessensspielraum der Aufsichtsbehörde.

5.2 Massnahmen de lege lata

Anwendbar nach heutigem Recht sind folgende Massnahmen:

- Weisung, Fusionspartner zu suchen
- Androhung schwerwiegender Folgen (Entzug der Bewilligung, Information der Öffentlichkeit)
- Übertragung von Teilbeständen
- Entzug der Bewilligung
- Einsetzen externer Verwalter

Kommt es trotz aller Sanierungsbemühungen zur Insolvenz oder erweisen sich Sanierungsbemühungen als aussichtslos, so bleibt letztendlich nur der Entzug der Bewilligung als letzte Massnahme übrig. Die Aufsichtsbehörde hat aber für eine geordnete Liquidation und Übergang zu sorgen (Übernahme der Versicherten durch anderen Versicherer, Koordination mit FINMA betreffend Zusatzversicherung (bei akzessorischer Zusatzversicherung ohne Ausgliederung in eine eigenständige AG muss die FINMA für einen Portefeuilleübertrag besorgt sein, auch wenn die Zusatzversicherung gesund ist). Für zahlungsunfähige Versicherer übernimmt die Gemeinsame Einrichtung die Kosten für die gesetzlichen Leistungen, für die Leistungen aus Zusatzversicherung kommt das Gebundene Vermögen zum Tragen.

5.3 Massnahmen de lege ferenda

5.3.1 Allgemein und Analogie zur Versicherungsaufsicht

Unabhängig von der allfälligen Einführung vermehrter prudentieller Aufsicht sind weitere Massnahmen denkbar.

Zu nennen sind einerseits:

- Berücksichtigung der Rückversicherung (vgl. Kapitel 6.5)
- Berücksichtigung einer allfällig vorhandenen Zusatzkasse (vgl. nachfolgend 5.3.2)

Andererseits in Analogie zu Instrumenten der Versicherungsaufsicht:

- Massnahmen gemäss Art. 51 VAG *
- Bestimmen eines Liquidators
- Sonderstellung der Aufsichtsbehörde im Konkurs
- Zwangsweiser Portefeuilleübertrag *

- Weitergehende Aufsichtspflicht der Geschäftsleitung und Revisionsstelle an die Aufsichtsbehörde *
- Weitergehende Sanktionsmöglichkeiten *

(Die mit * bezeichneten Möglichkeiten gelten auch bereits für Kassen im "gelben Bereich")

5.3.2 Berücksichtigung einer allfällig vorhandenen Zusatzkasse

Primär interessiert das Zusammenspiel Grundkasse / Zusatzkasse im Insolvenzfall. Hier ist die Trennung „Verhindern von Insolvenz“ und „Massnahmen im Insolvenzfall“ besonders schwierig. Übergänge sind fliegend, und daher soll hier in Abweichung vom übrigen Vorgehen dieses Berichts diese Trennung nicht strikt beachtet werden.

a) Begriff der Insolvenz

Zusätzlich zu den Ausführungen unter Ziffer 2 des Berichts kommt hier eine Komplikation hinzu.

Falls Grundkasse und Zusatzkasse in unterschiedlichen juristischen Personen organisiert sind, gelten die allgemeinen Überlegungen nach Ziffer 2 des Berichts.

Falls jedoch Grundkasse und Zusatzkasse innerhalb der gleichen juristischen Person organisiert sind, ergibt sich ein Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlicher und juristischer Betrachtung.

Wirtschaftlich sind Grund- und Zusatzkasse getrennte Einheiten mit unterschiedlicher Rechnung und Reservebestimmung.

Massnahmen zur Verhinderung von Insolvenz und letztlich auch der de facto Begriff der Insolvenz richten sich bei Grund- und Zusatzkasse nach der Bedeckung der notwendigen Reserve durch Kapital. Bei der Zusatzkasse ist dies im VAG und in der AVO ausführlich geregelt, bei der Grundkasse findet sich die entsprechende weniger ausführliche Regelung im Interventionskonzept BAG.

Der Begriff der Insolvenz für die juristische Person, bestehend aus Grund- und Zusatzkasse, ist dagegen nicht geregelt.

In Analogie zu den Ausführungen in Ziffer 2 des Berichts wird nachfolgend von den wirtschaftlichen Gegebenheiten ausgegangen.

b) Massnahmen bei „Insolvenz“ der Grundkasse und „Nicht-Insolvenz“ der Zusatzkasse

Empfohlen wird hier, von einem „doppelten Ampel-System“ auszugehen. Ferner bedarf es der Zusammenarbeit zwischen BAG und FINMA.

Die konkrete Frage lautet, wieweit die Reserve der Zusatzkasse verwendet werden darf zur Sanierung der Grundkasse.

Im Prinzip sind Quersubventionierungen nicht zulässig. Im Falle einer Solvenzgefährdung oder sogar Insolvenz der Grundkasse wären Ausnahmeregelungen allenfalls denkbar.

Die Antwort könnte sein, dass die Zusatzkasse im grünen Bereich bleiben muss, oder dass sie höchstens in den gelben Bereich rutschen darf.

Noch etwas konkreter:

- rutscht die Grundkasse in den gelben Bereich, darf die Reserve der Zusatzkasse verwendet werden, solange diese im grünen Bereich bleibt
- rutscht die Grundkasse in den roten Bereich, darf die Reserve der Zusatzkasse verwendet werden, solange diese im gelben Bereich bleibt

6. Krise: Grundsätze und Instrumente zur Verhinderung einer Krise

6.1 Vorbemerkungen zur Definition einer Krise

6.1.1 Definition einer Krise: Grundidee

Die Definition einer Krise ist komplex und es gibt auch kaum Vorbilder. In unserem Kontext geht es zudem spezifisch um eine Krise des Krankenversicherungssystems, nicht um eine Finanzkrise.

Zur Definition einer Krise wird von zwei unterschiedlichen Ideen ausgegangen, wobei bei beiden Ideen eine Analogie zur Situation bei einzelnen Kassen herangezogen wird, insbesondere zu den Begriffen "Gefährdung" (gelber Bereich) und "Insolvenz" (roter Bereich).

a) Analogie "Gefährdung"

Da die Hauptaufgabe der Aufsicht darin besteht, unerwünschte Situationen zu vermeiden, sollte ein "Gefährdungstatbestand" bezüglich des Gesamtsystems definiert werden, nicht nur ein Zustand einer bereits eingetretenen Krise. Dies erfolgt in Analogie zur Situation bei einzelnen Kassen aufgrund der Reserve-Situation (prudentielle Aufsicht), allenfalls auch aufgrund qualitativer Kriterien.

b) Analogie "Insolvenz"

Bei einzelnen Kassen gibt es als letzte Massnahme die Liquidation. Eine solche ist beim Gesamtsystem nicht möglich bzw. sie stellt keine mögliche Handlungsalternative dar.

Die "vorletzte" Handlung vor der Liquidation ist die Übertragung von Versichertenbeständen bzw. der mehr oder weniger freiwillige Übertritt von Versicherten zu anderen Kassen.

In Analogie kann daher als eingetretene Krise (roter Bereich) die Tatsache definiert werden, dass Übertragungen oder freiwillige Übertritte in genügendem Masse nicht mehr möglich sind.

6.1.2 Aufteilung "gelber" und "roter" Bereich, bzw. Liquiditäts- oder Solvenzkrise

Im Gegensatz zur Einzelkasse ist diese Unterscheidung beim "Gesamtsystem" äusserst schwierig, ja sogar problematisch.

"Roter Bereich" bei der Einzelkasse bedeutet soviel wie Konkurs, also das Ende dieser Kasse und Übernahme der Versicherten durch andere Kassen.

Für das "Gesamt-System" entspräche dies einem totalen Kollaps des Systems, der in diesem Bericht grundsätzlich ausgeschlossen wird, also in allen Fällen zu verhindern ist.

Die Unterscheidung "gelb" und "rot" wird daher im Falle einer Krise nicht gemacht. Es gibt verschiedene Grade der Gefährdung und entsprechende Massnahmen, aber keinen totalen Kollaps.

Am nächsten kommt einer solchen Unterscheidung diejenige zwischen "Liquiditäts-" und "Solvenzkrise". Darauf wird in Kapitel 7 näher eingegangen. Bei der nachfolgenden Definition einer Krise ist dies zu berücksichtigen.

6.1.3 Definition einer Krise: Indikatoren

Um Krisen-Massnahmen auszulösen, muss zunächst definiert werden, wann genau eine Krise überhaupt vorliegt oder sich abzeichnet.

Eine solche Definition kann natürlich kaum „genau“ sein. Auf der andern Seite muss sich aber die Aufsichtsbehörde auf möglichst präzise Angaben stützen können, um gewisse, allenfalls weitreichende Massnahmen auslösen zu können.

Vorgeschlagen wird aufgrund der Überlegungen in Ziffer 6.1.1 und 6.1.2, Kriterien auszuarbeiten, die in ihrer Gesamtheit Gefährdung oder bereits Vorliegen einer Krise bedeuten. Aufgrund dieser Kriterien entscheidet die Aufsichtsbehörde (Bundesrat?) über den genauen Zeitpunkt auszulösender Massnahmen.

Als Kriterien werden vorgeschlagen

1. Frühe Phase (gelber Bereich):

Reserve-Situation einer grossen oder mehrerer kleiner Krankenkassen:
Kapitaldeckung ist kleiner als 33 % der geforderten Reserve (gelber Bereich)
bei einer oder mehreren Krankenkassen, welche insgesamt mehr als 1/3 (1/4) der versicherungspflichtigen Personen versichern

2. Späte Phase (roter Bereich):

Übertragung von Versicherten-Beständen kann nicht mehr durchgeführt werden
bzw. freiwillige Übertritte führen zu Domino-Effekten

3. Allgemein zusätzlich (alternativ)

Mängel in der Gesamt-Organisation des Krankenversicherungssystems werden
offensichtlich, nach Beurteilung der Aufsichtsbehörde

6.1.4 Ziel der "Selbstregulierung"

Der Hauptfokus liegt darin, dass das Krankenversicherungssystem sich selber regulieren muss und soweit möglich gar keine ausserordentlichen Massnahmen erforderlich sind. Die Krankenversicherer haben zusammen mit der Aufsicht in präventiver Art dafür zu sorgen, dass es gar nicht erst zu einer Krise kommt. Dazu sind die nötigen Aufsichtsinstrumente bereit zu stellen. Kommt es aber trotzdem zu einer Krise, so stellt sich die Frage, ob die bisherigen Aufsichtsinstrumente und Handlungsparameter genügen, um einen Kollaps des Systems Krankenversicherung zu verhindern. Diese Frage ist eindeutig zu verneinen.

In einem Krisenfall, in dem das bisherige System an die Leistungsgrenzen stösst und überfordert ist, sind zusätzliche Instrumente bereitzustellen. Es sind in einem solchen

Fall die nötigen organisatorischen, personellen, rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen zu schaffen, damit in enger Koordination mit der für die Zusatzversicherung zuständigen Aufsichtsbehörde schnell agiert werden kann, um Krisen in den Griff zu bekommen, ohne auf Notrecht zurückzugreifen.

6.1.5 Vorgehen im Krisenfall

In Kapitel 7 soll die Frage geprüft werden, wie im Falle einer ausgebrochenen Krise vorzugehen ist. Der Fokus liegt darauf, was hier anders ist als bei einer „normalen“ Insolvenz eines kleinen oder mittleren Krankenversicherers, bei der keine grossen Auswirkungen auf das Krankenversicherungssystem als Ganzes zu befürchten ist. Es geht also um zusätzliche Aspekte zu denjenigen, die bereits in Ziffer 4.1 des „Berichtes“ für die „normale“ Insolvenz behandelt wurden.

Als oberstes Ziel oder oberster Grundsatz gilt auch im Krisenfall der Schutz der Versicherten oder der Schutz des ganzen Krankenkassen-Systems als solches, nicht der Schutz einzelner Krankenkassen. Oder anders ausgedrückt, oberstes Ziel ist die Aufrechterhaltung des Gesundheitswesens, soweit dies durch das Krankenkassen-System gestützt und ermöglicht wird.

6.2 Vorbeugung vor Eintreten einer Krise (grüner Bereich)

In diesem Kapitel wird, anders als bisher, nicht zwischen "de lege lata" und "de lege ferenda" unterschieden, da es für diesen Fall kaum explizite Rechtsvorschriften gibt. Vielmehr soll dargestellt werden, was es sinnvollerweise zur Vorbeugung gegen das Eintreten von Krisen an Massnahmen gibt. Erst danach ist juristisch zu prüfen, wie weit dies nach geltendem Recht möglich ist und wieweit rechtliche Änderungen anzustreben sind.

Bei den vorbeugenden Massnahmen wird nach den beiden wohl wichtigsten Gründen unterschieden, die eine Krise des Krankenversicherungssystems auslösen können:

- die Insolvenz einer sehr grossen oder mehrerer grosser Krankenkassen
- Domino-Effekte

Ferner wird die Rückversicherung speziell betrachtet, insbesondere eine allfällige Nachschusspflicht.

Damit ergibt sich folgende Aufteilung:

- Vorbeugende Massnahmen, um die Insolvenz grösserer Einzelkassen zu verhindern (6.3)
- Vorbeugende Massnahmen, um das Entstehen von Domino-Effekten zu verhindern (6.4)
- Strukturelle Massnahmen, insbesondere Rückversicherung (6.5)

6.3 Vorbeugende Massnahmen, um die Insolvenz grösserer Einzelkassen zu verhindern

- Die wichtigste Massnahme ist die Einführung einer prudentiellen Aufsicht. Sollte dies nicht erfolgen, dann muss zumindest sichergestellt sein, dass die im "Interventionskonzept" des BAG vom 15.1.2010 genannten Kriterien und entsprechenden Massnahmen auch umgesetzt werden.
- Eine weitere hier zu nennende vorbeugende Massnahme ist die Einführung der Kompetenz des BAG, auch unterjährige Prämienerrhöhungen zu verlangen.
- Zusätzlich ist die Einführung qualitativer Anforderungen zu überprüfen (Regeln zur Corporate Governance, IKS, Risk Management).

6.4 Vorbeugende Massnahmen, um das Entstehen von Domino-Effekten zu verhindern

In Anhang 3 sind verschiedene solche Domino-Effekte etwas näher beschrieben.

An dieser Stelle geht es darum, Anregungen zu formulieren, wie Domino-Effekte verhindert oder zu mindest gemildert werden können.

1. Grosse Zahl von Krankenversicherern ist in Unterdeckung
2. Ein grosser Versicherer gerät in finanzielle Schieflage.

Vorbeugende Massnahme: Diese beiden Punkte werden in Kapitel 6.3 hievor behandelt.

3. Risikoausgleich

Vorbeugende Massnahme: Problem in die laufende Diskussion einbringen

4. Rückversicherung

Wird in Ziffer 6.5 separat behandelt.

Klumpenrisiko RVK: Problem liegt zurzeit bei FINMA

5. Aufsichtsarbitrage

Vorbeugende Massnahme: Bessere Koordination der gesetzlichen Vorschriften.

6. Gruppenaufsicht

Vorbeugende Massnahme: Ausbau der Gruppenaufsicht innerhalb des BAG und institutionalisierte Koordination mit der FINMA.

7. Politische Einflussnahme

Vorbeugende Massnahme: Die BAG-Aufsicht (wie auch die FINMA) hat die Einhaltung und den Vollzug des Gesetzes in möglichst unabhängiger Art und Weise zu gewährleisten.

8. Pandemie

Vorbeugende Massnahme (hier nicht im medizinischen Sinn gemeint):

- Einbezug von Pandemie-Szenarien bei der Bestimmung der Reserven
- Falls diese im konkreten Fall nicht genügen, inkl. Beanspruchung der Rückversicherung → Staatsgarantie

9. Rückzug aus Regionen

Bei totalem Rückzug aller Kassen: zunächst Analyse des Problems, dann allenfalls durch BAG verfügte Verpflichtung der Krankenkassen, Deckung anzubieten.

10. Grosse Bestandesschwankungen

Vorbeugende Massnahme: Eine solche ist im Krisenfall durchaus angebracht, obwohl dies dem Grundprinzip der freien Kassenwahl zuwiderläuft. Es ist denkbar, dass bei tatsächlich eingetretener Gefahr ("gelber Bereich" oder sogar "roter Bereich") die Aufsicht (BAG) "geordnete Übergänge" definiert (Beschränkung der Zahl von Neuaufnahmen, zwangsweise Zuordnungen, im Extremfall Auffangkasse

11. Grosse Prämienrückstände

Vorbeugende Massnahmen sind hier kaum mehr machbar. Falls dies konkret werden sollte, geht es wohl um eine weitergehende Krise, die nicht Gegenstand dieses Berichts ist.

6.5 Rückversicherung

Als vorbeugende Massnahmen für den Krisenfall drängen sich vor allem zwei wichtige Punkte auf, die näher geprüft werden sollten:

- Ist das heutige System der Rückversicherung genügend dotiert?

Zur Beantwortung dieser Frage gelten die gleichen Überlegungen wie allgemein zur prudentiellen Aufsicht, vgl. Kapitel 3

- Sollte eine Nachschusspflicht eingeführt werden für den Fall, dass die Reserven der Rückversicherung aufgebraucht sind?

Damit würde ein Ausgleich über die Zeit ermöglicht.

7. Krisenfall: Massnahmen bei drohender oder bereits ausgebrochener Systemkrise

7.1 Vorbemerkungen

Wie erwähnt, ist es im Falle einer Krise wesentlich schwieriger und auch nicht opportun, zwischen einer Gefährdungsphase (gelb) und dem totalen Kollaps (rot) zu unterscheiden. Ein solcher Kollaps muss zum vornherein als ausgeschlossen gelten. Daher wird hier keine solche Unterscheidung gemacht. Die entsprechenden Massnahmen sind nach aufsteigender Dringlichkeit anzuwenden, nach Beurteilung durch die Aufsichtsbehörde. Falls Kriterien für diese Dringlichkeit gesucht werden, können diejenigen nach Kapitel 6.1 analog angewendet werden.

Die nachfolgende Aufteilung (in Kapitel 7.3 und 7.4) richtet sich nach einem anderen Kriterium, nämlich

- Dringliche Massnahmen zur Sicherstellung der laufenden Funktion des Krankenversicherungs-Systems. Dies sind im Wesentlichen Massnahmen zur Erhaltung der Liquidität.
- Längerfristig wirkende aber ebenfalls dringliche Massnahmen zur Wiederherstellung eines "gesunden" Krankenversicherungs-Systems. Hier geht es im Wesentlichen um die Sicherung (langfristiger) Solvenz.

In diesem Bereich stösst der Bericht an seine Grenzen, da hier Grundsätze des gesamten Gesundheitswesens berührt werden, die hier nicht Thema sind. Dennoch werden zu diesem Thema einige Gedanken geäussert.

Zunächst, in Kapitel 7.2, einige Gedanken zum Thema "too big to fail", das hier ebenfalls eine Rolle spielt.

7.2 Too big to fail-Problematik

7.2.1 Allgemein

- a) Problem, Ausgangspunkt, Moral Hazard

Die frühere Philosophie der Finanzmarktaufsicht in den meisten Ländern lautete: "auch grosse Banken (und Versicherer) können scheitern".

Begründung war das Argument des Moral Hazard: wenn Banken wissen, dass sie scheitern können und nicht infolge ihrer Grösse gerettet werden, dann verhalten sie sich vorsichtiger und verantwortungsvoller. Umgekehrt: das Wissen, gerettet zu werden, kann allzu risikoreiches Verhalten auslösen. Aus diesem Grunde muss die Sanktion des Konkurses erhalten bleiben. Dies ist auch die letzte schwerwiegende Sanktion gegen Fehlverhalten in einer freien Marktwirtschaft.

b) Schwachpunkte dieser Argumentation

Es gibt mindestens zwei gewichtige Schwachpunkte bei dieser Argumentation:

- Die Frage ist, ob die handelnden Personen (insbesondere bei Grossbanken, aber auch bei grossen Krankenkassen) diese Argumentation auch ernst nehmen. Glauben sie nämlich, dass der Staat im Krisenfall sie ohnehin retten muss, dann nützt dieses Abschreckungsargument nichts. Im Gegenteil: es hindert die Behörden daran, sich rechtzeitig mit entsprechenden Rettungsplänen auseinanderzusetzen. Zudem ist dieser Nicht-Interventions-Grundsatz eine Selbstbindung des Staates, die den freien Entscheid im Krisenfall behindert.

- Ein weiterer Schwachpunkt der These "no one ist too big to fail" ist möglicherweise noch wichtiger, wird aber in der Diskussion kaum je erwähnt:

Es ist die Tatsache, dass der Konkurs einer Unternehmung gerade bei den schlimmsten Formen des viel zu riskanten Verhaltens für die betroffenen Manager gar keine wirkliche Sanktion darstellt. Werden sie nämlich durch ihr zu riskantes Verhalten zunächst fürstlich belohnt, dann trifft sie persönlich ein späterer Konkurs nicht mehr stark. Die Sanktion trifft ja die Institution, nicht die handelnden Manager. (Dies kann auch als Spezialfall des in der Wirtschaftstheorie bekannten Principal / Agent-Problems gesehen werden.)

c) Schlussfolgerungen / Lösungsansätze

- Es kann tatsächlich ein "too big to fail" geben. Der Staat sollte sich nicht die Hände binden und allfällige Interventionen ausschliessen, ein Vorsatz, den er dann im Krisenfall unter Umständen nicht einhalten kann. Klar muss aber sein, dass der Staat nicht eine einzelne Institution rettet, sondern das Funktionieren des Gesamtsystems.
- Zur Verhinderung einer damit verbundenen Moral Hazard-Gefahr müssen die handelnden Personen im Fokus sein, nicht die Institution, d.h.
 - keine exorbitanten Belohnungen bei zu risikoreichem Verhalten
 - es müssen Malus-Systeme und allenfalls staatliche Sanktionen vorgesehen und dann auch umgesetzt werden, wenn Staatseingriffe auf zu riskantes Verhalten einzelner Personen zurückzuführen sind.
- Eigentlich nicht als Schlussfolgerung, sondern als wichtiger Grundsatz: Die Governance-Verantwortung für Krankenversicherer (wie auch für Banken und Versicherungen) liegt bei Verwaltungsrat und Geschäftsleitung, nicht bei der Aufsicht.

7.2.2 "Too big zu rescue"

Das eigentliche Problem von Gross-Instituten ist nach diesen Ausführungen nicht das "Too big to fail"-Problem bzw. der entsprechende Moral Hazard-Effekt des allzu riskanten Verhaltens, sofern die obengenannten Lösungsansätze befolgt werden. Das

heisst, dass vorgängig entsprechende Sanktionen gegen solches Verhalten gesetzlich verankert werden, welche die handelnden Personen anvisieren, nicht die betroffenen Institutionen.

Das eigentliche Problem verlagert sich damit zum "too big to rescue"-Problem: d.h. können sehr grosse Institutionen vom Staat überhaupt noch gerettet werden?

Die Frage ist nicht, soll der Staat überhaupt eingreifen. Dies muss der Staat je nach Situation in voller Freiheit entscheiden können. Die Frage lautet vielmehr: kann ein Systemzusammenbruch überhaupt noch verhindert werden, angesichts der Grösse der in Schieflage geratenen Institution?

Zur Lösung dieser Problematik gibt es im Allgemeinen (mindestens) drei Möglichkeiten. Dabei sei bereits hier darauf hingewiesen, dass es vermutlich nicht relevant ist, ob eine sehr grosse Institution in Schieflage gerät oder mehrere grosse oder mittlere. Wichtig ist die Gesamtgrösse der in Schieflage geratenen Institutionen.

Möglichkeiten zur Lösung des "too big to rescue"-Problems:

1. Eine Institution darf gar nicht so gross werden, dass sie systemrelevant wird.

Diese Möglichkeit wird im Allgemeinen nicht (primär) verfolgt, da sie einen ausserordentlich schwerwiegenden Eingriff darstellt. Dazu kommt, dass mehrere grosse Institutionen in Schieflage nicht eine wesentlich andere Gefahr darstellen als eine sehr grosse. Denkbar wäre die Abspaltung der systemrelevanten Teile, was unter 2. weiter unten behandelt wird, allerdings nicht zum vorneherein, sondern erst im Krisenfall.

Auch bei Krankenkassen empfiehlt dieser Bericht diese Lösung von Grössenbeschränkungen a priori nicht. Einziger Grund für eine Grössenbeschränkung bei Krankenkassen ist die allfällige Einschränkung des Wettbewerbs, nicht die Systemkrisen-Relevanz.

2. Es ist eine geordnete Aufteilung im Krisenfall vorzusehen zwischen systemrelevanten und nicht systemrelevanten Teilen der grossen Institution. Die systemrelevanten Teile müssen dann gerettet werden, die nicht systemrelevanten Teile können in Konkurs gehen.

Eine solche Trennung ist im Falle von Krankenkassen kaum durchführbar. Höchstens etwa in dem Sinne, wie in Kapitel 7.4 beschrieben: im Falle der Systemkrise sind Leistungen, die nicht absolut notwendig sind, zu reduzieren, nach einem vorgängig beschriebenen Plan.

3. Die dritte Lösungsmöglichkeit der "too big to rescue"-Problematik ist ein vorgängig festzulegendes Verfahren bei Insolvenz, das die Systemrelevanz angemessen berücksichtigt. Dieser Ansatz wird für Krankenkassen in diesem Bericht empfohlen.

7.2.3 Empfehlungen bei Krankenkassen

Bezüglich des Systems "Gesundheit" oder "Krankenversicherung" ist davon auszugehen, dass der Zusammenbruch einer sehr grossen Krankenkasse das Funktionieren des gesamten Krankenversicherungs-Systems gefährden könnte (vgl. Auch Kapitel 6.1).

Die Frage des "too big to fail" oder des "too big to rescue" stellen sich daher auch hier.

Da die Ausführungen in Kapitel 7.2.1 und 7.2.2 allgemein gehalten sind, ergeben sich direkt folgende Empfehlungen:

- Staatsinterventionen im Krisenfall sollten nicht zum vorneherein ausgeschlossen werden, wobei aber nicht eine einzelne Kasse gerettet wird, sondern die Funktionsweise des Krankenversicherungssystems.
- Es sind entsprechende Sanktionen (bzw. Verantwortlichkeitsregeln) gegenüber verantwortlichen Personen auszuarbeiten, für den Fall, dass deren Handeln mitursächlich ist für eine staatliche Intervention.
- Es sind spezifische Insolvenz- und Interventionsregeln für den Fall einer Systemkrise vorzusehen (vgl. Kapitel 7.4).

7.3 Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungs-Systems (kurzfristig)

7.3.1 Voraussetzungen

Der Übergang zwischen "grünem Bereich" und "gelbem Bereich" ist für das Gesamtsystem fliegend. Daher sind die Kriterien nach Kapitel 6.1 in ihrer Gesamtheit zu beachten und durch die Aufsichtsbehörde zu gewichten. In einer Abwägung zwischen "harten Kriterien" und "flexibler Beurteilung" ist es an der Aufsichtsbehörde, den Zeitpunkt festzulegen, in welchem Massnahmen zur Sicherstellung der Liquidität notwendig werden.

7.3.2 Finanzielle Aspekte: Liquidität

Zunächst gelten analog die Überlegungen in den vorangegangenen Kapiteln 4 und 5.

Vor weitergehenden Massnahmen sind bestehende Quellen auszuschöpfen, insbesondere

- Rückversicherung, unter Berücksichtigung möglicher Nachschusspflichten (Kapitel 6.5)
- Unterstützung durch Zusatzkasse, mit der in Kapitel 5.3.2 genannten Grenze

Erst danach sind folgende Massnahmen zu ergreifen:

1. Prämienhöhung unterjährig, bis an politisch mögliche Grenze
2. Allfällige Leistungsbegrenzungen, in einem bereits vorgängig festgelegten Rahmen.
3. Staatliche Liquiditätshilfe

Dazu sind vorgängig Regeln aufzustellen, insbesondere

- Wer leistet sie?
Vorschlag: Bund, mit der Möglichkeit einer nachträglichen Überwälzung auf die Versicherten-Gesamtheit und/oder teilweise die Kantone
- Gibt es eine Obergrenze?
Vorschlag: nein, Funktionserhalt des Gesundheitswesens geht vor
- Verantwortlichkeitsfragen

7.3.3 Organisatorische Aspekte

Im Krisenfall sind auch organisatorische Fragen sehr wichtig.

Es wird empfohlen, die Vorgehensweise in einem "paper" des BAG festzuhalten (braucht es dazu eine höhere Rechtsetzungsstufe? z.B. Richtlinie, Verordnung, Gesetz)

Dieses paper sollte mindestens folgende Punkte beinhalten:

- Einsetzung eines Krisenstabes (wer?)
- Auf wen stützt sich der Krisenstab? (sicher auf die ohnehin vorhandenen Durchführungsstellen. Das BAG müsste aber das Recht haben, Personen auszuschliessen)
- Personelle Ressourcen zur Aufrechterhaltung des Betriebes
- Informationspolitik

7.4 Sicherstellung der Solvenz (langfristig)

Falls die Krise länger dauern sollte, oder ein "Loch" in die finanzielle Lage des gesunden Krankenversicherungs-Systems reisst, rückt neben der Liquiditätshilfe auch die Aufrechterhaltung der Solvenz ins Zentrum.

Es sind dann vermutlich grundlegende Anpassungen erforderlich, die hier nur in grober Weise genannt werden können:

- Prämienhöhungen, die auch den Wiederaufbau von Reserven ermöglichen
- Leistungskürzungen, denkbar in zweierlei Hinsicht
 - Kürzung der Zahlungen an Leistungsanbieter (z.B. Lohnkürzungen, Tarifrückführungen)

- Kürzung der Leistungen als solche. Hier wäre denkbar, dass Spezialisten (Ärzte, Politik) einen Plan ausarbeiten, auf welche Leistungen im Notfall am ehesten verzichtet werden könnte. Ein solcher Plan dürfte politisch äusserst heikel sein, sinnvoll wäre er jedoch.
In allgemeiner Form geht es in Richtung einer Rationierung medizinischer Leistungen.
- Grundsätzlicher Umbau des Krankenversicherungs-Systems

8. Zusammenstellung, Szenarien, Interventionskonzept

8.1 Bemerkungen

8.1.1 Flexibilität versus Rechtssicherheit

Für alle Betroffenen (Aufsicht, Beaufsichtigte) ist es wichtig, ein möglichst hohes Mass an Rechtssicherheit zu haben. Das heisst, dass sowohl die Kriterien, welche Massnahmen auslösen, als auch diese selbst möglichst präzise definiert sind. Dies gibt klare Vorgaben für das Handeln der Aufsichtsbehörde, und auch für die Beaufsichtigten schafft es Klarheit, unter welchen Bedingungen welche Massnahmen zu erwarten sind.

Auf der anderen Seite ist es nicht einfach, völlig klare Kriterien zu definieren, vor allem im qualitativen und organisatorischen Bereich. Dazu kommt, dass den Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung zu tragen ist. Aus diesem Grunde ist es unabdingbar, dass die Aufsichtsbehörde eine gewisse Flexibilität bei ihren Entscheidungen haben muss, selbstverständlich im Rahmen gewisser Leitplanken.

Bei der folgenden Zusammenstellung wird versucht, diesem Grundgedanken Rechnung zu tragen. Speziell wird nicht pro Kriterium eine bestimmte Massnahme vorgegeben, sondern ein ganzes Bündel möglicher Massnahmen. Zu unterscheiden ist ferner zwischen Kann- Vorschriften und Muss-Vorschriften.

8.1.2 Einfachheit der Darstellung

Um die nachfolgenden Zusammenstellungen möglichst einfach zu halten, wurden nicht sämtliche Kriterien und Massnahmen aufgelistet, sondern es wird auf die Kapitel dieses Berichts verwiesen, wo diese genauer umschrieben sind.

Für die spätere Handhabung kann eine solche Zusammenstellung durchaus anders aussehen, indem Kriterien und Massnahmen ausführlich dargestellt werden.

8.2 Zusammenstellung / Szenarien / Interventionskonzept für einzelne Kassen

Kriterien		Massnahmen	
	Bericht Kapitel		Bericht Kapitel
A Grüner Bereich <ul style="list-style-type: none"> • Reserven KVG $\geq 20, \geq 15, \geq 10\%$ (de lege lata) • Solvabilitäts-Reserve $>125\%$ (de lege ferenda) risikobasierte Berechnung Ab einer Solvabilitätsreserve von z.B. 125% werden die Reserven nicht mehr weiter geäufnet, son- dern zum Prämienabbau verwen- det. • Solvabilitäts-Reserve $>100\%$ $<125\%$ • Qualitätsanforderungen (de lege ferenda) (Corporate Governance, IKS, Risk Management, weiteres) 	3.3	Interventionskonzept 15.1.2010	3
B Gelber Bereich (Gefährdung der Solvenz) <ul style="list-style-type: none"> • Reserven KVG $<20, <15, <10\%$ $>5, >3,75 >2,5\%$ (de lege lata) • Solvab. Reserve $<100\%$ $>33\%$ (de lege ferenda) • Qualitätsanforderungen (Corporate Governance, IKS, RM, ...) (de lege ferenda) 	4	Liste von Massnahmen, kann/muss	4
C Roter Bereich (Eingetretene Insolvenz) <ul style="list-style-type: none"> • Reserven KVG $\leq 5, \leq 3,75, \leq 2,5\%$ • Solvab. $<33\%$ • Qualitative Anforderungen (allein: genügen kaum) 		Interventionskonzept vom 15.1.2010 Liste von Massnahmen	5

8.3 Zusammenstellung / Szenarien / Interventionskonzept bei einer Krise des Krankenversicherungssystems

Kriterien		Massnahmen	
	Bericht Kapitel		Bericht Kapitel
<p>A Grüner Bereich</p> <p>Kriterien B unten (bzw. Kriterienkombinationen) für das Eintreten in den gelben Bereich sind <u>nicht</u> gegeben</p>	6	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau genügender Reserven • Aufbau Rückversicherung (finanziell und rechtlich) • Vorbeugen betr. Domino-Effekten • Vorbereiten rechtlicher Grundlagen (Solvabilitätsregeln, Rückversicherung, Zusatzkassen, Massnahmen durch Ärzte, usw.) 	<p>3</p> <p>6.5</p> <p>3, 6, Anhang 3</p> <p>5, 6, 7</p>
<p>B Gelber Bereich</p> <p>Es werden die vier folgenden Kriterien unterschieden (vgl. Bericht vorne)</p> <p>B1 Liquiditätskriterien</p> <p>B2 Übertragungs-Kriterien</p> <p>B3 Solvabilitäts-Kriterien</p> <p>B4 Qualitätsanforderungen</p>	6 und 7	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschöpfen Rückversicherung, Nachschusspflicht • Zusatzkassen-"Regel" • Liquiditätshilfe durch Staat • Einsatz Krisenstab • <u>Keine</u> Solvenzhilfe, ausser auf Grund einer Gesetzesänderung; allenfalls Systemumbau (Leistungskürzungen usw.) • Wiederherstellung 	<p>6.5</p> <p>5.3</p> <p>6</p> <p>7</p>

Anhänge

Anhang 1

Weitere Überlegungen zu Kapitel 3.3:

Instrumente zur Verhinderung einer Insolvenz bei einer einzelnen Kasse, de lege ferenda

Prudentielle Aufsicht: Unterschiede zwischen Krankenkassen und Privatversicherern

Anhang 2

Historische Beispiele von Insolvenzen bei Krankenversicherern (nach KVG und VVG)

Anhang 3

Domino-Effekte im Krankenversicherungssystem

**WEITERE ÜBERLEGUNGEN ZU KAPITEL 3.3
INSTRUMENTE ZUR VERHINDERUNG EINER INSOLVENZ BEI EINER EINZELNEN KASSE,
DE LEGE FERENDA**

**PRUDENTIELLE AUFSICHT: UNTERSCHIEDE ZWISCHEN KRANKENKASSEN UND PRIVAT-
VERSICHERERN**

1. Unterschiede zur privaten Versicherung

Zunächst erfolgt eine Aufzählung der wichtigsten Unterschiede zur privaten Versicherung. Nicht alle Unterschiede sind im Hinblick auf die Verhinderung von Insolvenzen oder auf das Vorgehen im Krisenfall relevant. Dazu einige kurze Hinweise. Es wird bei den einzelnen Fragestellungen angegeben, inwieweit eine vertiefte Analyse als notwendig erscheint.

Die wichtigsten spezifischen Regelungen im Bereich der Krankenversicherung nach KVG sind:

1.1 Umlageverfahren und Obligatorium

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass auch in der privaten Versicherung, die nach VAG beaufsichtigt wird, Umlageverfahren und Obligatorien bestehen, z.B. in der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung. Aufsichtsrechtlich liegt hier demnach kein Spezialfall vor.

1.2 Vertragszwang und Prämienverbilligung

Im KVG sind diese Elemente eingeschränkter Vertragsfreiheit enthalten. Für die Fragen der Verhinderung künftiger Insolvenzen und des Vorgehens bei eingetretener Insolvenz ergeben sich daraus keine wesentlichen Konsequenzen.

1.3 Aufnahmezwang und freie Wahl des Versicherers

Aufnahmezwang und freie Wahl des Versicherers durch versicherungspflichtige Personen (Art. 4 KVG) können dagegen die Solvenz einer Krankenkasse gefährden. Es kann ein „circulus vitiosus“ entstehen, wenn „gute Risiken“ eine Kasse verlassen, diese daher die Prämien erhöht, und dadurch weitere Personen die Kasse verlassen usw.

Um diesen Effekt zu verhindern, ist der Risikoausgleich geschaffen worden, vgl. nachfolgende Ziffer 1.4.

1.4 Risikoausgleich (Art. 105 KVG)

Es ist zu vermuten, dass der Risikoausgleich die unter Ziffer 1.3 oben genannte Problematik nicht vollständig auffängt. Grund für diese Vermutung ist, dass die Kriterien beim Risikoausgleich nicht deckungsgleich sind mit dem Begriff der „guten Risiken“ bzw. der „schlechten Risiken“.

Um die Funktion einer „Insolvenz-Verhinderung“ ausüben zu können, müsste der Risikoausgleich differenzierter ausgestaltet sein.

Da die Ausgestaltung des Risikoausgleichs ohnehin in Diskussion ist, soll hier auf weitere Ausführungen verzichtet werden.

1.5 Tarifgenehmigung

Die Prämientarifgenehmigung ist ein wesentliches, wenn nicht fast das einzige Steuerungselement in der Krankenversicherung nach KVG.

Dabei muss ein Prämientarif zwei Bedingungen erfüllen, die in Opposition zueinander stehen. Dies nicht im Sinne eines Widerspruchs, sondern im Sinne eines Spannungsverhältnisses, bei dem ein Optimum zu finden ist.

Der Prämientarif

- darf nicht zu hoch sein, um die Versicherten nicht zu übervorteilen
- darf nicht zu tief sein, um die Solvenz der Krankenversicherer nicht zu gefährden.

Mit diesem zweiten Punkt ist die Insolvenz-Verhinderung direkt angesprochen. Sie ist eine der Hauptaufgaben der Aufsicht nach BAG.

Angesichts des grossen politischen Drucks gegen Prämien erhöhungen muss man sich fragen, ob neben der Prämientarifgenehmigung noch andere Elemente zur Sicherung der Solvenz von Krankenversicherern herangezogen werden sollen.

Diese Frage wird in Kapitel 3 vorne klar bejaht (prudentielle Aufsicht), allerdings weniger wegen dem politischen Druck, als vielmehr wegen der besseren Möglichkeiten beim Aufbau und der Handhabung eines effizienteren Frühwarnsystems zu Verhinderung von Insolvenzen.

1.6 Politische Einflüsse

Gemeint ist hier vor allem der Einfluss der Kantone bei der Durchführung und Finanzierung der Krankenversicherung.

Die Rolle der Kantone ist sehr wichtig, steht jedoch bei der Frage der Insolvenz-Verhinderung nicht am Anfang.

1.7 Gemeinsame Einrichtung und Rückversicherung nach Art. 14 KVG

Gemeinsame Einrichtung und Rückversicherung spielen eine wichtige Rolle bei der Insolvenz-Verhinderung. Sie unterstützen die Krankenversicherungen im Schadenfall, und damit beugen sie einer allfälligen Insolvenz vor.

Bei der prudentiellen Aufsicht in Analogie etwa zum Schweizer Solvenztest (SST) sind diese Zusammenhänge speziell zu modellieren, was durchaus möglich ist.

1.8 Verhältnis Grundkasse / Zusatzkasse

Dieses Verhältnis ist vor allem zu klären im Falle einer eingetretenen Insolvenz, weniger im Bereich der Vorbeugung. Es wird im Kapitel 5.3.2 des Berichts behandelt.

2. Auswirkung dieser spezifischen Regelungen auf verschiedene Fragestellungen

Die spezifischen Regelungen für Krankenkassen, wie sie in der vorangestellten Ziffer 1 beschrieben werden, sind im Zusammenhang mit den Fragestellungen dieses Berichtes in verschiedener Hinsicht genau zu analysieren:

- 2.1 Können diese spezifischen Regelungen bei der Einrichtung eines Frühwarnsystems, wie es in Kapitel 3 genauer beschrieben wurde, überhaupt modelliert werden?

Die Antwort ist ein klares ja. Dies braucht hier aber gar nicht theoretisch begründet zu werden. Der Hinweis genügt, dass dies bereits mit Erfolg getan wird und zu konkreten, brauchbaren Resultaten führt.

- 2.2 Sind die spezifischen Regelungen für Krankenkassen, abgesehen von ihrer Modellierung für ein Frühwarnsystem, auch in direkter Weise zur Verhinderung von Insolvenzen zu berücksichtigen?

Die Antwort auf diese Frage wurde in der vorangegangenen Ziffer 1 bereits erläutert und führt zu mehreren konkreten Empfehlungen.

**HISTORISCHE BEISPIELE VON INSOLVENZEN
BEI KRANKENVERSICHERERN (NACH KVG UND VVG)**

Inhalt

- 1. Krankenkasse Zurzach**
- 2. KBV**
- 3. Accorda SA**

1. **KK Zurzach**

Im 1999 sanken bei der KKZ die Reserven sowohl in der OKP als auch in der Zusatzversicherung deutlich unter die Minimalreserve bzw. es resultierten Minusreserven. Damit die KKZ im Sommer 2009 ihren Verpflichtungen nachkommen konnte, benötigte sie zusätzliche liquide Mittel, die sie einerseits in Form eines Betriebskredits von 4,7 Mio. CHF via UBS und in Form eines ebenfalls pfandgesicherten Darlehens der Visana Services AG erhielt. Mit der Visana wurde bis Ende 2002 eine weitergehende Zusammenarbeit fest geplant, die nebst der Liquiditätssicherung Managementsupport und Knowhow-Unterstützung umfasste. Eine Fusion mit der Visana kam aus aufsichtsrechtlichen Gründen nicht zustande, da 1999 die Visana die Grundversicherung in 8 Kantonen aufgegeben hatte und vom BSV mit einem diesbezüglichen langjährigen Verbot belegt wurde.

Ende 2002 beschloss der Stiftungsrat KKZ das KVG und VVG Geschäft aufzugeben und den Entzug der Bewilligung zu beantragen, es sei eine ordentliche Liquidation anzustreben und ein Konkurs zu vermeiden. Ohne Perspektiven auf einen Alleingang nahm die KKZ ein Angebot der SWICA Krankenversicherung AG auf eine freiwillige Übernahme aller KVG-Versicherten an. In den Bereichen der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG und den Zusatzversicherungen nach VVG bot die SWICA allen Versicherten ohne Anbringen neuer Gesundheits- und Altersvorbehalte gleichartige oder ähnliche Verträge unter grosszügiger Anrechnung der bisherigen Versicherungszeit bei der KKZ an.

Im Juni 2002 stellte der Stiftungsrat KKZ beim BSV den Antrag, es sei ihr per Ende Jahr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zu entziehen. Im Juli wurden die Versicherten von der KKZ über die getroffene Lösung mit der SWICA informiert und es wurde auf die Möglichkeit eines Versicherers ihrer Wahl hingewiesen. Im August kündigte die Visana Services AG die Zusammenarbeit mit der KKZ auf. Die Geschäfte wurden vorerst im Sinne einer Geschäftsführung ohne Auftrag weitergeführt.

Ebenfalls im August leitete die Gemeinsame Einrichtung gegen die KKZ eine Betreuung ein, nachdem die fällige Forderung aus dem provisorischen Risikoausgleich 2002 nicht bezahlt worden war.

Aufgrund der unmittelbar fälligen Zahlungsunfähigkeit ersuchte die KKZ die Gemeinsame Einrichtung um eine Akontozahlung von CHF 5 Mio. per Ende Monat aus dem Insolvenzfonds. Ende August erklärte die Revisionsstelle die KKZ als zahlungsunfähig. Das BSV informierte gleichentags die Medien. Seit dem 29. August 2002 erbrachte die Gemeinsame Einrichtung aus dem Insolvenzfonds Zahlungen an die KKZ nach Kostennachweis. In einer Vereinbarung v. Oktober 2002 zwischen KKZ, SWICA und Visana Services AG sind die Aufgaben der Vertragspartner ab 1.1.2003 im Zusammenhang mit der Aufgabe der Geschäftstätigkeiten geregelt.

2. KBV

Die KBV, eine mittelgrosse Krankenversicherung war ab dem 1.7.1962 tätig und bot nebst der sozialen Krankenversicherung nach KVG auch Zusatzversicherungen nach VVG an. Anfangs 2003 hatte die KBV über 100'000 Versicherte, davon 82'400 in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Ende 2001 erfüllte die KBV die gesetzlichen Anforderungen an die gesetzlichen Minimalreserven noch knapp, während ihr das im Folgejahr deutlich nicht mehr gelang. Die finanzielle Situation der KBV verschlechterte sich drastisch: Aus dem starken Versichertenwachstum 2003 resultierten hohe Zahlungsforderungen der Gemeinsamen Einrichtung für den Risikoausgleich 2003. Zudem traten falsche Datenlieferungen der KBV in den Risikoausgleich 2000-2003 ans Licht, welche zu zusätzlichen Risikoabgaben von über 30 Mio. CHF führten. Im September wurde die damalige Geschäftsleitung wegen Betrugsverdachts in Untersuchungshaft genommen.

Der neu eingesetzten Interims-Geschäftsleitung war es nicht mehr möglich, realistische Szenarien zur Beseitigung der Überschuldungssituation (-18% Reserven per 31.12.2003) aufzuzeigen und eine langfristige Weiterführung der Geschäftstätigkeit sicherzustellen.

In der Helsana wurde eine Partnerin gefunden, die sich bereit erklärte, ab sofort die KBV zu unterstützen und auf Mitte 2004 den ganzen Versichertenbestand und das Personal zu übernehmen, wobei allen Zusatzversicherten ohne Risikoprüfung bzw. ohne Anbringen von Gesundheits- oder Altersvorbehalten adäquate Versicherungsverträge angeboten wurden und den Versicherten KVG das Recht auf freie Wahl des Versicherers eingeräumt wurde. In gegenseitigen Vereinbarungen regelten die KBV und die Helsana die Modalitäten zur Übernahme der Versicherten durch die Helsana sowie die anstehenden Aufgaben hinsichtlich der Beendigung der Versicherungsaktivitäten der KBV.

Im Dezember 2003 informierten die KBV, die Helsana und die Aufsichtsbehörden über die getroffene Lösung. Im Januar 2004 beschlossen die Delegierten der KBV den Verzicht der KBV, ab 1.7.2004 weiter als Krankenversicherer tätig zu sein und die Liquidation des Vereins. Das formelle Gesuch um Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung an die neu ins Bundesamt für Gesundheit (BAG) überführte Aufsichtsbehörde ging am 3. Mai 2004 ein. Das BAG stimmte dem Gesuch zu und beantragte dem EDI, die Anerkennung als Krankenkasse und die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenkasse sowie der Rückversicherung zu entziehen.

Den Lead für das darauf folgende Konkursverfahren übernahm die für das Zusatzversicherungsgeschäft zuständige Aufsichtsbehörde BPV.

3. Accorda SA

Aufgrund der im Mai 2003 festgehaltenen Überschuldungsfeststellung seitens der Revisionsstelle REFISCO SA per Ende 2002 (Art. 729b Abs. 2) bot das BSV die Verantwortlichen der Accorda zusammen mit dem BPV und der Revisionsstelle am 20. Mai 2003 zu einer Sitzung auf. Am 21. Mai schrieb das BSV der Accorda SA einen Brief des Inhalts, es seien dringliche Massnahmen vorzukehren, um die finanzielle Situation und eine strukturelle Reorganisation per Ende Mai 03 in die Wege zu leiten.

Am 9. Juni adressierte die Accorda einen generellen Brief ans BSV, ohne auf die geforderten Massnahmen einzugehen. Im Juni 2003 liess die Ernst & Young SA dem BSV einen Revisionsbericht bezüglich der finanziellen und operationellen Situation zukommen. Das BSV nahm davon Kenntnis, ohne über die von der Accorda getroffenen Massnahmen informiert worden zu sein. Am 20. Juni erhielt das BSV einen Fax, wonach eine Prämienhöhung für die Kantone Genf und Neuenburg per 1. September 2003 eingereicht wurde, ohne diese aber wie verlangt mit den nötigen Unterlagen zu dokumentieren und zu begründen. Zudem hätte eine Prämienhöhung zwingend den Versicherten 2 Monate vor Inkraftsetzung gemeldet werden müssen, was nicht eingehalten werden konnte. In der Folge verzichtete die Accorda auf eine unterjährige Prämienhöhung.

Das BSV setzte in der Folge der Accorda brieflich eine Frist bis 25. Juni 2003, um ihm die von der Accorda getroffenen Sanierungsmassnahmen zu melden. Am 26. Juni schickte die Accorda dem BSV einen Brief, in welchem diese festhielt, welche finanziellen und operativen Massnahmen diese zu treffen gedenke. Auf 19. August 03 wurde eine GV einberufen. Gemäss Traktandenliste war vorgesehen, eine neue Revisionsstelle zu wählen und Restrukturierungs- und Sanierungsmassnahmen zu treffen. Am 13. August schrieb das BSV der Accorda einen Brief, wonach es beabsichtige (aufgrund der organisatorischen Probleme in der Gesellschaft, nämlich mangelhafte und fehlerhafte Datenlieferung, fehlende Information bezüglich der zu treffenden Sanierungsmassnahmen, Unvermögen bei der beabsichtigten Prämienhöhung etc.) den Bewilligungsentzug für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung beim EDI zu beantragen. Der Accorda wurde rechtliches Gehör bis am 22. August eingeräumt, von welchem Recht sie via den mandatierten Anwalt Gebrauch machte und verlangte, vom beabsichtigten Bewilligungsentzug Abstand zu nehmen.

Am 22. August präzisierte die Accorda via Anwalt ihre Forderung und verlangte eine Frist, in welcher sie ihre Zuverlässigkeit und Solvabilität unter Beweis stellen könne.

Am 3.9.03 entzog das EDI aufgrund der schwerwiegenden organisatorischen, strukturellen Mängel und aufgrund der Überschuldung (der Nachweis, die Accorda nachhaltig zu sanieren, konnte nicht erbracht werden) der Accorda die Bewilligung für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung. Die Accorda zog diesen Entscheid ans Bundesgericht weiter, welches aber den Entscheid EDI schützte. In einem 2. Entscheid entzog das EDI der Accorda per 30. Juni 2004 die Bewilligung definitiv.

Summary zu Anhang 2

In allen 3 präsentierten Fällen sind Analogien offensichtlich: Starkes Prämienwachstum bei Überschuldung einerseits, Betrugstatbestände und kriminelle Machenschaften andererseits. Unwägbarkeiten bezüglich Risikoausgleich scheinen ebenfalls ein Merkmal zu sein.

DOMINO-EFFEKTE IM KRANKENVERSICHERUNGS-SYSTEM

Im Folgenden werden verschiedene Domino-Effekte beschrieben. Die entsprechenden Massnahmen zur Milderung solcher Effekte finden sich in Kapitel 6.4 dieses Berichtes.

1. Grosse Zahl von Krankenversicherern ist in Unterdeckung

Eine grosse Zahl von Versicherern in Unterdeckung kann eine Instabilität und grosse Volatilität des ganzen Krankenversicherungssystems bewirken. Unterdeckungen können oft nur mittels Prämien erhöhungen ausgeglichen werden. Viele Versicherte, die aufgrund der generell hohen Prämien preissensibel geworden sind, wechseln zunehmend den Versicherer und gehen zu demjenigen, der im Quervergleich der günstigste Anbieter bei generell gleichem Leistungskatalog ist. Die jährlichen Wechsel müssen organisatorisch, personell und finanziell verkraftet werden. Zusätzlich 150'000 Versicherte pro Jahr wie bei der Assura sind nicht leicht zu bewältigen. Je nachdem ob gute oder vorwiegend schlechte Risiken die Kasse wechseln, hat das auf die finanzielle Lage unmittelbare Auswirkung. Eine genaue Budgetierung und Kostenkontrolle ist somit nicht mehr gewährleistet. Verliert eine Kasse in Unterdeckung eine verhältnismässig grosse Zahl von Versicherten, so kann das nicht nur positive Auswirkungen bezüglich der Rückstellungen und Reserven haben, es kann sogar einen Doppeleffekt auslösen. Prinzipiell kann gesagt werden, dass eine Insolvenz einer kleinen Kasse keine schwerwiegenden Systemauswirkungen hat und oder die Funktionsfähigkeit des Systems tangiert. Trotzdem sollte geprüft werden, ob nicht ein nur alle 2 Jahre erlaubter Kassenwechsel (Ausnahme Prämienhöhung und Kassenfusion) mehr Stabilität ins System bringen würde.

2. Ein grosser Versicherer gerät in finanzielle Schieflage - Reputationsrisiko

Dazu gibt es ein konkretes Beispiel: Vor rund 8 Jahren war die INTRAS einer der grössten Versicherer mit guter Reputation. Zu dieser Zeit hatte die INTRAS lediglich noch 2% an Reserven. Zugleich war die INTRAS ein grosser Nettozahler für den Risikoausgleich. Dieser Spagat zwischen Prämienhöhung und Systemverpflichtung beinhaltete für das ganze System Krankenversicherung ein hohes Systemrisiko. Gleichzeitig

hatte die INTRAS bei der Zusatzversicherung ein nachrangiges Darlehen über 20 Mio. CHF ausstehend, welches in der Solvabilität der Zusatzversicherung nicht angerechnet werden konnte und die Zusatzversicherung ebenfalls in Bedrängnis brachte. Die Transparenzbestimmungen im VAG führten dazu, dass sich die INTRAS öffentlich nicht mehr auf ihre bisherige Finanzstärke berufen konnte. Die INTRAS ist heute von der CSS übernommen. Probleme eines angeschlagenen und übernommenen Players können den Übernehmer ebenfalls infizieren und in finanzielle Schieflage bringen. Zudem kann die Schieflage eines grossen Players das System Risikoausgleich und den Insolvenzfonds nachhaltig beeinträchtigen. Im worst case könnte die Aufnahme von 100'000 en von Versicherten die übrigen Kassen und das System an die Grenzen bringen. Ein staatlicher Eingriff in Form einer Staatsgarantie wäre eine denkbare Systemrettung ohne das ganze System zu destabilisieren.

3. Risikoausgleich

Generell kann gesagt werden, dass das System für die einzelne Kasse insofern schwierig zu handeln ist als die genauen Aufwendungen für den Risikoausgleich nicht oder nur ungenau budgetiert werden können, ja nachdem wie gross die Qualität der Volatilitäten der Versicherten bei den Kassen sind. Wie unter Punkt 2 aufgezeigt können Schwierigkeiten eines grossen Players das ganze System Risikoausgleich beeinträchtigen. Aus wettbewerbsspolitischer Sicht ist fraglich, inwieweit bei einem Leistungsempfänger von 300 Mio. CHF noch von freiem Wettbewerb gesprochen werden kann. Der Risikoausgleich ist gegenwärtig im Visier weiterer politischer Verfeinerungen und Verbesserungen, die die noch bestehenden Mängel beheben sollen.

4. Rückversicherung

Die Rückversicherung (aktive und passive Rückversicherung wie auch die Rückversicherung innerhalb der Gruppe) sind als Problemkreise auseinanderzuhalten. Bei der Problemanalyse ist sichtbar geworden, dass die Rückversicherung in der Gruppe nicht überall mit der nötigen finanziellen Stringenz betrieben wird. Es sind gruppenintern teilweise nicht genügend Kapitalreserven für das Rückversicherungsgeschäft alloziert.

Die RVK bildet für das Krankversicherungssystem ein Klumpenrisiko. Die RVK ist bei über 40 Krankenversicherern der Rückversicherer. Es müssen hohe Anforderungen an Qualität, Management und finanzielle Solidität gestellt werden. Die RVK ist eigentlich ein professioneller Rückversicherer und wäre als solcher der FINMA zu unterstellen. (Das Thema ist aktualisiert und der Ball liegt bei der FINMA).

5. Aufsichtsarbitrage

Gerade das Beispiel der RVK zeigt auf, dass ein Versicherer dort seine Geschäfte betreiben will, wo er die niedrigsten aufsichtsrechtlichen Schranken vorfindet. Wenn z. B. in der Grund- und Zusatzversicherung völlig unterschiedliche gesetzliche Anforderungen bei der Anlagepolitik vorhanden sind, so tätigt der Versicherer die Anlagen dort, wo es seinen Bedürfnissen am besten entspricht. Analog verhält es sich mit den übrigen gesetzlichen Anforderungen und Auflagen (wie Eigenkapitalanforderungen, Anforderungen an Corporate Governance, IKS, und Riskmanagement etc.).

6. Gruppenaufsicht

Eine Gruppengesellschaft ist durch zahlreiche oft intransparente organisatorische, personelle, rechtliche und finanzielle Beziehungen miteinander verhängt, wie z.B. Double Gearing oder Intragroup Transactions (Garantien, Darlehen, Patronatserklärungen, ausserbilanzmässige Geschäfte, Rückversicherung, Kostenteilungsvereinbarungen, sonstige Risikotransfer-Geschäfte.)

Das Beispiel der Helsana zeigt auf, dass die Gruppe nebst diversen Krankenkassen die institutionell ausgelagerte Zusatzversicherung enthält, sodann noch eine eigenständige Unfallversicherung, die ebenfalls unter der Aufsicht FINMA ist. Wenn nun eine einzelne Gruppengesellschaft in Schieflage gerät, so ist es leicht möglich, dass auch andere Teile der Gruppengesellschaften angesteckt werden. Es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern das der Gruppe zur Verfügung stehende Kapital ausreichend dotiert ist.

Eine Gruppenaufsicht würde hier Klarheit bringen.

7. Politische Einflussnahme

Ein nicht zu unterschätzender Domino-Faktor kann die politische Einflussnahme (Finanzierung durch Kantone, Prämienverbilligung, Einflussnahme auf die Prämien-gestaltung) sein. Die Aufsicht hat die Einhaltung und Vollzug des Gesetzes in möglichst unabhängiger Art und Weise zu gewährleisten.

8. Pandemie

Je nach Schwere der Pandemieauswirkung kann sich das mehr oder weniger stark auf das System der Krankenversicherung auswirken. Verschiedene Ausprägungen und Szenarien sind hier denkbar. Im worst case kann sich das System nicht mehr selber retten und es sind Staatseingriffe notwendig.

9. Rückzug aus Regionen

Das Thema interessiert uns hier im Zusammenhang mit der Möglichkeit, dass Krankenkassen-Deckung in gewissen Regionen ganz zusammenbricht oder prohibitiv teuer wird.

10. Grosse Bestandesschwankungen

Grosse Bestandesschwankungen - wenn sie unkontrolliert ablaufen - können Kassen in Bedrängnis bringen (Reserven, Rückstellungen, Organisation u.a.). Zudem ist der Risikoausgleich kaum mehr budgetierbar.

11. Prämien-Ausstände

Wenn Prämien für viele Personen unbezahlbar werden (trotz System der Prämienverbiligung); bedeutet dies einen System-Zusammenbruch grundsätzlicher Art (Grenzen dieses Berichts).