

## REGIERUNGSRAT

13. Februar 2019

18.172

### **Interpellation Andre Rotzetter, Buchs, CVP, vom 28. August 2018 betreffend Prämienentwicklung der Krankenkassen in den letzten Jahren im Kanton Aargau und allfällige Bereicherung der Krankenkassen; Beantwortung**

---

I.

Text und Begründung der Interpellation wurden den Mitgliedern des Grossen Rats unmittelbar nach der Einreichung zugestellt.

II.

Der Regierungsrat antwortet wie folgt:

#### **Vorbemerkungen**

Die in der Interpellation aufgeworfenen Fragen haben mehrheitlich die Aufsicht über die Krankenkassen zum Gegenstand. Die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung wird durch das Bundesamt für Gesundheit ausgeübt. Aus diesem Grund besteht in diesem Bereich grundsätzlich kein kantonaler Handlungsspielraum.

#### **Zur Frage 1**

"Um wie viel Prozent sind die Prämien seit 2012 gestiegen?"

Die Kosten und Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verliefen im Kanton Aargau im Zeitraum von 2011–2017 im Gleichschritt mit der gesamtschweizerischen Entwicklung. Die Prämieinnahmen pro versicherte Person im Kanton Aargau stiegen in diesem Zeitraum um 20,2 %. Gesamtschweizerisch ist in diesem Bereich eine Zunahme von 19,9 % verzeichnet worden.

Die von den Krankenkassen im Kanton Aargau pro versicherte Person vergüteten Nettoleistungen stiegen um 23,7 % an. Schweizweit ist hierbei eine Zunahme von 22,4 % auszumachen.

#### **Zur Frage 2**

"Um wie viel Prozent hätten die Krankenkassenprämien OKP (Obligatorische Krankenpflegeversicherung) und ZV (Zusatzversicherung) wegen der Kostenverschiebungen im stationären Bereich gesenkt werden müssen?"

Eine Beantwortung dieser Frage ist nicht abschliessend möglich. Insbesondere konnten einige der angefragten Krankenkassen keine konkreten Zahlen liefern. Sie beteuerten, dass diese Frage nicht pauschal beantwortet werden könne. Alle Krankenkassen weisen indes darauf hin, dass die Kostenverschiebungen Einfluss auf die Festlegung der Krankenkassenprämien OKP gefunden haben. Zwei

Krankenversicherer lieferten konkrete Zahlen. Gemäss der Sanitas ist der Anteil der Kostengruppe "Spital stationär" an den gesamten Leistungskosten im Kanton Aargau von rund 25 % (2011) auf rund 21 % (2019) zurückgegangen. Die Kostenverschiebungen im stationären Bereich haben somit zu einer Entlastung von rund 4 % der Prämien beigetragen. Die Concordia führt aus, dass aufgrund der Kostenverschiebungen im stationären Bereich die Bruttoleistungen für stationäre Spitalbehandlungen pro versicherte Person zwischen 2012 und 2017 um rund 11 % gesunken sind. Bezogen auf die Gesamtleistungen (und damit auf die Prämien) entspricht dies rund 2,5 % (die stationären Spitalkosten in der OKP machen zwischen 20 % und 25 % der Gesamtkosten bei der Concordia aus.) Ohne diese Anpassung hätten die Prämien im genannten Zeitraum somit um rund 2,5 % mehr angehoben werden müssen.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Kostenverschiebungen im stationären Bereich zwar nicht zu einer Senkung der Krankenkassenprämien geführt haben. Allerdings mussten die Prämien im Zeitraum von 2012–2017 aufgrund der Kostenverschiebungen weniger stark angehoben werden. Hiervon haben die prämienszahlenden Personen im Kanton Aargau profitiert.

### **Zur Frage 3**

"Wie wurden die Rückvergütungen der Kantonsspitäler bei den Prämienberechnungen berücksichtigt und haben die Krankenkassen die Rückvergütung gegenüber dem Prämienzahler auch vollzogen?"

Die Rückvergütungen gegenüber den Prämienzahlenden erfolgen über die Prämienkalkulation. Die erhaltenen Rückvergütungen führen zu tieferen Leistungsaufwendungen der Krankenkassen im Kanton Aargau. Dies hat eine positive Auswirkung auf die Festlegung der Prämienhöhe. Die Krankenkassen können somit die OKP-Prämien im Kanton Aargau für die Folgejahre grundsätzlich etwas tiefer festsetzen. Auf diese Weise werden die Rückvergütungen gegenüber den Prämienzahlenden vollzogen. Die Aargauerinnen und Aargauer profitieren somit von tieferen Prämien, beziehungsweise einem geringeren Prämienanstieg. Einzig die Aquilana führt aus, dass einmalige Rückzahlungen teilweise (direkt) an die Versicherten zurückvergütet worden seien.

### **Zur Frage 4**

"Wenn nein; auf welcher Rechtsgrundlage haben Krankenkassen das Recht, Leistungen in die Prämienberechnung einzurechnen und dann Rückvergütungen den Prämienzahlern nicht zurückzugeben?"

Bei den Krankenkassen handelt es sich nicht um Kapitalversicherungen, sondern um Solidarversicherungen. Die Versicherten bezahlen über die Prämien in einen solidarischen Pot ein. Rückvergütungen der Kantonsspitäler Aarau und Baden an die Krankenkassen sind somit nicht den Prämienzahlenden individuell zurückzugeben. Stattdessen kommen die Rückvergütungen den Solidarversicherungen (Krankenkassen) zugute. Die Krankenkassen berücksichtigen dabei die Rückvergütungen bei der zukünftigen Prämienkalkulation. Die Prämien müssen somit weniger stark angehoben werden. Hiervon profitieren wiederum die prämienszahlenden Personen im Kanton Aargau.

Es existieren keine expliziten Rechtsgrundlagen. Die Handhabung basiert auf dem erwähnten Solidarversicherungsgrundsatz. Für die Abwicklung von Rückvergütungen richten sich die Krankenkassen zudem grundsätzlich nach den Vorgaben der "Gemeinsamen Einrichtung (KVG)" für den Risikoausgleich.

## Zur Frage 5

"Wo fiel der administrative Aufwand bei der Rückvergütung an und wie wurde dies umgesetzt?"

In der Kantonsspital Aarau AG wurde aufgrund des Aufwands eine externe Person beauftragt. Mit allen Krankenkassen wurde ein statistischer Abgleich bezüglich der betroffenen Fälle und des rückzuerstattenden Betrags erstellt und verabschiedet. In der Kantonsspital Baden AG fiel der Aufwand im Departement Finanzen in den Abteilungen Spitalfinanzierung/Rechnungswesen/Controlling/Patientenadministration und im Sekretariat an.

### *Umsetzung im Kantonsspital Baden AG*

Die folgenden Schritte mussten durchgeführt werden:

- In den IT-Systemen alle betroffenen rund 85'000 Fälle über die letzten 5 Jahre eruieren (Auswertungen pro Patient und Behandlung);
- Alle dazu gehörenden Rechnungen ausfindig machen (pro Fall eine Rechnung an den Kanton und eine an die Versicherung);
- Die nach Versicherer und Kanton unterschiedlichen Ansprüche pro Fall errechnen;
- Anspruchslisten pro Versicherer und Kanton zusammenstellen, zur Verifizierung an die Versicherer und Kantone schicken, Diskussionen führen;
- Rückmeldungen der Versicherer zu den Einzelfällen prüfen, bearbeiten, allenfalls anpassen;
- Bei ausserkantonalen Rechnungen musste zusätzlich die Indikation von Hand geprüft werden (indiziert ja/nein). Entsprechend wurde die Rückabwicklung mit den unterschiedlichen, ausserkantonalen Verrechnungsbaserats oder aber mit der Baserate des Kantons Aargau durchgeführt;
- Zahlungen finalisieren und auslösen.

## Zur Frage 6

"Wer übernahm die Kosten der Rückvergütungen?"

Die Kosten der Rückvergütungen wurden vollumfänglich von den Kantonsspitalern Aarau und Baden getragen.

## Zur Frage 7

"Wie wird die Nichtübernahme der MiGel-Kosten durch die Krankenkassen den Prämienzahlern zurückvergütet? Denn nun zahlen die Bürgerinnen die Kosten zweifach: einmal als Prämienzahler und einmal als Steuerzahler?"

Die CSS Versicherung verzichtet bei Mittel und Gegenstände (Mittel und Gegenständeliste [MiGel]) auf eine Rückforderung. Die Frage der Rückforderung stellt sich im Fall der CSS damit nicht. Die von der tarifsuisse ag vertretenen Krankenkassen machen dagegen in der Regel eine Rückforderung geltend. Gemäss den Ausführungen einiger dieser Krankenkassen fliessen die Rückerstattungen der zu Unrecht in Rechnung gestellten Kosten in die Grundlagen für die Prämienberechnung ein. Die Rückvergütungen werden somit wie bei den Rückvergütungen der Kantonsspitäler ebenfalls indirekt bei der Prämienkalkulation "pro futura" positiv mitberücksichtigt. Eine Doppelbezahlung ist nach Ansicht dieser Krankenkassen damit ausgeschlossen.

## **Zur Frage 8**

"Wer kontrolliert die Krankenkassen? Gibt es aus den Kontrollberichten Hinweise, ob dem Kader ergebnisabhängige Boni bezahlt wurden?"

Die Aufsicht über die Krankenversicherer obliegt im Bereich der Grundversicherung dem Bundesamt für Gesundheit. Im Bereich der Zusatzversicherung wird die Aufsicht durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) ausgeübt. Das Bundesamt für Gesundheit und die FINMA erhalten jährlich die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen im Detail. Zudem unterstehen die Versicherungsunternehmen den Revisionsstellen.

Nur rund 5 % der Prämien in der Grundversicherung werden für die Verwaltung durch die Krankenkassen ausgegeben. Zu den Verwaltungskosten zählen Personalkosten, Provisionen und Werbung. In den vom Bundesamt für Gesundheit veröffentlichten Betriebsrechnungen und Bilanzen der Krankenkassen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) werden ergebnisabhängige Boni nicht ausgewiesen. Namentlich werden die Bonifikationen von den übrigen Personalkosten nicht abgegrenzt. Das Departement Gesundheit und Soziales hat deshalb im Zuge der Beantwortung der vorliegenden Interpellation Abklärungen bei mehreren Versicherungsunternehmen vorgenommen. Mindestens ein Unternehmen legte beispielsweise dar, dass die Bonifikation vom Erreichen der Ziele abhängig sei. Dagegen beteuerte ein anderes Unternehmen, dass noch nie ergebnisabhängige Boni – weder für den Verwaltungsrat, die Geschäftsleitung noch das Kader – bezahlt worden seien. Dies kann so auch dem Geschäftsbericht 2017 der Aquilana Versicherungen entnommen werden. Im Geschäftsbericht 2017 der Krankenkasse Visana findet sich der Hinweis, dass an den Stiftungs- und Verwaltungsrat keine Boni ausgerichtet worden sind.

Die getätigten Abklärungen zeigen somit, dass die Frage der Beteiligungen an Geschäftsergebnissen massgeblich vom Versicherungsunternehmen abhängt. Solange sich die Versicherungsunternehmen innerhalb des gesetzlichen zulässigen Handlungsspielraums bewegen, sind Boni und andere Beteiligungen am Geschäftsergebnis grundsätzlich zulässig.

## **Zur Frage 9**

"Gibt es Hinweise durch die Revisionsstellen, ob Krankenkassen sich auf Kosten der Prämienzahler ungerechterweise bereichert haben?"

Dem Regierungsrat sind keine Hinweise der Revisionsstellen bezüglich ungerechtfertigter Bereicherung von Seiten der Krankenkassen auf Kosten der Prämienzahlenden bekannt.

Die Kosten für die Beantwortung dieses Vorstosses betragen Fr. 3'233.–.

## **Regierungsrat Aargau**