Urteilskopf

120 V 455

64. Urteil vom 28. November 1994 i.S. R., Beschwerdeführer, gegen Artisana Kranken- und Unfallversicherung und Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Regeste (de):
Art. 1 Abs. 2, Art. 3 Abs. 3, Art. 28 und 33 KUVG, Art. 1 Abs. 1 des Bundesbeschlusses über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung, Art. 1 ff. Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen.

Da bereits der Bundesbeschluss in Art. 1 Abs. 1 den Grundsatz des vollen Risikoausgleichs statuiert, ist die Verordnung IX nicht gesetz- und verfassungswidrig, wenn diese die von einer Krankenkasse zu leistenden Ausgleichszahlungen nicht auf die Höhe der Bundesbeiträge begrenzt.

Regeste (fr):
Art. 1er al. 2, art. 3 al. 3, art. 28 et 33 LAMA, art. 1er al. 1 de l'Arrêté fédéral sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie, art. 1er ss Ordonnance IX sur l'assurance-maladie concernant la compensation des risques entre les caisses-maladie.

Etant donné que l'art. 1er al. 1 de l'Arrêté fédéral pose le principe de la pleine compensation des risques, l'Ordonnance IX est conforme à la loi et à la Constitution, dans la mesure où elle ne limite pas les paiements compensatoires dus par une caisse-maladie au montant des subsides alloués par la Confédération.

Regesto (it):
Art. 1 cpv. 2, art. 3 cpv. 3, art. 28 e 33 LAMI, art. 1 cpv. 1 del Decreto federale concernente provvedimenti temporanei contro la desolidarizzazione nell'assicurazione contro le malattie, art. 1 segg. dell'Ordinanza IX sull'assicurazione contro le malattie concernente la compensazione dei rischi tra le casse malati.

Dal momento che già il Decreto federale statuisce, all'art. 1 cpv. 1, il principio della piena compensazione dei rischi, l'Ordinanza IX non è contraria a legge e Costituzione nella misura in cui non limita i pagamenti compensativi di una cassa all'ammontare dei contributi federali.

Sachverhalt ab Seite 456

A.- R. ist Mitglied der Artisana Kranken- und Unfallversicherung. Nachdem ihm der Versicherungsausweis mit den für das Jahr 1993 gültigen Versicherungsprämien zugestellt worden war, teilte er seiner Krankenkasse mit Schreiben vom 21. Dezember 1992 mit, er akzeptiere lediglich die Prämienerhöhung, welche durch die Kostensteigerung bedingt sei. Er sei jedoch nicht dazu bereit, dass die erhöhten Prämien zur Zahlung des Risikoausgleichs an die anderen Krankenkassen verwendet würden. Entsprechend verlange er, dass seine Versicherungsprämien um die Höhe jenes Teils reduziert werden, welcher durch den Risikoausgleich bedingt sei. Mit Verfügung vom 6. Januar 1993 lehnte die Krankenkasse das Ansinnen des R. ab.

B.- Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Entscheid vom

15. März 1993 ab, soweit es darauf eintrat.

C.- R. führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit dem Antrag, der vorinstanzliche Entscheid und die Verfügung der Krankenkasse seien aufzuheben. Mittels superprovisorischer Verfügung sei der Krankenkasse zu untersagen, bis zum Ende des laufenden Verfahrens Risikoausgleichszahlungen auszurichten; insbesondere sei ihr zu untersagen, die am 31. März 1993 fällig werdende Teilzahlung in der Höhe von rund 10 Mio. Franken auszurichten. Die Krankenkasse stellt den Antrag, es sei auf die Beschwerde einzutreten und die Verfassungs- und Gesetzmässigkeit der Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen zu überprüfen. Insbesondere sei festzustellen, dass Risikoausgleichszahlungen einer bestimmten Krankenkasse für ein bestimmtes Geschäftsjahr nicht höher ausfallen können als die diesem Geschäftsjahr entsprechenden Bundesbeiträge. Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, soweit darauf eingetreten werden könne.

D.- Mit Verfügung vom 7. April 1993 wurde das Gesuch des R. um Erlass vorsorglicher Massnahmen abgewiesen.

Erwägungen

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1. Das BSV wirft in seiner Vernehmlassung die Frage auf, ob die Verwaltungsgerichtsbeschwerde im Hinblick auf Art. 129 Abs. 1 lit. b OG überhaupt zulässig sei.

Gemäss Art. 129 Abs. 1 lit. b OG ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde unzulässig gegen Verfügungen über Tarife. Die Prämientarife von Krankenkassen sind Tarife im Sinne dieser Bestimmung (BGE 112 V 287 Erw. 3 und 293 Erw. 1). Nach der Rechtsprechung ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde allerdings nur unzulässig gegen Verfügungen, welche den Erlass oder die Genehmigung eines Tarifes als Ganzes zum Gegenstand haben oder wenn unmittelbar einzelne Tarifbestimmungen als solche angefochten werden. Entscheidend dafür ist, dass die Gesichtspunkte, welche der Strukturierung eines Tarifs zugrunde liegen, als nicht oder schwer justiziabel betrachtet werden. Hingegen steht die Verwaltungsgerichtsbeschwerde offen gegen Verfügungen, welche in Anwendung eines Tarifs im Einzelfall ergangen sind; dabei kann das Gericht zwar nicht den Tarif als Ganzes mit all seinen Positionen und in ihrem gegenseitigen Verhältnis auf die Gesetzmässigkeit hin überprüfen, wohl aber kann es die konkret angewandte Tarifposition ausser acht lassen, wenn sie sich als gesetzwidrig erweist (BGE 116 V 133 Erw. 2a mit Hinweisen; vgl. auch BGE 119 V 323 Erw. 2). Der Beschwerdeführer ficht die Prämienverfügung für das Jahr 1993 an. Es handelt sich somit um eine Prämienverfügung, welche in Anwendung eines Tarifs im Einzelfall ergangen ist. Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist demzufolge einzutreten (BGE 120 V 47).

2. a) Da es sich bei der angefochtenen Verfügung nicht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen handelt, hat das Eidg. Versicherungsgericht nur zu prüfen, ob der vorinstanzliche Richter Bundesrecht verletzt hat, einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens, oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt offensichtlich unrichtig, unvollständig oder unter Verletzung wesentlicher Verfahrensbestimmungen festgestellt worden ist (Art. 132 in Verbindung mit Art. 104 lit. a und b sowie Art. 105 Abs. 2 OG).
b) Nach der Rechtsprechung kann das Eidg. Versicherungsgericht Verordnungen des Bundesrates grundsätzlich, von hier nicht in Betracht fallenden Ausnahmen abgesehen, auf ihre Rechtmässigkeit hin überprüfen. Bei

(unselbständigen) Verordnungen, die sich auf eine gesetzliche Delegation stützen, prüft es, ob sie sich in den Grenzen der dem Bundesrat im Gesetz eingeräumten Befugnisse halten. Wird dem Bundesrat durch die gesetzliche Delegation ein sehr weiter Spielraum des Ermessens für die Regelung auf Verordnungsebene eingeräumt, muss sich das Gericht auf die Prüfung

BGE 120 V 455 S. 458

beschränken, ob die umstrittenen Verordnungsvorschriften offensichtlich aus dem Rahmen der dem Bundesrat im Gesetz delegierten Kompetenzen herausfallen oder aus andern Gründen verfassungs- oder gesetzwidrig sind. Es kann jedoch sein eigenes Ermessen nicht an die Stelle desjenigen des Bundesrates setzen und es hat auch nicht die Zweckmässigkeit zu untersuchen. Die vom Bundesrat verordnete Regelung verstösst allerdings dann gegen Art. 4 BV, wenn sie sich nicht auf ernsthafte Gründe stützen lässt, wenn sie sinn- oder zwecklos ist oder wenn sie rechtliche Unterscheidungen trifft, für die sich ein vernünftiger Grund nicht finden lässt. Gleiches gilt, wenn die Verordnung es unterlässt, Unterscheidungen zu treffen, die richtigerweise hätten berücksichtigt werden sollen (BGE 118 V 225 Erw. 2b mit Hinweis; vgl. auch BGE 118 Ib 538 Erw. 1).

3. Laut Art. 1 des Bundesbeschlusses über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung vom 13. Dezember 1991 (nachfolgend: Bundesbeschluss) müssen Krankenkassen, denen im Vergleich zum Durchschnitt aller Krankenkassen als Mitglieder weniger Frauen und ältere Personen angehören, zugunsten von Kassen mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen (Abs. 1; ebenso die französische und italienische Fassung: "une contribution destinée à compenser entièrement les différences moyennes de frais entre les groupes de risques déterminants"; "contributi destinati a compensare interamente le differenze medie dei costi tra i gruppi a rischio determinanti"). Die Krankenkassen regeln gemeinsam unter Vorbehalt der Zustimmung des Bundesrates den Risikoausgleich. Sie umschreiben die massgebenden Risikogruppen und übertragen die Durchführung des Risikoausgleichs einer geeigneten Institution. Der Ausgleich wird auf kantonaler Ebene vorgenommen. Können sich die Krankenkassen bis zum 30. April 1992 nicht einigen, so erlässt der Bundesrat die nötigen Bestimmungen (Abs. 2). Gestützt auf diesen Bundesbeschluss erliess der Bundesrat am 31. August 1992 (teilweise geändert am 14. Juni 1993) die Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen (nachfolgend: Vo IX). Dem Risikoausgleich unterstehen laut Art. 2 Vo IX alle anerkannten Krankenkassen, welche die Krankenpflegeversicherung betreiben; der Risikoausgleich gilt für die Grundversicherung für Krankenpflege und umfasst die Einzel- und Kollektivversicherung sowie die

BGE 120 V 455 S. 459

besonderen Versicherungsformen gemäss den Art. 23-23quater der Verordnung V vom 2. Februar 1965 (Art. 2 Vo IX). Für die Durchführung des Risikoausgleichs legt Art. 3 Vo IX verschiedene Risikogruppen fest, wobei die Zuteilung aufgrund der Geburtsjahre der Versicherten erfolgt. Jede Kasse erhält dabei für jedes Mitglied bestimmter Risikogruppen einen Ausgleichsbeitrag gutgeschrieben. Dieser entspricht der Differenz der durchschnittlichen Kosten pro Versicherten in jeder Risikogruppe innerhalb eines Kantons (Art. 4 Vo IX). Jede Kasse schuldet für jedes Mitglied eine Risikoabgabe. Die Abgaben sind für alle Versicherten eines Kantons gleich hoch. Die Abgaben sind so zu bemessen, dass dadurch die Finanzierung der Ausgleichsbeiträge gesichert und die anderen mit der Durchführung des Risikoausgleichs verbundenen Kosten gedeckt sind (Art. 5 Vo IX). Übersteigen bei einer Kasse in einem Kanton die Ausgleichsbeiträge die Risikoabgaben, so erhält die Kasse

den Differenzbetrag aus dem Risikoausgleich. Übersteigen bei einer Kasse in einem Kanton die Risikoabgaben die Ausgleichsbeiträge, so entrichtet die Kasse den Differenzbetrag an den Risikoausgleich (Art. 6 Vo IX). Massgeblich für die Berechnung der Ausgleichsbeiträge und Risikoabgaben sind die Versichertenbestände und die von ihnen verursachten Kosten im Kalenderjahr, für welches der Risikoausgleich erfolgt (Ausgleichsjahr). Die definitiven Ausgleichsbeiträge und Risikoabgaben werden im Laufe des Jahres, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt (Art. 7 Abs. 1 und 3 Vo IX in der Fassung gemäss 14. Juni 1993, gültig bereits für den Risikoausgleich im Jahre 1993).

4. a) Der Beschwerdeführer verlangt eine Reduktion seiner Krankenkassenprämie für das Jahr 1993 um jenen Teil, der auf den Risikoausgleich zurückzuführen ist. Er vertritt die Auffassung, die bundesrätliche Vo IX vom 31. August 1992 sei bundesrechtswidrig. Zur Begründung verweist er auf seine Ausführungen in der vorinstanzlichen Beschwerde. Darin machte er im wesentlichen geltend, die in der Vo IX vorgesehenen Mittel müssten in einem vernünftigen Verhältnis zum Gesetzeszweck stehen, d.h. das Verhältnismässigkeitsprinzip müsse eingehalten sein. Dieses Prinzip sei nicht erfüllt, insbesondere hinsichtlich des Ausmasses des Risikoausgleichs, insofern er einen Drittel der Prämienerhöhung ausmache und für seine Krankenkasse auf 21 Mio. Franken für 1993 zu beziffern sei. Der vorgesehene Risikoausgleich in den genannten Ausmassen verletze Art. 28 KUVG, da finanzielle Mittel, die an andere Krankenkassen abgeliefert werden, nicht mehr Versicherungszwecken dienen. Des weitern laufe der Risikoausgleich dem in Art. 3 KUVG festgelegten

Grundsatz der Gegenseitigkeit zuwider, da die zu einem Drittel durch den Risikoausgleich bedingte Prämienerhöhung in einem Missverhältnis zum Anstieg der Versicherungsleistungen stehe. Des weitern würden die aus dem Vereinsrecht abzuleitenden Schutzbestimmungen der Mitglieder verletzt, weil ein grosser Teil der Versichertengelder entgegen dem Vereinszweck nicht mehr zur Abdeckung der Risiken Krankheit und Unfall der Mitglieder der Beschwerdegegnerin verwendet werde (Verweis Art. 74 und 75 ZGB). Schliesslich widerspreche der Risikoausgleich auch dem Förderungsgedanken des KUVG, wenn der Risikoausgleich gleich hoch oder höher sei als die Bundessubventionen. Die Beschwerdegegnerin werde dafür bestraft, dass sie sich freiwillig dem KUVG unterstellt habe. Die Absurdität des Risikoausgleichs im vorgesehenen Ausmass werde auch durch Art. 33 Abs. 3 KUVG deutlich, wonach als Zwangsmassnahmen die Aberkennung der Bundesbeiträge oder der Entzug der Anerkennung in Frage komme. Falle der gesetzlich vorgesehene Risikoausgleich gemäss der Konkretisierung in der Vo IX höher aus als die Bundessubventionen, so käme der Beschwerdegegnerin eine Weigerung der Risikoausgleichszahlungen unter dem Strich billiger zu stehen. Diese Zusammenhänge würden deutlich machen, dass der Risikoausgleich seine natürliche Grenze in den einer Krankenkasse zustehenden Bundessubventionen finden müsse. Im weiteren sei davon auszugehen, dass die obere Grenze höchstens bei den hälftigen Bundessubventionen liegen dürfe. Sei sie höher, so werde der Förderungsgedanke ausgehöhlt, da die Krankenkassen keine Abgeltung mehr für die Nachteile erhielten, die ihnen aus dem Betreiben der Krankenversicherung nach dem KUVG entstünden. Die Beschwerdegegnerin bringt vor, mit ihrem Berechnungsmodell "Risikoausgleich nach Vo IX des KVG" vom 7. Januar 1993 erbringe sie den Nachweis, dass das verfolgte Ziel des Risikoausgleichs mit der Verordnung des Bundesrates nicht eingehalten werde. Der vom Gesetzgeber vorgegebene Rahmen, nämlich Zahlungen unter den Krankenkassen vorzunehmen, die ausschliesslich aufgrund der verschiedenen Risikogruppen zu einem Ausgleich führen, werde eindeutig gesprengt. Sobald sich die höheren Durchschnittskosten einer anderen Kasse und auch deren Marktanteil auf die Höhe der Ausgleichszahlung einer Krankenkasse auswirken könnten, handle es sich um weit mehr als um den Ausgleich der massgebenden Risikogruppen. Mit dieser Überschreitung des Delegationsrahmens würden zusätzlich Ungleichheiten geschaffen und es liege damit ein offensichtlicher Verstoss gegen das Rechtsgleichheitsgebot vor. Eine Relation zwischen dem

Risikoausgleich und den Bundesbeiträgen lasse sich weder aus dem dringlichen Bundesbeschluss noch aus der Vo IX ersehen. Es sei davon auszugehen, dass der Gesetzgeber im Zeitpunkt des Normenerlasses noch keine Vorstellung von der Höhe solcher Risikoausgleichszahlungen haben konnte. Die Anwendung der Vo IX führe dazu, dass eine Krankenkasse die Überlegung machen müsse, ob sie nicht den für sie finanziell vorteilhafteren Weg, nämlich Nichtbezahlen des Risikoausgleichs mit nachfolgender Sperrung der Bundesbeiträge, gehen wolle. Der Erlass einer Verordnung durch den Bundesrat dürfe keinesfalls dazu führen, dass sich ein Verstoss gegen gesetzliche und aufsichtsrechtliche Bestimmungen für die Krankenkassen vorteilhafter erweisen könne. Folgerichtig müssten die Bundesbeiträge eines bestimmten Jahres zugleich die oberste Grenze der Risikoausgleichszahlungen desselben Jahres bilden. Das BSV führt in der Vernehmlassung aus, die Vo IX beruhe im wesentlichen auf dem von den Krankenkassen bzw. vom Konkordat vorgeschlagenen Ausgleichssystem. Man sei sich jedoch damals bewusst gewesen, dass das Ausgleichssystem nachträglich verfeinert werden müsse. Aufgrund der ersten Erfahrungen mit dem Risikoausgleich für das Jahr 1993 zeige es sich, dass im Bereich der Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen und den einzubeziehenden Beständen die Vo IX verbesserungsbedürftig sei. Es sei deshalb eine Revision der Vo IX eingeleitet worden, die einen besseren und gerechteren Ausgleich im Sinne von Art. 1 des Bundesbeschlusses vorsehe. b) Laut Art. 1 Abs. 1 des Bundesbeschlusses über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung vom 13. Dezember 1991 müssen Krankenkassen, denen im Vergleich zum Durchschnitt aller Krankenkassen als Mitglieder weniger Frauen und ältere Personen angehören, zugunsten von Kassen mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen. Mit dieser Zweckbestimmung soll der zunehmenden Entsolidarisierung in der Krankenversicherung begegnet werden. Der Risikoausgleich bildet denn auch einen Teil von Massnahmen zur Festigung der Solidarität in der Krankenversicherung. In der bundesrätlichen Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung vom 6. November 1991 wurde dazu ausgeführt (BBl 1991 IV S. 917 ff.), das heutige System begünstige

neue Krankenkassen, weil diese in erster Linie junge und gesunde Versicherte anwerben und damit sehr günstige Prämien offerieren können. Gleichzeitig verlören dadurch die "alten" Krankenkassen die Substanz an jungen, d. h. kostengünstigen Versicherten. Die Leidtragenden seien die älteren und kranken Versicherten, die nach heutigem Recht die Krankenkasse praktisch nicht mehr wechseln könnten. In letzter Zeit hätten sich die Anzeichen vermehrt, dass die Krankenkassen selber dazu übergehen möchten, neue "Billigkassen" zu gründen und diese durch ein "Mutter-Tochter-Verhältnis" an sich zu binden. Dies würde längerfristig den Ruin der Krankenversicherung in der heutigen Form bedeuten (BBl 1991 IV S. 920). Nach dem klaren Willen des Gesetzgebers sollen mithin Krankenkassen, die im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt mehr ältere Personen und mehr Frauen aufweisen, Beiträge erhalten, die von jenen Krankenkassen aufzubringen sind, welche weniger ältere Personen und Frauen versichern, als es dem Gesamtdurchschnitt entsprechen würde. Der Risikoausgleich beruht sodann nicht auf dem Rechnungsergebnis, sondern auf den objektiv festgestellten Beständen bezüglich Geschlecht und Alter der Versicherten und auf den durchschnittlichen Kostenunterschieden dieser Gruppen. Dabei sind laut Art. 1 des fraglichen Bundesbeschlusses die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang auszugleichen. Damit ist der Grundsatz des vollen Risikoausgleichs - was im vorliegenden Zusammenhang entscheidend ist - bereits im Bundesbeschluss statuiert. Aus diesem Grunde geht einerseits die übereinstimmende Argumentation von Beschwerdeführer und Beschwerdegegnerin

ins Leere, die bundesrätliche Vo IX führe zu einem gesetz- und verfassungswidrigen Ergebnis (vgl. in diesem Zusammenhang Art. 113 Abs. 3 und Art. 114bis Abs. 3 BV). Denn eine allfällige Unvereinbarkeit des Risikoausgleichs mit Art. 1-3, Art. 28 und 33 Abs. 3 KUVG sowie Art. 74 und 75 ZGB wäre nämlich nicht erst durch die bundesrätliche Vo IX hervorgerufen worden, sondern bereits mit dem erwähnten für das Eidg. Versicherungsgericht verbindlichen Bundesbeschluss erfolgt und durch den Gesetzgeber gewollt. Anderseits kann auch keine Rede davon sein, die Ausgleichszahlungen der einzelnen Krankenkassen müssten ihre Grenze am Betrag der erhaltenen Bundessubventionen finden. Mit der bundesrätlichen Vo IX wird daher im beanstandeten Punkt der Höhe der Ausgleichszahlungen lediglich ausgeführt, was der Bundesbeschluss mit dem in Art. 1 enthaltenen Grundsatz des vollen

Risikoausgleichs vorgibt. Die von den Parteien gerügte Gesetz- und Verfassungswidrigkeit der bundesrätlichen Verordnung hat im Grunde genommen nicht diese, sondern den Bundesbeschluss im Auge. Im übrigen wird nicht geltend gemacht, einzelne Bestimmungen der bundesrätlichen Vo IX würden dem Bundesbeschluss widersprechen. In diesem Zusammenhang ist schliesslich festzuhalten, dass der Exekutive in gesundheitspolitischen Belangen, um die es hier geht, ein besonders weiter Gestaltungsspielraum zukommt. Dass die mit der Vo IX konkretisierten Massnahmen Nebenwirkungen in der von der Beschwerdegegnerin geschilderten oder befürchteten Weise haben können, spricht nicht gegen die grundsätzliche Zwecktauglichkeit des mit dem Bundesbeschluss angestrebten Systems des Risikoausgleichs. Die Beschwerdegegnerin kann deshalb aus ihrem Berechnungsmodell vom 7. Januar 1993 nichts zu ihren Gunsten ableiten.

5. (Kostenpunkt)