

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Keine Einschränkung
Akteure	Basel-Stadt
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2022

Impressum

Herausgeber

Année Politique Suisse
Institut für Politikwissenschaft
Universität Bern
Fabrikstrasse 8
CH-3012 Bern
www.anneepolitique.swiss

Beiträge von

Benteli, Marianne
Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Basel-Stadt, 2006 - 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Sozialversicherungen	1
Invalidenversicherung (IV)	1
Ergänzungsleistungen (EL)	1
Berufliche Vorsorge	2
Krankenversicherung	3

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
ALV	Arbeitslosenversicherung
IV	Invalidenversicherung
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
EKF	Eidgenössische Kommission für Frauenfragen
EL	Ergänzungsleistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
SBV	Schweizerischer Bauernverband
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
DRG	Diagnosis Related Groups
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
FRC	Fédération romande des consommateurs (Konsumentenschutz der Romandie)
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
KKA	Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften
CLASS	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband
ÜL	Überbrückungsleistung

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
AC	assurance-chômage
AI	Assurance-invalidité
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
CFQF	Commission fédérale pour les questions féminines
PC	Prestations complémentaires
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
USAM	Union suisse des arts et métiers
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (Fédération des consommateurs en Suisse alémanique)
USP	Union Suisse des Paysans
UPS	Union Patronale Suisse
DRG	Diagnosis Related Groups
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
FRC	Fédération romande des consommateurs
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
CCM	Conférence des Sociétés Cantoniales de Médecine
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)

FSP Fédération Suisse des Patientes
ASA Association Suisse d'Assurances
PT Prestation transitoire

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 30.10.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2019 publizierte der Bundesrat die **Botschaft** für ein neues Bundesgesetz für **Überbrückungsleistungen (ÜL) für ältere Arbeitslose**. Solche Überbrückungsleistungen sollen Personen erhalten, die nach vollendetem 60. Altersjahr aus der ALV ausgesteuert werden, mindestens während 20 Jahren mit einem Mindesteinkommen von CHF 21'330 in der AHV versichert sind – davon mindestens 10 der letzten 15 Jahre vor der Aussteuerung –, die ein Vermögen unter CHF 100'000 (respektive 200'000 bei Ehepaaren) besitzen und keine IV- oder AHV-Rente beziehen. Somit sollen vor allem Personen unterstützt werden, die «in erheblichem Umfang erwerbstätig waren», aber kein grosses Vermögen besitzen. Mit der bisherigen Regelung müssten diese Personen ihre Vermögen sowie häufig ihre Altersguthaben aus zweiter und dritter Säule aufbrauchen, bevor sie sich bei der Sozialhilfe anmelden könnten, erklärte der Bundesrat. Diese Vorlage sei nun Teil eines neuen Massnahmenpakets für die Verbesserung der Arbeitsmarktfähigkeit älterer Personen. Die ÜL sollen mit zwei Ausnahmen gleich berechnet werden wie die Ergänzungsleistungen, also als Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den anrechenbaren Einnahmen einer Person.

Zuvor hatte der Bundesrat zwischen Juni und September 2019 eine Vernehmlassung durchgeführt, an der sich 73 Organisationen beteiligt hatten. 52 Teilnehmende begrüsst die Einführung von ÜL für Arbeitslose, darunter 19 Kantone (AG, AR, BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SH, SO, TI, UR, VD, VS, ZH), die SP, die CVP und die EVP. Auch die FDP sprach sich für die Massnahme aus, jedoch nur für Personen, denen der Wiedereinstieg in die Arbeitswelt definitiv nicht gelingt. Auch der SGB, TravailSuisse und KV Schweiz befürworteten die Vorlage, genauso wie unter anderem die Organisationen Avenir50plus, AVIVO, Agile, EKF und Procap, die sich jedoch eine tiefere Altersgrenze für ÜL wünschten. Auf Ablehnung stiess die Massnahme bei sechs Kantonen (AI, BL, NW, SZ, TG, ZG), die vor allem die Gefahr von Fehlanreizen, offene Durchführungs- und Koordinationsfragen, die Schaffung einer Konkurrenz zum erleichterten Zugang für ausgesteuerte Personen über 60 Jahren zu Bildungs- und Beschäftigungsmassnahmen sowie die Unterstützung einer kleinen Bevölkerungsgruppe mit Steuergeldern kritisierten. Auch die GLP, die BDP und die SVP sowie der SVV, der SBV, Swissem, GastroSuisse und Centre Patronal sprachen sich gegen die Regelung aus. Die GLP sah darin faktisch eine Frühpensionierung, die BDP kritisierte sie als reine Symptombekämpfung und für die SVP würde die Massnahme das Problem noch verschärfen.¹

Invalidenversicherung (IV)

ANDERES
DATUM: 01.01.2006
MARIANNE BENTELI

Am 1. Januar startete in den drei Kantonen Basel-Stadt, St. Gallen und Wallis der mit der 4. IV-Revision beschlossene dreijährige **Pilotversuch Assistenzbudget**. Bezüger und Bezügerinnen einer Hilflosenentschädigung der IV erhalten neu ein individuelles Assistenzgeld. Damit können sie Personen beauftragen oder anstellen, welche ihnen die im Alltag notwendige behinderungsbedingte Hilfe leisten.²

Ergänzungsleistungen (EL)

STUDIEN / STATISTIKEN
DATUM: 31.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Die Gesamtausgaben der **Ergänzungsleistungen** an AHV- und IV-Beziehende beliefen sich **2017** auf CHF 4.9 Mrd. und nahmen gegenüber dem Vorjahr um 0.9 Prozent zu. Damit ist das Wachstum deutlich geringer als in den Jahren zuvor, in denen es zwischen 2 und 4 Prozent betragen hatte. Diese Verlangsamung im Wachstum führte das BSV auf eine Gesetzesänderung bei den EL zur IV in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zurück; die Kosten der EL zur IV hatten 2017 im Vergleich zum Vorjahr sogar abgenommen.

Vergleichsweise schwach gewachsen (um 1.3 Prozent anstelle von 3 Prozent im langjährigen Durchschnitt) war zudem die Anzahl EL-Beziehende; 2016 hatte diese bei 318'600 gelegen, 2017 machten 322'800 Personen erfolgreich einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen geltend. Auch hier könne der Rückgang auf die rückläufigen

Rentnerzahlen bei den EL zur IV zurückgeführt werden, erklärte das BSV. Zudem seien aber auch das verbesserte Spitex-Angebot und das betreute Wohnen, das kürzere Aufenthalte in Heimen nach sich ziehe, mitverantwortlich für den Rückgang. Stabil zeigte sich hingegen die EL-Quote bei den AHV-Rentnerinnen und -Rentnern: Seit 2015 lag diese bei 12.5 Prozent. Das BSV betonte in seinem Bericht auch die grosse Dynamik bei den EL, die sich hinter den relativ stabilen Zahlen verberge: 9.1 Prozent des Anfangsbestands der EL-Beziehenden seien im Laufe des Jahres 2017 ausgetreten, 10.4 Prozent des Anfangsbestandes seien hingegen neu hinzugekommen.³

Berufliche Vorsorge

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBECHLUSS
DATUM: 21.06.2019
ANJA HEIDELBERGER

Der Bundesrat beabsichtigte im September 2018, die seit 2012 existierende **Verordnung über die Anlagestiftungen (ASV)** zu ändern. Unter anderem wollte er die Stellung der Anlegerversammlung stärken und diese für die Wahl des Stiftungsrates zuständig machen, das bereits bestehende Verbot der Nachschusspflicht – also die Pflicht, bei Verlusten weiteres, über das bereits einbezahlte Kapital hinausgehendes Geld einzuschliessen – ausdrücklich festschreiben und nichtkотиerte Sacheinlagen, fokussierte Strategien sowie gemischte Anlagegruppen mit höherem Anteil Aktien oder alternativer Anlagen ermöglichen.

Dazu führte das BSV zwischen September und Dezember 2018 eine Vernehmlassung durch, an der sich 19 Kantone, die SVP, drei Dachverbände der Wirtschaft (SGB, SAV, SGV) und 17 weitere Organisationen und Durchführungsstellen beteiligten. Gemäss Vernehmlassungsbericht des BSV wurde die Vorlage allgemein positiv aufgenommen, unter anderem zeigten sich die Kantone mehrheitlich zufrieden damit. Folglich entschied der Bundesrat im Juni 2019, die Änderungen auf den 1. August 2019 in Kraft zu setzen.⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 29.05.2020
ANJA HEIDELBERGER

Zwischen Dezember 2019 und Mai 2020 führte der Bundesrat eine aufgrund der ausserordentlichen Lage verlängerte **Vernehmlassung zur Reform der beruflichen Vorsorge** durch. Daran beteiligten sich alle Kantone, acht im eidgenössischen Parlament vertretene Parteien sowie zahlreiche Verbände und Gewerkschaften. Wie bereits zuvor in den Medien zu vernehmen gewesen war, stellten der Pensionskassenverband ASIP sowie der Schweizerische Baumeisterverband, Swiss Retail Federation und Arbeitgeber Banken eigene Reformmodelle vor, die insbesondere eine stärkere Reduktion des Umwandlungssatzes beinhalteten und von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden unterstützt wurden (etwa dem SGV, Swissbanking, GastroSuisse, ICT Switzerland und verschiedenen Pensionskassen).

Die Mehrheit der Kantone (AR, BE, BS, FR, GE, GL, JU, LU, NE, SH, VD, VS) unterstützte die Stossrichtung der Vorlage, einige lehnten sie jedoch wegen dem vorgeschlagenen Rentenzuschlag insgesamt ab (BL, NW, OW, SG, SZ, ZG, ZH). Der Rentenzuschlag stellte sich denn auch nicht unerwartet als grösster Streitpunkt der Vorlage heraus: Von den Kantonen sprachen sich 14 ausdrücklich dagegen (AI, BE, GL, BL, GR, NE, NW, OW, SZ, TI, UR, VS, ZG, ZH) und acht ausdrücklich dafür aus (AG, BS, JU, LU, SO, SH, TG, VD). Auch die bürgerlichen Parteien BDP, CVP, EVP, FDP und SVP befürworteten die Reform, insbesondere die Senkung des Umwandlungssatzes, lehnten aber den Rentenzuschlag ab. Verschiedene bürgerliche Jungparteien störten sich insbesondere daran, dass die entsprechende Umverteilung auf Kosten der arbeitenden Bevölkerung und der zukünftigen Generationen geschehe. Umgekehrt nannten die SP und die Grünen die Erhaltung der bisherigen Rentenhöhe – und somit den Rentenzuschlag – als Bedingung für ihre Zustimmung zur Senkung des Umwandlungssatzes. Seitens Verbände erfuhr der bundesrätliche Vorschlag Unterstützung von seinen Urhebern, dem Arbeitgeberverband, dem Gewerkschaftsbund und Travail.Suisse, während diverse andere Verbände wegen dem Rentenzuschlag die Alternativmodelle bevorzugten.

Deutlich weniger umstritten als der Rentenzuschlag und die Senkung des Umwandlungssatzes war die Senkung des Koordinationsabzugs, die alle Teilnehmenden guthiessen. Umstritten war jedoch die Höhe der Senkung. So schlugen beispielsweise BDP, CVP und EVP eine Senkung auf 40 Prozent des AHV-Lohns, aber einen maximalen Abzug von CHF 21'330 vor, die SVP und der Kanton St. Gallen befürworteten eine Senkung bis zur Eintrittsschwelle (CHF 21'330) und die SP und die Grünen bevorzugten eine vollständige Abschaffung des Koordinationsabzugs. Auch bezüglich der Staffelung der Altersgutschriften gab es zahlreiche unterschiedliche Vorschläge, wobei sich viele Vernehmlassungsteilnehmende einen Sparbeginn ab dem 20. Altersjahr wünschten.⁵

Krankenversicherung

Die Schweiz verfügt über eine der höchsten Dichten an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der OECD. Zur Beschränkung der Ärztezahl hatte das Parlament 2000 eine zeitlich begrenzte Bedürfnisklausel eingeführt und diese bis 2011 dreimal verlängert. Aufgrund der grossen Zahl an Praxiseröffnungen nach dem Auslaufen der Bedürfnisklausel schränkte das Parlament die Zulassung von Leistungserbringenden 2013 in einem dringlichen Bundesgesetz erneut ein. Nachdem der Nationalrat einen Vorschlag zur langfristigen Steuerung des ambulanten Bereichs in der Schlussabstimmung abgelehnt hatte, musste die Zulassungsbeschränkung 2016 erneut verlängert werden. Gleichzeitig beauftragte das Parlament den Bundesrat, einen neuen Vorschlag zur **Zulassung der Leistungserbringenden** in die Vernehmlassung zu schicken. Diesen Vorschlag basierte der Bundesrat auf den Bericht zur Erfüllung eines Postulats der SGK-SR.

Der Bundesrat schlägt dabei Massnahmen auf drei Interventionsebenen vor. Eine erste Ebene dient der Sicherung der Qualifikation der Leistungserbringenden; dabei sollen Anforderungen an Aus- und Weiterbildung, an das Erlangen von Diplomen sowie an die Anerkennung ausländischer Diplome formuliert werden. Auf einer zweiten Ebene sollen die Anforderungen an die Leistungserbringenden durch ein formales Zulassungsverfahren mit allfälliger Wartefrist von zwei Jahren, durch einen Nachweis der Qualität der Leistungserbringung sowie durch die Knüpfung der Tätigkeit zu Lasten der OKP an Auflagen erhöht werden. Die Versicherer sollen eine Organisation schaffen, welche über die Zulassungsgesuche entscheidet. Die dritte Interventionsebene beschreibt Massnahmen, die es den Kantonen erlauben, das Versorgungsangebot nach Bedarf zu regeln. Dazu gehören Höchstzahlen an zu Lasten der OKP im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zulassungseinschränkungen in Bereichen mit massivem Kostenanstieg.

An der **Vernehmlassung**, die vom 5. Juli 2017 bis zum 25. Oktober 2017 stattfand, beteiligten sich 91 Organisationen. Mehrheitlich einig war man sich über die Notwendigkeit der Zulassungssteuerung, die einzelnen Massnahmen der Vorlage stiessen jedoch auf unterschiedlich grossen Anklang. Klar für die Vorlage sprachen sich die SP, die GDK und CLASS, alle Kantone (ausser AG, GR, JU, LU und TG), die Konsumentenverbände, der Patientenverband DVSP sowie die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Berggebiete (SAB) aus. Die SVP und FDP, die meisten Dachverbände der Wirtschaft, die Versichererverbände, die Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA) und die meisten kantonalen und regionalen Ärztesellschaften lehnten die Vorlage deutlich ab. Gespalten zeigten sich die Verbände der Leistungserbringenden: Einige befürworteten den bundesrätlichen Vorschlag, die meisten sprachen sich allerdings dagegen aus oder kritisierten ihn zumindest stark.

Viel Kritik gab es für den Vorschlag, die Zulassungssteuerung den Versicherern zu übertragen. Dies wurde als erster Schritt zur Aufhebung des Vertragszwangs gewertet. Stattdessen solle die Zulassung von den Kantonen gesteuert werden, argumentierten zahlreiche Akteure. Mehrfach wurde zudem eine Verschärfung der Zulassungskriterien gefordert. Unter anderem sollen Ärztinnen und Ärzte mindestens drei Jahre an schweizerischen Bildungsstätten gearbeitet haben müssen und über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, bevor sie zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden. CVP, FDP und SVP schlugen zudem vor, die Zulassungsbeschränkungen mittelfristig mit einer einheitlichen Leistungsfinanzierung zu verknüpfen.⁶

Im Juni 2017 schickte der Bundesrat eine Änderung des KVG in die Vernehmlassung. Da der Anstieg der Gesundheitskosten – jährlich steigen die Vergütungen von medizinischen Leistungen durch die OKP pro Kopf um etwa 4 Prozent – nicht nur durch demografische Faktoren erklärt werden könne, sondern auch auf eine Mengenausweitung zurückzuführen sei, wollte der Bundesrat die **Franchisen regelmässig an die Kostenentwicklung der OKP anpassen**. Durch diese Massnahme, wie sie durch die Motion Bischofberger (cvp, AI; Mo. 15.4157) angeregt worden war, könne die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden, erklärte der Bundesrat. Konkret sollen alle Franchisen um CHF 50 erhöht werden, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen pro Person mehr als dreizehnmal höher sind als die ordentliche Franchise. Damit soll das maximale Verhältnis von 1:12 zwischen der Höhe der ordentlichen Franchise und den Bruttokosten, wie es bei Einführung des KVG und bei der letzten Erhöhung der Franchisen vorgelegen hatte, gewahrt werden. Somit werden die Zeitabstände der Franchisenerhöhungen von der Kostenentwicklung in der OKP abhängig gemacht. Der Bundesrat rechnete damit, dass

eine Bruttokostenhöhe von CHF 3'900 eine erste automatische Erhöhung der Franchisen im Jahr 2020 nötig machen würde.

In der Vernehmlassung, die zwischen Juni und Oktober 2017 stattfand, meldeten sich 65 Organisationen zu Wort. Die Mehrheit der Organisationen – darunter 14 Kantone, die meisten teilnehmenden Parteien (CVP, FDP, GLP und SVP), economiesuisse und der SGV sowie die Verbände der Leistungserbringer – stimmte der Vorlage vorbehaltlos zu. Gelobt wurden insbesondere die Stärkung der Eigenverantwortung und die erwartete dämpfende Wirkung auf den Leistungsbezug.

Auf Ablehnung stiess die Vorlage auf linker Seite: Unter anderem die SP, die Grünen und der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB), aber zum Beispiel auch der Schweizerische Gehörlosenbund und Inclusion Handicap sowie sieben Kantone (BE, FR, NE, SO, TI, VD, VS) lehnten die entsprechende Änderung des KVG ab. Kritisiert wurde, dass durch die Änderung mehr Personen von der Sozialhilfe abhängig würden und dass dadurch sowie durch die höheren Ausgaben der EL die Kosten für Kantone und Gemeinden anstiegen. Die Kritiker der Vorlage bezweifelten überdies, dass die Änderung tatsächlich zu einer Senkung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen würde: Bei den Versicherten mit der Grundfranchise, auf die sich eine Franchisenerhöhung am stärksten auswirke, würde eine Erhöhung um CHF 50 kaum ins Gewicht fallen, da sie bereits sehr hohe Kosten hätten. Somit würden diese auch kaum ihr Verhalten ändern. Stattdessen untergrabe die Vorlage die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken – wurde kritisiert –, weil diejenigen bestraft würden, die Leistungen beanspruchen müssten.⁷

GERICHTSVERFAHREN
DATUM: 01.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September und November 2017 entschied das **Bundesverwaltungsgericht**, dass **Mittel und Gegenstände**, die für die Pflege gebraucht werden, **nicht mehr separat von den Krankenkassen bezahlt** werden, da diese zu den Pflegekosten gehören. Zuvor hatten die Krankenversicherung CSS und Tarifsuisse, eine Tochtergesellschaft von Santésuisse, gegen einen Regierungsratsbeschluss des Kantons Basel-Stadt zur Verlängerung des bis 2014 gültigen Tarifvertrags im Bereich MiGeL um ein Jahr geklagt. Das Gericht unterschied zwischen Mitteln und Gegenständen, die durch professionelles Personal, und solche, die durch die Patientinnen und Patienten selbst angewendet werden. Die Krankenkassen übernehmen zukünftig also nur noch die Kosten von Mitteln und Gegenständen Letzterer. Da die Kosten der MiGeL zum Beispiel in Pflegeheimen neu bereits in den fixen Vergütungen für die Pflegekosten enthalten sind, erhalten die Heime keine zusätzliche Entschädigung mehr dafür. Das Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau sprach in seiner Medienmitteilung von Ertragsausfällen für die Pflegeheime von CHF 4 Mio. und von unbekannt hohen Ausfällen für die Spitexbetriebe. In der Folge erklärte zum Beispiel die CSS, dass sie ab 1. Januar 2018 keine MiGeL-Produkte mehr vergüten werde. Erste Krankenversicherungen hätten gemäss Medienmitteilung des Kantons Aargau zudem mit Rückforderungen für die Jahre 2015 bis 2017 begonnen.⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 14.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung zum ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** zwischen September und Dezember 2018 beteiligten sich 150 Einheiten und Organisationen, darunter alle Kantone, die sieben grossen nationalen Parteien, der Städte- und der Gemeindeverband, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumenten-, Patienten-, Leistungserbringenden- sowie Versichererverbände. Entsprechend breit war trotz Lobes für die Bemühungen des Bundesrates zur Kostensenkung auch die Kritik an dem neuen Projekt. Insbesondere wurde vor Wechselwirkungen mit anderen Revisionen, vor Finanzierungs- oder Versorgungsproblemen sowie vor einer verstärkten Bürokratisierung oder staatlichen Steuerung gewarnt, wie das BAG in seinem Ergebnisbericht erklärte.⁹

STANDESINITIATIVE
DATUM: 04.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Zwischen Juni und Dezember 2018 reichten die Kantone St. Gallen (Kt.Iv. 18.309), Thurgau (Kt.Iv. 18.318), Basel-Stadt (Kt.Iv. 18.322) und Basel-Landschaft (Kt.Iv. 18.324) vier ähnliche Standesinitiativen für eine **kostendeckende Finanzierung der Kinderspitäler und Kinderkliniken** ein. Darin forderten sie, dass die erbrachten ambulanten wie stationären Leistungen in Kinderspitälern und -kliniken in der Tarifstruktur kostendeckend vergütet werden sollten. Die vier Kantone betonten als Standort- (SG, BS, BL) respektive Trägerkantone (TG) eines der drei eigenständigen Schweizer Kinderspitäler ihre Betroffenheit, zumal sie die defizitären Spitäler seit Jahren subventionieren müssten – die beiden Basler Kantone zum Beispiel mit CHF 10

Mio. jährlich.

Sowohl im spitalambulanten als auch im stationären Bereich sei die Tarifierung für die eigenständigen Kinderspitäler und die in Erwachsenenspitälern integrierten Kinderkliniken ungenügend, kritisierten sie. Bei den Kinderspitälern kämen verschiedene, erschwerende Faktoren zusammen: So müssten diese einerseits die ganze Leistungskette von der Grund- bis zur hochspezialisierten Medizin anbieten, regelmässig besonders aufwendige angeborene Erkrankungen behandeln und hätten andererseits kaum je die Möglichkeit zur Quersubventionierung durch privat oder halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten.

Zusätzlich angestiegen seien die jährlichen Defizite zudem durch den Tarmed-Eingriff des Bundesrates 2018. Das Defizit des Ostschweizer Kinderspitals zum Beispiel sei in der Folge von CHF 4.2 Mio. (2016) auf CHF 6.3 Mio. (2018) gestiegen; der Kostendeckungsgrad im ambulanten Bereich des Basler Kinderspitals sei von 78 auf 68 Prozent gesunken. Nicht besser sehe es im stationären Bereich aus, wo die Fallpauschalen der Swiss DRG die Leistungen ebenfalls nicht adäquat abbildeten. Diese Probleme würden jedoch von der IV und gewissen Krankenkassen nicht anerkannt, obwohl sowohl nationale als auch internationale Evidenz die höheren Kosten von Kinderspitälern gegenüber Erwachsenenspitälern in der Höhe von 20 bis 30 Prozent belege.

Der Kanton Basel-Landschaft ergänzte die generelle Handlungsaufforderung der anderen drei Kantone durch eine Liste mit konkreten Forderungen: Er verlangte die Aufhebung der Tarmed-Zeitlimitierungen für die Konsultationszeit, eine separate, kostendeckende Taxpunktbewertung, die Ausnahme der Kinderkliniken von der «Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe» (also von Eingriffen, die zeitlich relativ frei gewählt werden können), eine Anpassung der Swiss-DRG-Tarifstruktur auf einen Kostendeckungsgrad der Kinderspitäler von 100 Prozent sowie eine genügende Abbildung der IV-Fälle in der Tarifstruktur.

Im August 2019 behandelte die SGK-SR die vier Standesinitiativen gemeinsam und liess dabei Vertreterinnen und Vertreter der vier Kantone zu Wort kommen. Die Kommission anerkannte, dass die Eigenheiten der Kindermedizin bei der Tarifierung oft ungenügend berücksichtigt würden, empfand aber eine Kommissionsmotion als das zielführendere Mittel als die Standesinitiativen, da der Bundesrat die Tarifstrukturen im ambulanten und stationären Bereich genehmigen müsse. Folglich nahm sie die Forderung der vier Kantone in eine eigene Motion (Mo. 19.3957) auf und empfahl die vier Standesinitiativen zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten zur Ablehnung.

Im Dezember 2019 folgte der Ständerat dem Kommissionsantrag stillschweigend, lehnte die vier Initiativen ab und nahm stattdessen die Kommissionsmotion an.¹⁰

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 19.05.2021
ANJA HEIDELBERGER

In Erfüllung einer Motion der SGK-SR (Mo. 18.4091) legte der Bundesrat im Mai 2021 die **Botschaft zum Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit** in der OKP und den Zusatzversicherungen vor. Wie von der Motion vorgesehen, soll der Bundesrat im Sinne der Selbstregulierung Branchenlösungen der Krankenversicherungen im Bereich der Vermittlertätigkeit allgemeinverbindlich erklären können, wenn sie von Versicherungen eingereicht werden, die mindestens zwei Drittel aller Versicherten in der Schweiz abdecken. Dadurch würden die Bestimmungen auch für Versicherungen, die der Vereinbarung nicht beigetreten sind, obligatorisch. Solche Regelungen sind vorgesehen bezüglich eines Verbots der Telefonwerbung bei Personen, die nie bei der fraglichen Versicherung versichert waren, bezüglich der Ausbildung der Vermittlerinnen und Vermittler, einer Einschränkung ihrer Entschädigungen und der Notwendigkeit von unterschriebenen Beratungsprotokollen.

Zwischen Mai und September 2020 hatte der Bundesrat dazu eine **Vernehmlassung** durchgeführt, bei der 84 Stellungnahmen eingingen. Vollständig einverstanden mit dem Gesetz zeigten sich 13 Kantone (AI, AR, BE, BL, NE, NW, OW, SO, TG, TI, UR, VS, ZG), die CVP sowie der Schweizerische Verband der Versicherungsgeneralagenten. Vollständig abgelehnt wurde sie von Economiesuisse und dem Gewerbeverband, dem Schweizerischen Konsumentenforum kf und verschiedenen Versicherungsbrokern. Die übrigen Akteure anerkannten jeweils den Regulierungsbedarf, empfanden den Entwurf aber als zu weitgehend (FDP, SVP, Bauernverband, Centre Patronal und verschiedene Versicherer sowie Curafutura und Santésuisse) respektive als zu wenig weitgehend (Kantone AG, BS, GE, JU, LU, VD; SP, Grüne, Gewerkschaftsbund, Konsumentenverbände FRC und SKS, Ombudsstelle Krankenversicherung).

Die Organisationen, welchen der Entwurf zu weit ging, kritisierten insbesondere die Definition der Vermittlertätigkeit, bei der der Bundesrat neben den externen auch die

internen Vermittlerinnen und Vermittler berücksichtigt. Kritisiert wurde auch das vorgesehene Sanktionssystem und der vorgeschriebene Ausbildungsstandard, da dieser nicht durch das SBFJ überprüft werde. Zudem wurde die Notwendigkeit eines neuen Gesetzes von verschiedenen Teilnehmenden verneint und eine Beeinträchtigung der Wettbewerbsfähigkeit von kleinen Versicherungen befürchtet. Weiterführende Forderungen waren hingegen eine Muss- statt einer Kann-Bestimmung zum Abschluss einer Vereinbarung sowie die Schaffung einer subsidiären Kompetenz des Bundesrates, wenn die Versicherungen keine gemeinsame Vereinbarung erzielen.¹¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 28.09.2021
ANJA HEIDELBERGER

Ende September 2021 gab das BAG bekannt, dass die **mittlere Krankenkassenprämie 2022 erstmals seit 2008 nicht ansteigen, sondern um 0.2 Prozent sinken** werde. Seit 2011 war die mittlere Prämie, also die durchschnittlich bezahlte Prämie, jährlich durchschnittlich um 2.4 Prozent angestiegen. Der Bundesrat führte den Rückgang auf seine Änderung der KVAV von April 2021 zurück, gemäss welcher die Versicherungen die Prämie durch Reserveabbau um 1.2 Prozent hätten senken und ihre Prämien allgemein knapper hätten kalkulieren können. Darüber hinaus werden die Versicherungen 2021 CHF 134 Mio. an zu hohen Prämieeinnahmen auf Genehmigung des BAG zurückerstatten. Somit war der Prämienrückgang also nicht durch einen Kostenrückgang begründet, wie etwa die NZZ betonte.

Weiterhin gross waren die regionalen Unterschiede in der Prämienentwicklung: In 14 Kantonen sanken die Prämien, in Basel-Stadt und Genf gar um 2.1 und 1.5 Prozent, hingegen kam es in 12 Kantonen, insbesondere der Ost- und Zentralschweiz, zu einem Prämienanstieg (OW: 1.4%, GL: 1.1%, NW: 0.9%, AI: 0.7%, AR, TG und LU: alle 0.6%, UR: 0.5%, SO: 0.4%, AG: 0.3%, SG und SH: beide 0.2%). Somit erfuhren für einmal diejenigen Kantone mit überdurchschnittlich hohen Prämien eine Entlastung, während die Kantone mit unterdurchschnittlichen Prämien einen Prämienanstieg zu verzeichnen hatten. Kaum Auswirkungen hatte dies jedoch auf die regionalen Unterschiede in der Prämienhöhe: Im Jahr 2022 weisen weiterhin die Kantone Basel-Stadt (CHF 409.80) und Genf (CHF 399.90) die höchsten mittleren Prämien auf, die niedrigsten fallen weiterhin in den Kantonen Appenzell-Innerrhoden (CHF 214.80) und Uri (CHF 243.80) an.

Insbesondere in der Ostschweiz sorgte die Prämienerrhöhung für Ärger, wie die regionalen Medien berichteten. Die tiefen Prämien in der Ostschweiz seien durch tiefe Gesundheitskosten begründet, entsprechend sei die aktuelle Prämienerrhöhung auf eine Umverteilung der Prämienelder von der Ost- in die Westschweiz zurückzuführen, wurde vermutet. Dies veranlasste Christian Lohr (mitte, TG; Ip. 21.4263), Jakob Stark (svp, TG; Ip. 21.4328) und Mike Egger (svp, SG; Ip. 21.4228) zu Interpellationen an den Bundesrat. Der Bundesrat erklärte, dass Prämienveränderungen nicht aufgrund der aktuellen Höhe der Kosten, sondern aufgrund der erwarteten Änderungen der Kosten entstünden – in verschiedenen Ost- und Zentralschweizer Kantonen werde mit einem Kostenanstieg, in Basel-Stadt und Genf hingegen mit einer Kostenreduktion gerechnet. Zudem seien die Prämien etwa in den Ostschweizer Kantonen im Jahr 2021 gleich geblieben oder sogar gesenkt worden, weshalb jetzt eine Korrektur nötig sei.¹²

1) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung BR vom 30.10.19; AZ, SGT, TA, TG, 23.2.18; TG, 27.2.18; TA, 24.4., 17.7.18; TG, 6.11.18; TA, 12.1.19; TG, 17.5.19; TA, 27.6., 8.7.19; TA, 31.10.19

2) Nydegger Lory und Eberhard (2006): Startphase abgeschlossen: Erste Ergebnisse aus dem Pilotversuch Assistenzbudget, in: CHSS

3) Statistik der Ergänzungsleistungen 2017

4) Erläuternder Bericht vom 14.9.18; Medienmitteilung BSV vom 21.6.19; Vernehmlassungsbericht vom 21.6.19

5) Ergebnisbericht der Vernehmlassung

6) Erläuternder Bericht vom 5.7.17; Vernehmlassungsbericht vom 9.5.18

7) Begleitschreiben zur Vernehmlassung vom 28.6.17; Ergebnisbericht zur Vernehmlassung vom 1.12.17

8) BVG-Urteil C-1970_2015 vom 7.11.17; BVG-Urteil C-332_22015 vom 1.9.2017; Medienmitteilung Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau vom 2.7.18

9) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung

10) AB SR, 2019, S. 1058 ff.; Bericht SGK-SR vom 12.8.19

11) BBI, 2021 1478; Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

12) Dokumentation zu den OKP-Prämien 2022; Dokumentation zu den kantonalen monatlichen mittleren Prämien 2022; Medienmitteilung BAG vom 28.9.21; 24H, Blick, Cdt, LT, Lib, NZZ, SGT, TA, 29.9.21; SGT, 1.10.21