

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>23.04.2024</b>
Thema	<b>Sozialversicherungen</b>
Schlagworte	<b>Krankenversicherung</b>
Akteure	<b>Keine Einschränkung</b>
Prozesstypen	<b>Gesellschaftliche Debatte</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2021</b>

# Impressum

## Herausgeber

Année Politique Suisse  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss)

## Beiträge von

Benteli, Marianne  
Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja  
Rohrer, Linda

## Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Rohrer, Linda 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Krankenversicherung, Gesellschaftliche Debatte, 1991 - 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 23.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	<b>1</b>
<b>Sozialpolitik</b>	<b>1</b>
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	2

## Abkürzungsverzeichnis

<b>EFTA</b>	Europäische Freihandelsassoziation
<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>ETH</b>	Eidgenössische Technische Hochschule
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>BIP</b>	Bruttoinlandsprodukt
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>SGB</b>	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
<b>HIV</b>	Humanes Immundefizienz-Virus
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>KOF</b>	Konjunkturforschungsstelle
<b>KVAG</b>	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
<b>KVAV</b>	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung

---

<b>AELE</b>	Association européenne de libre-échange
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>EPF</b>	École polytechnique fédérale
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>OFS</b>	Office fédéral de la statistique
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>UE</b>	Union européenne
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>USS</b>	Union syndicale suisse
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>KOF</b>	Centre de recherches conjoncturelles
<b>LSAMal</b>	Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
<b>OSAMal</b>	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Sozialversicherungen

#### Sozialversicherungen

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 27.11.2014  
FLAVIA CARONI

Im Zuge der starken medialen und politischen Präsenz einerseits des Krankenversicherungs- und andererseits des Altersvorsorgesystems, und weil Ende Dezember die dreijährige Einführungsphase der neuen Pflegefinanzierung auslief, wurde im Jahr 2014 eine bereits früher geäusserte Forderung erneut breit diskutiert: Jene nach einer **obligatorischen Alterspflegeversicherung**. Einen konkreten Anlass dazu bieten die demographische Alterung und die Entwicklungen in der Medizin, welche die Kosten der Alterspflege stark ansteigen lassen: Manche Experten rechnen mit einer Verdoppelung der aktuellen Kosten bis ins Jahr 2030. Eine durchschnittliche Person in der Schweiz wird heute im Alter von 81 Jahren pflegebedürftig und muss dann für rund 950 Tage gepflegt werden, wobei sich die Kosten in einem Pflegeheim im Schnitt auf CHF 7'500 monatlich belaufen. Unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen müssen die Bewohnerinnen und Bewohner einen maximalen Anteil der Pflegekosten von CHF 26,60 täglich übernehmen, für den Rest kommen die Krankenversicherung und die öffentliche Hand auf. Die Kosten für Hotellerie und Betreuung gehen dagegen vollständig zulasten der Patientinnen und Patienten. Diese Kosten übersteigen die Möglichkeiten vieler Rentnerinnen und Rentner, welche in Folge auf Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV angewiesen sind. Aktuell trifft dies auf 53% der Personen in Alters- und Pflegeheimen zu. Die Kosten für EL haben sich seit dem Jahr 2000 fast verdoppelt und betragen gegenwärtig rund CHF 4,5 Mrd. jährlich, was in der Grössenordnung der Ausgaben für die Landesverteidigung liegt. Zudem werden Kantone und Gemeinden, welche sich an den Kosten ihrer Pflegeplätze beteiligen, stark belastet. Vor diesem Hintergrund wurden Forderungen nach verschiedenen Massnahmen geäussert, um die bestehenden Sozialwerke und die Steuerzahlenden zu entlasten sowie die Finanzierung der Alterspflege auf eine nachhaltige Basis zu stellen. Die Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen schlug zwei Modelle für die Abdeckung dieses Risikos vor: Entweder könnten ab einem Alter von 40 oder 45 Jahren zusätzliche Beiträge an die Krankenversicherung entrichtet werden – hier sei mit individuellen Zusatzkosten von rund CHF 30 monatlich zu rechnen – oder es solle eine neue, durch Lohnabzüge finanzierte Pflegeversicherung eingerichtet werden. Auch der Direktor der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren sprach sich für eine obligatorische Pflegeversicherung aus. Im Juli veröffentlichte die liberale Denkfabrik „Avenir Suisse“ ein Buch, in dem sie unter anderem eine Versicherung nach dem Kapitaldeckungsprinzip vorschlug, in die alle älteren Bürgerinnen und Bürger einzahlen würden. Diese Versicherung sollte organisatorisch bei der Krankenversicherung angesiedelt werden. Ausgehend von einem Beitragsbeginn mit 55 Jahren und einer Beitragsdauer von 26 Jahren würde eine monatliche Prämie von rund CHF 300 resultieren – ein hoher Betrag, der jedoch zum Teil durch Einsparungen bei Krankenversicherungsprämien und Steuern kompensiert werden könnte. Ergänzt würde das Vorsorgekapital durch Zinserträge. Nicht aufgebrauchtes Kapital sollte nach dem Ableben vererbt werden können, um einen Anreiz für einen haushälterischen Umgang mit den Geldern zu schaffen, höhere Kosten sollten dagegen durch eine klassische Versicherung mit Risikoprämien gedeckt werden. Sämtliche geäusserten Ideen stiessen auf ein gemischtes Echo und erhielten eher pessimistische Prognosen betreffend ihrer politischen Durchsetzbarkeit. Während bürgerliche Kreise sich gegen die Schaffung eines neuen, eigenen Sozialwerkes stellen dürften, befürchteten andere eine Schwächung der Solidarität durch verstärkte Belastung der älteren Generation. Das Gesundheitssystem basiere auf der Kostenbeteiligung aller Versicherten. Auch wurde betont, die Finanzierung der Pflege über Steuern sei erwünscht, da sie höhere Einkommen stärker belaste als tiefere. Manche Sachverständige erwarten zudem mittelfristig eine Entspannung der Lage, da der Anteil von Rentnerinnen und Rentnern, welche Leistungen aus der seit 1985 obligatorischen beruflichen Vorsorge beziehen, zunimmt.<sup>1</sup>

## Krankenversicherung

### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 18.02.1991  
MARIANNE BENTELI

Als die Krankenkassen bereits schon in den ersten Monaten des Berichtsjahres damit drohten, die Prämien für 1992 um durchschnittlich 20% – Kassen mit mehrheitlich "schlechten Risiken" (Frauen, ältere Menschen) sprachen gar von 40% – anheben zu wollen, schien es dem Bundesrat an der Zeit, der sich unaufhaltsam drehenden **Kostenspirale** und der wachsenden Entsolidarisierung entgegenzutreten.<sup>2</sup>

### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 16.07.1991  
MARIANNE BENTELI

**Der Expertenentwurf wurde in der Vernehmlassung recht kontrovers beurteilt.** Die Notwendigkeit einer Revision und einer Stärkung der Solidarität wurde zwar nicht in Zweifel gezogen, doch bereits bei der Frage des Obligatoriums – einem der zentralsten Punkte der Vorlage – gingen die Meinungen auseinander. CVP, SP und SVP sowie der SGB, die Erbringer medizinischer Leistungen und eine Mehrheit der Verbände der Gesundheits- und Sozialpolitik befürworteten das Obligatorium, die FDP und die Wirtschaftsverbände lehnten es hingegen aus grundsätzlichen ordnungspolitischen Überlegungen ab, während sich das Konkordat der schweizerischen Krankenkassen einer Stellungnahme enthielt.

Grosse Meinungsunterschiede zeigten sich auch in den Bereichen Finanzierung und Kosteneindämmung. Neben der Höhe der Bundesbeiträge war vor allem umstritten, ob diese eher den Krankenkassen zur Sicherstellung alters- und geschlechtsunabhängiger Prämien zukommen oder ob sie in erster Linie für eine Prämienverbilligung von wirtschaftlich Schwächeren verwendet werden sollen. Zahlreiche Stellungnahmen verlangten, im Bereich der Kostendämpfung müsse mehr getan werden; konkrete Vorschläge waren dabei allerdings selten.<sup>3</sup>

### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 03.02.1993  
MARIANNE BENTELI

In Zusammenhang mit der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes **machte die Kartellkommission eine Reihe von Anregungen, welche kostendämpfenden Wettbewerb in die soziale Krankenversicherung bringen sollten.** Die Kommission ging von der Feststellung aus, dass im Schweizer Gesundheitswesen – anders als in einem funktionierenden Markt – die Preise bei steigendem Angebot nicht sinken. Trotz stetig zunehmenden Arztezahlen in den vergangenen Jahren gaben die Tarife nicht nach. Das ärztliche Einkommen sei durch die Zahlungspflicht der Krankenkassen quasi garantiert, konstatierte die Kartellkommission und empfahl, das in den Landesregeln der kantonalen Ärztegesellschaften festgelegte Konkurrenz- und Vertragsabschlussverbot sei ebenso aufzuheben wie die durch Meistbegünstigungs- und Ausschliesslichkeitsklauseln fixierte Tarifordnung. Dadurch erhielten die Kassen die Möglichkeit, nur mit besonders günstigen Medizinern Tarifverträge abzuschliessen. Nach Auffassung der Kartellkommission sollen auch die Krankenkassen aus der Verbandspflicht entlassen werden, was ihnen ein wettbewerbsorientierteres Vorgehen ermöglichen würde. Den Kassen wurde empfohlen, das Verbot von Preis- und Leistungsvergleichen zu lockern und das Abwerbeverbot von bereits Versicherten aufzuheben. Problematisch erschien der Kommission auch die Rolle der Kantone, die als Financier öffentlicher Spitäler sowohl Vertragspartei als auch Richter in eigener Sache sind, wenn Vertragsverhandlungen zwischen Spitälern und Kassen scheitern, da im Streitfall heute die Kantone festlegen, welche Tarife zur Anwendung kommen. Vom Bund wünschte sich die Kommission eine aktivere Rolle in der Spitalplanung. Das mit den vorgeschlagenen Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen verbundene Sparpotential wurde längerfristig auf zwei bis drei Milliarden Franken geschätzt.<sup>4</sup>

### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 02.04.1993  
MARIANNE BENTELI

Im Gegensatz zum Konkordat der schweizerischen Krankenkassen, welches diese Vorschläge positiv aufnahm, wurden sie von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) als Schritt in Richtung zur Zweiklassenmedizin abgelehnt. Doch auch der **Bundesrat**, welcher in seiner Vorlage selber kein Kartellverbot vorgesehen hatte, **sprach sich für eine diesbezügliche Verschärfung des neuen Krankenversicherungsgesetzes aus**, überliess es aber dem Parlament, über eine allfällige Ergänzung im Sinn der Kartellkommission zu entscheiden.<sup>5</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 11.05.1993  
MARIANNE BENTELI

Aus der Entwicklung der Umsatzzahlen in Arztpraxen und Apotheken schloss der schweizerische Apothekerverein, dass Ärzte und Ärztinnen vermehrt Medikamente in Selbstdispensation verkaufen, um so die Ausfälle auszugleichen, die ihnen auf Tarifebene durch den dringlichen Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung entstehen. Die Apotheker appellierten deshalb an die Parlamentarierinnen und Parlamentarier, im revidierten Krankenversicherungsgesetz die **Selbstdispensation rigoros einzuschränken** und eine entsprechende Bundeskompetenz einzuführen. Diese war im bundesrätlichen Vorschlag enthalten gewesen, im Ständerat jedoch zugunsten der Kantonshoheit aus der Vorlage gekippt worden. Der Nationalrat kehrte wieder zum Entwurf des Bundesrates zurück, doch hielt der Ständerat in der Differenzvereinbarung an der föderalistischen Lösung fest.<sup>6</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 06.09.1994  
MARIANNE BENTELI

Die **Gegner** des neuen KVG fochten mit der Behauptung, das neue Gesetz sei zu dirigistisch und zu sehr der Schulmedizin verhaftet, **zu wenig wettbewerbsorientiert und zu teuer** für die öffentliche Hand und die Prämienzahler. Der Ausbau in der Grundversicherung werde zu einem massiven Aufschlag bei den Prämien führen, der in erster Linie den Mittelstand treffe. Die **Befürworter** bestritten die Möglichkeit eines einmaligen Prämienanstiegs nicht, argumentierten aber, die **verbesserte Grundversicherung** mache für viele die teuren Zusatzversicherungen überflüssig, und sie verwiesen auf die vorgesehenen Prämienverbilligungen, die rund einem Drittel der Bevölkerung zugute kommen sollen.<sup>7</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 30.10.1994  
MARIANNE BENTELI

Wegen der Festsetzung ihres Beitrages auf die Hälfte der Bundessubventionen äusserten viele **Kantone** - wenn auch eher hinter vorgehaltener Hand - gewichtige **Vorbehalte gegen das neue Gesetz**. Die gezielte Prämienverbilligung fand zwar durchaus Beifall, doch sollte ihrer Meinung nach das Ausmass der Subventionen nicht über den heutigen Stand, wo der Bund 1,3 Mia. und die Kantone rund 600 Mio. Fr. bezahlen, ausgedehnt werden. Sie vertraten die Ansicht, eine zusätzliche finanzielle Belastung der Kantone sei nicht zu verkraften, da ihnen das neue Gesetz neben den bereits bestehenden Ausgaben im Gesundheitswesen, zum Beispiel durch die Übernahme der Spitaldefizite, zusätzliche Lasten aufbürde, so etwa die Begleichung der Mehrkosten bei medizinisch bedingten ausserkantonalen Spitalaufenthalten. Acht Kantonsregierungen - AG, BE, SH, SO, SG, SZ, TG und ZH - drohten schliesslich unverhohlen mit Steuererhöhungen, falls das revidierte KVG vom Volk angenommen werde.<sup>8</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 29.04.1996  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 1996 errichteten die Krankenversicherungen - vertreten durch Santésuisse und den Schweizerischen Versicherungsverband - die **«Gemeinsame Einrichtung KVG»**. Diese soll die Behandlungskosten bei Notfällen von Schweizer Bürgern in EU-/EFTA-Staaten übernehmen sowie die Behandlungskosten von EU-/EFTA-Bürgern in der Schweiz vorfinanzieren und in den entsprechenden Staaten zurückfordern; Dienstleistungen zur Versicherungspflicht im Rahmen der Personenfreizügigkeit erbringen sowie die Organisation und Durchführung des Risikoausgleichs zwischen den Versicherungen vornehmen.<sup>9</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 25.10.1996  
MARIANNE BENTELI

Eine **parteiübergreifende Parlamentariergruppe** bestehend aus den Abgeordneten Gross (sp, TG), Heberlein (fdp, ZH), Eymann (lp, BS) und Hochreutener (cvp, BE) übernahm eine alte Forderung von Gesundheitsökonomern und propagierte die **Abschaffung der kantonalen Subventionen für die öffentlichen Spitäler**. Diese sollten stattdessen direkt den Versicherten zukommen. Dies würde zu gleich langen Spiessen für öffentliche und private Spitäler sowie für die stationären und die (nicht subventionierten) ambulanten Behandlungen führen. Dadurch würden auch die Versicherten mehr Einblick in die effektiven Kosten erhalten. Dieser Vorschlag erhielt Unterstützung vom Präsidenten der Sanitätsdirektorenkonferenz und - etwas weniger einhellig - von den Krankenkassen. Er wurde jedoch von einer Arbeitsgruppe der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit unter Hinweis auf die Kompetenz der Kantone abgelehnt.<sup>10</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 21.02.1997  
MARIANNE BENTELI

Unter dem Druck der trotz neuem Krankenversicherungsgesetz (KVG) ständig ansteigenden Prämien berief Bundesrätin Dreifuss im Februar einen **"Krankenversicherungs-Gipfel"** ein. Haupttenor der Veranstaltung, an der alle massgeblichen Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens teilnahmen, war die Feststellung, dass die Mängel der Krankenversicherung weniger dem neuen KVG als vielmehr dessen rascher Einführung und der zu wenig koordinierten Umsetzung zuzuschreiben sind. Mit dem Ziel, Einfluss auf die Kostenentwicklung im Krankenversicherungsbereich zu nehmen, wurden die Gespräche auf drei Themenkreise konzentriert: das Spitalwesen mit Fragen der Spitalplanung und der ausserkantonalen Hospitalisation, die öffentlichen Gesundheitsdienste mit dem Beispiel der spitalexternen Krankenpflege (Spitex) sowie die Kalkulation und Kontrolle der Krankenversicherungsprämien.<sup>11</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 08.10.1998  
MARIANNE BENTELI

Entgegen der Forderung mehrerer Krankenversicherungen soll der **Risikoausgleich** unter den Kassen, der gemäss KVG nur Alter und Geschlecht berücksichtigt, in dieser Revision noch nicht verändert werden. Die Krankenkasse CSS hatte vorgeschlagen, neben Alter und Geschlecht auch eine Hospitalisierung im Vorjahr als weiteren Risikofaktor einzubeziehen. In diesem Sinn reichte Nationalrat Gross (sp, TG) eine Motion ein (Mo. 97.3594), die als Postulat überwiesen wurde. Ebenfalls nur als Postulat angenommen wurde eine Motion Engler (cvp, AI) für einen Verzugszins auf dem Risikoausgleich (Mo. 97.3378).<sup>12</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 20.07.2000  
MARIANNE BENTELI

In Erwartung des Inkrafttretens des Bundesgesetzes über die künstliche Fortpflanzung auf den 1.1.2001 stellte sich auch die Frage, ob die **Befruchtung im Reagenzglas**, die pro Zyklus zwischen CHF 5'000 und CHF 8'000 kostet, **kassenpflichtig** werden soll. Die eidgenössische Leistungskommission, die zuhanden des EDI Empfehlungen für die Kassenpflicht von Medikamenten und Behandlungen abgibt, entschied im Grundsatz bereits, dass die In-vitro-Fertilisation darunter fallen soll, konnte sich aber noch nicht über das Ausmass und die Bedingungen einigen.<sup>13</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 07.09.2000  
MARIANNE BENTELI

Zusammen mit der Vereinigung der niederländischen Hausärzte konnte Bundesrätin Dreifuss Anfang September den **Carl-Bertelsmann-Preis für vorbildliche Leistungen im Gesundheitswesen** entgegen nehmen. Die deutsche Stiftung, die alljährlich innovative Konzepte für gesellschaftliche Probleme auszeichnet, erachtete das neue Schweizer KVG von 1996 als vorbildlich. Grundlage für den Entscheid der Jury bildete eine umfassende vergleichende Länderstudie zwischen den Gesundheitssystemen in Dänemark, Deutschland, Finnland, Grossbritannien, den Niederlanden, der Schweiz und den USA nach Kriterien wie Versorgungssicherheit, Steuerungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit. Am KVG lobte die Studie vor allem die Einführung von sozialverträglich ausgestalteten Wettbewerbselementen. Positiv hervorgehoben wurden auch die Integration von ambulantem und stationärem Sektor, das Dienstleistungsverständnis von Medizinalpersonen und Krankenkassen sowie das differenzierte Leistungsangebot.<sup>14</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 05.12.2001  
MARIANNE BENTELI

Angesichts des Unmuts in der Bevölkerung über die ständig steigenden Krankenkassenprämien präsentierten die Bundesratsparteien ihre Rezepte für eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitswesens. Die **SVP** hielt an ihrer Absicht fest, über eine Volksinitiative die „massiven Systemfehler“ des KVG zu korrigieren; die obligatorische Grundversicherung soll drastisch redimensioniert und zusätzliche Leistungen über freiwillige Versicherungen abgedeckt werden. Auch die **SP** schloss eine Zerteilung der sozialen Krankenversicherung nicht aus, allerdings mit ganz anderen Schwerpunkten: Bagatellerkrankungen sollen weiterhin über die Grundversicherung abgesehen werden, Hochrisikofälle hingegen über Steuern oder einkommensabhängige Beiträge; ein besonderes Sparpotential liegt ihrer Ansicht nach bei den Medikamenten. Wie die SVP setzten auch **CVP** und **FDP** auf mehr Eigenverantwortung und verstärkten Wettbewerb, weshalb sie ebenfalls für eine Verkleinerung des Grundleistungsangebots und für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs eintraten.<sup>15</sup>



**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 12.02.2003  
MARIANNE BENTELI

Gleich nach der Volksabstimmung zur Neuregelung der Spitalfinanzierung eröffneten sowohl die Befürworter wie die Gegner die **Abstimmungskampagne**, welche bald in einen heissen **Zahlenstreit** mündete, konnte doch weder die eine noch die andere Seite schlüssig darlegen, wer bei einer Annahme der Initiative gewinnen und wer allenfalls verlieren würde. Die SP machte geltend, ein Ja zur Initiative bedeute tiefere Prämien für 80% der Versicherten und führe zur Entlastung einer Durchschnittsfamilie um rund CHF 6'000 pro Jahr. Die Gegner – der Bundesrat und die bürgerlichen Parteien – konterten, wegen der Erhöhung der Mehrwertsteuer erfolge lediglich eine Umverteilung; für Leute mit geringem Einkommen, welche heute dank der Prämienverbilligungen praktisch nichts an die Grundversicherung bezahlen, würde dies sogar zu einer Schlechterstellung führen. Über diesem Zahlenhickhack gerieten jene Elemente, welche eine Kostendämpfung anstrebten, etwas in den Hintergrund. Die Unklarheiten der Finanzierung – insbesondere wurde auch darüber gestritten, ob eine Annahme der Initiative zu einer Mehrwertsteuererhöhung um 3,5% (Bürgerliche) führen würde, oder ob 1,5% (SP) ausreichen würden – sorgten für grosse Verunsicherung in der Bevölkerung und erwiesen sich für das Begehren schliesslich als fatal, was auch in den Meinungsumfragen zum Ausdruck kam, in denen die Zustimmung kontinuierlich zurückging. Um der Initiative etwas Konstruktives entgegen zu setzen, arbeiteten Bundesrat und vorberatende Kommission der kleinen Kammer zudem fieberhaft an einer Neuauflage der 2. KVG-Revision, welche das Element einer zusätzlichen Prämientlastung für Familien wieder aufnahm, und die bereits in der Frühjahrssession im Ständerat behandelt wurde.

Santésuisse setzte rund CHF 1,5 Mio. zur Bekämpfung der Initiative ein, was für recht viel Wirbel sorgte, da nicht klar war, aus welchen Quellen diese Summe stammte.<sup>16</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 06.04.2009  
LINDA ROHRER

Weitere Sparvorschläge kamen von den Gesundheitsdirektoren der Kantone. Diese wollten die Einrichtung von effizienten Ärztenetzwerken forcieren. Der Anreiz, ein **Managed Care Modell** zu wählen, könnte beispielsweise für gesundheitlich angeschlagene Patienten dadurch erhöht werden, dass sie keinen Selbstbehalt mehr bezahlen müssten.<sup>17</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 21.04.2009  
LINDA ROHRER

Bei einem Gesundheitsgipfel im Frühjahr forderte Bundesrat Couchepin die Einführung einer **Praxisgebühr** von CHF 30, um unnötige Arztbesuche zu verhindern. Diese finanzielle Hürde sollte die Patienten davon abhalten, wegen Bagatellen die Krankenkasse zu beanspruchen. Die Belastung chronisch Kranker wurde dabei allerdings begrenzt. Der Vorschlag stiess auf sehr viel Kritik: Einzig der Krankenkassenverband Santésuisse stand der vorgeschlagenen Praxisgebühr positiv gegenüber. Neben der Praxisgebühr stellte Couchepin wenig später noch weitere Massnahmen vor, um die angekündigten massiven Prämien erhöhungen zu stoppen. Einerseits sollte eine Telefonberatung eingeführt werden, welche alle Versicherter kostenlos erbringen müssen. Andererseits wollte der Bundesrat die Kompetenz erhalten, die Senkung der Arzttarife bei einer überdurchschnittlichen Kostensteigerung beschliessen zu können. Mit Leistungsaufträgen sollten die Kantone zudem dazu gebracht werden, die Kosten bei den Spitalambulatorien zu senken. Für die Verbilligung von Krankenkassenprämien forderte Couchepin zudem den Einsatz von mehr Bundesmitteln.<sup>18</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**DATUM: 01.01.2012  
ANJA HEIDELBERGER

Im Jahr **2012** stiegen die **Krankenkassenprämien** verglichen mit den vorangegangenen zwei Jahren nur schwach. Für die Grundfranchise von CHF 300 mit Unfaldeckung betrug der Aufschlag durchschnittlich 2.2 Prozent, für Kinder gar nur 1.4 Prozent. Deutlich stärker stiegen die Prämien der jungen Erwachsenen zwischen 19 und 25 Jahren mit 4.4 Prozent an. Insgesamt stellte dies den zweittiefsten Prämienaufschlag für Erwachsene seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 dar. Als besonders gross erwies sich der Anstieg im Kanton Appenzell-Innerrhoden mit 5.5 Prozent, am niedrigsten war er in den Kantonen Tessin und Bern, wo die Prämienentwicklung gar rückläufig war (BE: -0.6%, TI: -1.0%).<sup>19</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 14.12.2012  
FLAVIA CARONI

Im Herbst waren **Spannungen zwischen dem BAG und dem Internetvergleichsdienst Comparis** Gegenstand intensiver Medienberichterstattung. Bundesrat Berset drückte seine Unzufriedenheit darüber aus, dass private Vergleichsdienste wie Comparis für ihre Dienstleistungen Kommissionen von den Versicherern kassieren, was sich schlussendlich auf die Prämien niederschläge. Im Vorjahr hatte das BAG aus diesem Grund einen eigenen, kostenlosen Prämienrechner namens Priminfo lanciert, über den ebenfalls direkt Offerten der Versicherer angefordert werden konnten. Nach einer Klage von Comparis beim Innendepartement wurde dieser Teil des Services im Juni des Berichtsjahres im Rahmen einer gütlichen Einigung aber wieder entfernt. Im Herbst gab Bundesrat Berset bekannt, eine Wiedereinführung anzustreben, wogegen sich Comparis wehrte. Eine Motion Rossini(sp, VS) setzte sich in der Folge für die Schaffung einer Rechtsgrundlage für einen bundeseigenen Prämienvergleichsdienst ein, wurde im Nationalrat aber bekämpft und die Beratung schliesslich verschoben. Für zusätzlichen Zündstoff sorgte die Ankündigung einer Strafklage durch das BAG gegen Comparis aufgrund eines im Vorjahr publik gewordenen Hackerangriffes eines Comparis-Mitarbeiters auf den Prämienrechner des BAG.<sup>20</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 01.01.2013  
FLAVIA CARONI

Im Sommer kündigte der Branchenverband der Krankenversicherer, Santésuisse, für das Jahr **2013** ein moderates **Prämienwachstum** von zwei bis drei Prozent an. Im Herbst gab das BAG einen Anstieg von gar nur 1,5% bekannt. Ab 2014 drohten jedoch unter anderem aufgrund der Unsicherheit bei der neuen Spitalfinanzierung wieder grössere Aufschläge.<sup>21</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 01.01.2014  
FLAVIA CARONI

Anfang des Jahres veröffentlichte das Konsumentenforum die Ergebnisse einer repräsentativen Konsumentenbefragung, in welcher die hohen Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien als grösste Sorge der Konsumentinnen und Konsumenten in der Schweiz bezeichnet wurden. Bereits im Frühjahr gaben verschiedene grosse Krankenversicherungsunternehmen bekannt, für **2014** nur kleine Aufschläge von einem bis drei Prozent auf die **Prämien** der obligatorischen Grundversicherung anzuvisieren. Jedoch zeichneten sich nebst regionalen Unterschieden in diesem Jahr auch Unterschiede zwischen den verschiedenen Versicherungsmodellen ab: In einem Kreisschreiben an die Versicherer kündigte das Bundesamt für Gesundheit im Juni an, spätestens bis im Jahr 2016 nur noch jene Prämienrabatte für Managed-Care-Modelle bewilligen zu wollen, welche sich aus effektiven Kosteneinsparungen ergeben. Nicht mehr bewilligt werden sollen Prämienrabatte, die durch eine günstige Risikoselektion in die entsprechenden Modelle zustandekommen. Während einige Kassen gelassen auf die neuen Bestimmungen reagierten, befürchteten andere eine Prämienhöhung von bis zu 10% für Versicherte in Modellen mit eingeschränkter Arztwahl. Infolgedessen sei mit einer Rückkehr in klassische Versicherungsmodelle zu rechnen, was den Bemühungen des Innenministers Berset, Managed-Care-Modelle auf freiwilliger Basis zu fördern, zuwiderlaufe. Im September gab Berset schliesslich einen Prämienanstieg von durchschnittlich 2,2% bekannt, wobei der Zuwachs in den Ostschweizer Kantonen, bei den Kinderprämien und den Prämien für junge Erwachsene überdurchschnittlich ausfiel. Wie bereits im Vorjahr rief der moderate Prämienanstieg angesichts der wachsenden Gesundheitskosten erneut die Befürchtung wach, in näherer Zukunft sei mit einem sprunghaften Aufschlag zu rechnen.<sup>22</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 01.01.2014  
FLAVIA CARONI

Die Frage der **Telefonwerbung von Krankenkassen** beschäftigte 2014 einmal mehr nicht nur die Politik, sondern auch eine breite Öffentlichkeit. Mitte 2011 war eine Branchenvereinbarung in Kraft getreten, in der die Versicherer sich verpflichteten, auf Telefonwerbung für ihre Grundversicherungsangebote zu verzichten und die Maklerprovisionen zu beschränken. Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten hatte der Krankenversichererverband Santésuisse die Vereinbarung der Wettbewerbskommission Weko zur Prüfung vorgelegt, um sich kartellrechtlich abzusichern. Diese gab im Februar 2014 bekannt, die Vereinbarung enthalte Anhaltspunkte für eine mögliche Wettbewerbsbeschränkung. Es sei wichtig, dass die Versicherer über Informationsmittel verfügten, denn sie ermöglichten einen funktionierenden Wettbewerb. Eine Beschränkung führe zu Intransparenz und zu hohen Prämien. Santésuisse hob daraufhin die Vereinbarung auf – laut verschiedenen kritischen Stimmen war diese ohnehin unwirksam gewesen. So waren bei Konsumentenschutzorganisationen innerhalb von zwei Jahren über 7'000 Beschwerden eingegangen, wonach Callcenter Telefonnummern trotz Sternmarkierungen im Telefonbuch angerufen hätten. Die Vermittlungsfirmen hätten sich zudem einfach auf

den Verkauf von Zusatzversicherungen spezialisiert, welcher nicht geregelt und rentabler sei. Das im Herbst verabschiedete neue Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) schuf schliesslich die gesetzlichen Grundlagen für eine neue Branchenlösung, ohne jedoch selbst eine Beschränkung der Telefonwerbung zu enthalten.<sup>23</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 01.04.2014  
FLAVIA CARONI

Nach jahrelangen Auseinandersetzungen und über zwei Jahren des tariflosen Zustandes konnte im April 2014 eine Einigung zwischen den im Verband Tarifsuisse organisierten Krankenkassen und dem Verband der **Physiotherapeuten** Physioswiss erreicht werden: Der Taxpunktwert wurde um 9% erhöht. Allerdings beteiligen sich vier grosse Kassen, welche zusammen 35% der Grundversicherten halten, nicht an dem Kompromiss und vergüten damit weiterhin ohne vertragliche Grundlage nach dem seit 1998 nicht mehr angepassten Tarif.<sup>24</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 01.08.2014  
FLAVIA CARONI

Nachdem die Parlamentsdienste Anfang August das Register der Interessenbindungen der Ratsmitglieder aktualisiert hatten, wurde Kritik an den **Verbindungen zwischen Parlamentsmitgliedern und Krankenkassen** laut. Solche bestehen bei 16 Parlamentarierinnen und Parlamentariern, welche meist in Bei- oder Verwaltungsräten von Krankenkassen sitzen. Zwölf davon sind Mitglieder der für die Krankenversicherung zuständigen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit SGK ihres jeweiligen Rates. Es handelt sich dabei um Vertreterinnen und Vertreter der SVP, FDP, CVP und BDP. Laut eigenen Angaben der Parlamentsmitglieder und Recherchen aus Journalistenkreisen bewegen sich die Jahresgehälter für die Beirats- und Verwaltungsratsämter im tiefen bis hohen fünfstelligen Bereich. Linke Stimmen kritisierten, die Volksvertreterinnen und Volksvertreter stünden für die Interessen privater Firmen ein statt für jene ihrer Wählerschaft. Der Einfluss der Kassenlobby im Parlament sei ungesund und grenze gar an Korruption. Es sei grundsätzlich sehr un schön, dass das Parlamentsgesetz die Einsitznahme von Parlamentsmitgliedern in leitenden Organen der Durchführer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erlaube, wurde bemängelt. Schliesslich sei die Einsitznahme in ähnlichen Organen der ehemaligen Bundesbetriebe wie Post, Ruag und SRG untersagt. Die betreffenden Parlamentarierinnen und Parlamentarier verteidigten sich, es liege in der Natur des Milizparlaments, dass jene Personen, welche sich für Gesundheit interessierten, auch beruflich mit diesem Bereich verbunden seien. Nicht nur die Krankenkassen, auch die Ärzteschaft, die Spitäler und die Pflegeberufe seien im Parlament vertreten und brächten wichtige Informationen ein. Im September lehnte das Bundesgericht die Beschwerden gegen sieben Krankenkassen bezüglich deren Beteiligung am Abstimmungskampf zur öffentlichen Krankenkasse ab, hielt in seiner Begründung jedoch unter anderem fest, dass Krankenkassen im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung staatliche Aufgaben wahrnehmen. Damit handeln sie als Organe der Behörden. Auf dieses Urteil bezieht sich eine Ende September 2014 eingereichte parlamentarische Initiative Steiert (sp, FR), die im Parlamentsgesetz die Unvereinbarkeit zwischen Parlamentsmandat und behördlichem Mandat auch für Krankenkassen festschreiben will. Sollte der Vorstoss am bürgerlichen Parlament scheitern, werde man notfalls die Lancierung einer Volksinitiative in Betracht ziehen, so Steiert. Für zusätzliche Verärgerung in linken Kreisen sorgte einen Tag nach der Abstimmung über die öffentliche Krankenkasse die Wahl der Ständeräte Schwaller (cvp, FR) und Eberle (svp, TG), beide Mitglied der SGK-SR, in den sechsköpfigen Verwaltungsrat der Groupe Mutuel.<sup>25</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 01.01.2015  
FLAVIA CARONI

Stärker noch als in den Vorjahren beschäftigte das Thema der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 2014 Medien und Öffentlichkeit, was auch mit der im September stattfindenden Abstimmung über eine öffentliche Krankenkasse zusammenhing. Bereits im Frühjahr wurde bekannt, dass die Gesundheitskosten im Jahr 2013 um den Rekordwert von 6,7% gewachsen waren (Hauptkostentreiber waren die Spitalbehandlungen), wobei es grosse Unterschiede zwischen den Kantonen gab. Insbesondere waren die Kosten jedoch deutlich stärker angestiegen als die Prämien, eine Entwicklung, die sich 2014 fortsetzte und zu schrumpfenden Reserven bei den Versicherern führte. Früh wurde daher die Befürchtung eines Prämienchocks laut, da die **Prämien 2015** auch die Steigerung der Gesundheitskosten der beiden Vorjahre kompensieren müssten. Jedoch wurde auch, insbesondere seitens linker Politiker, der Verdacht laut, die Kassen würden ihre Prämien weiterhin künstlich tief halten, um ein Ja zur Einheitskassen-Initiative aufgrund eines im Zeitraum der Abstimmung durch das BAG angekündigten starken

Prämienanstiegs zu verhindern. Die Versicherer würden einen Teil ihrer verbleibenden Reserven nutzen, um das Prämienwachstum zu dämpfen, so die Vermutung. Dem widersprachen Branchenvertreter und Gesundheitsminister Berset, der drei Tage vor der Abstimmung eine Prämienhöhung von durchschnittlich 4% ankündigte – ein deutlich stärkerer Anstieg als in den Vorjahren, jedoch kein eigentlicher Prämienchock. Das BAG habe die Angaben der Versicherer genau geprüft und könne daher taktisch zu tiefe Prämien aufgrund der Abstimmung ausschliessen, weshalb auch für 2016 nicht mit einem Prämienprung zu rechnen sei, so das Amt. Die Prämienhöhungen fielen kantonal und nach Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich aus: Stark betroffen waren die Zentralschweiz und die jungen Erwachsenen, am moderatesten gestaltete sich der Anstieg im Kanton Bern. Der vom BAG bekanntgegebene durchschnittliche Prämienanstieg gebe nicht das gesamte Wachstum des Prämienvolumens wieder, wurde kritisiert: Die 4% Prämienwachstum bezögen sich auf erwachsene Versicherte im Standardmodell mit einer Franchise von 300 Franken. Viele Versicherte würden heute jedoch ein Modell mit höherer Franchise oder eingeschränkter Arztwahl wählen. Gerade bei den Hausarzt- und Telmed-Modellen sei mit höheren Anstiegen zu rechnen, da manche Versicherer in den Vorjahren aggressive Preisstrategien gewählt hätten, um junge, gesunde Versicherte zur Wahl eines solchen Modells zu bewegen. In der Folge seien die Rabatte teils zu hoch gewesen und würden insbesondere aufgrund des neuen, verfeinerten Risikoausgleichs nun infrage gestellt, so die Kritik. Die Anzahl der Anbieter im Markt verkleinerte sich erneut: Sieben Kassen erfüllten per Stichtag die Mindestanforderungen des BAG für die Reserven nicht; zwei von ihnen werden ihre Geschäftstätigkeit deshalb per Ende 2014 aufgeben, womit 59 Kassen übrig bleiben. Weiter wurde bekannt, dass der Anteil der Verwaltungskosten am Prämienvolumen, der seit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung rückläufig ist, auch 2013 erneut gesunken war und noch 5,0% betrug.<sup>26</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 01.01.2016  
FLAVIA CARONI

Im Juli 2015 wurden erste Prognosen für die **Prämien 2016 der Krankenversicherung** bekannt. Vonseiten des Krankenversichererverbands Santésuisse hiess es, da im laufenden Jahr mit einer Steigerung der Gesundheitskosten um 3,5% zu rechnen sei, müssten Prämienhöhungen um bis zu 4% erwartet werden. Besonders stark, nämlich rund 5%, sei die Kostensteigerung im ambulanten Bereich (Praxen und Spitalambulatorien). Unter anderem mache sich hier die in den Jahren 2012 und 2013 deutlich erhöhte Anzahl der Neuzulassungen von Spezialärzten und -ärztinnen bemerkbar, die eine Mengenausweitung nach sich gezogen hatte, hiess es. Auch habe der Rechnungsbetrag pro Konsultation zugenommen, und Ärztinnen und Ärzte würden in grösserem Masse Zeit für Leistungen in Abwesenheit der Patienten, wie Aktenstudium, verrechnen. Mit der zunehmend ambulanten Durchführung verschiedener Behandlungen, darunter sogar Chemotherapien, die dem medizinischen Fortschritt zu verdanken ist, verschiebt sich auch die Kostenlast: Während im stationären Bereich die Kosten etwa hälftig von den Kantonen und den Versicherern getragen werden, wird der ambulante Bereich gänzlich durch die Krankenkassen finanziert.

Gesundheitspolitikerinnen und -politiker zeigten sich wenig überrascht ob der Ankündigung. Es bestünden starke Fehlanreize im System und man werde für eine Effizienzsteigerung nicht darum herkommen, auch unpopuläre Massnahmen einzuführen. Welche dies sind – diskutiert werden unter anderem eine Einschränkung der freien Arztwahl oder die Aufhebung des Vertragszwangs – ist dagegen umstritten. Einige Hoffnungen bestanden im Zusammenhang mit einer laufenden Revision des Tarmed. Aus der Romandie ertönte weiterhin die Forderung, kantonale Einheitskassen zuzulassen.

Die definitiven Zahlen publizierte das BAG Ende September, nachdem es die Prämien der Krankenversicherer für das nächste Jahr bewilligt hatte. Wie zuvor vermutet, gab Bundesrat Berset einen Anstieg der Standard-Prämie für Erwachsene um 4,0% bekannt, was dem Anstieg des Vorjahres entspricht. Die Standardprämie für Kinder würde um 3,9%, jene für junge Erwachsene um 3,6% ansteigen. Wie bereits in den Vorjahren war jedoch der Aufschlag in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl, dazu gehören Hausarzt- und Teldoc-Modelle, höher als beim Standardmodell, weshalb der effektive Prämienaufschlag im Schnitt 5,4% beträgt. Der Prämienanstieg unterschied sich stark zwischen den Kantonen. Am härtesten traf es den Kanton Neuenburg mit 8,2%, am schwächsten Appenzell Innerrhoden mit 2,2%; in Zürich und Bern betrug der Aufschlag 3,6% respektive 3,2%. Besonders hoch fiel der Aufschlag bei der Billig-Kasse Assura aus: Sie musste ihre durchschnittliche Prämie um 9,3% erhöhen, da sich die Zusammensetzung ihres Versichertenpools verändert hatte und dieser nun vermehrt auch Personen mit hohen Krankheitskosten umfasste. Dies traf vor allem die Romandie,

in der die Assura stark vertreten ist – im Kanton Neuenburg ist die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner bei der Assura versichert.<sup>27</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 04.10.2016  
FLAVIA CARONI

Im Jahr 2016 wurde das Thema der **Interessenbindungen der Parlamentsmitglieder zu Krankenkassen** erneut diskutiert. Nachdem man bereits den Chefs der bundesnahen Betriebe SBB, SRG, Post und Swisscom die Einsitznahme im Parlament verboten habe, müsse dies nun auch für Kassenvertreter gelten, äusserten sich der waadtländische Gesundheitsdirektor Maillard (VD, sp) und welsche Parteikollegen in der Presse. Der stark regulierte Krankenversicherungsmarkt, auf dem Versicherungszwang herrscht und die Kassen eine staatliche Aufgabe erfüllen, lasse diese Analogie zu. Eine Machtkonzentration wie bei FDP-Bundeshausfraktionschef Cassis (TI), der zusätzlich zu seinem Parteiamt Präsident der Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit des Nationalrats und Präsident des Krankenversichererverbandes Curafutura ist, sei nicht akzeptabel. Die Macht der Kassen im Parlament verhindere wichtige Reformen im Gesundheitswesen, weshalb die SP auch zwei Volksinitiativen angekündigt hatte. Der angesprochene Nationalrat Cassis wehrte sich daraufhin ebenfalls in der Presse: Es sei das Wesen des Milizparlaments, dass seine Mitglieder auch anderen Organisationen angehören und deren Interessen im Parlament einbringen. Sein Mandat bei Curafutura hänge nicht von seinem Parlamentsmandat ab. Von Seiten der SVP hiess es, die SP traure bloss ihrer Einheitskasseninitiative nach, die die Stimmbevölkerung im Jahr 2014 abgelehnt hatte. Eine Auswertung der Basler Zeitung ergab im August, dass im Nationalrat die Interessen der Ärztinnen und Ärzte deutlich stärker vertreten seien als jene der Versicherer, im Ständerat lägen die Pharmaindustrie und Patientenorganisationen gleichauf. Als Grundlage für die Auswertung diene die von den Parlamentsdiensten veröffentlichte Liste der Interessenbindungen.<sup>28</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 01.01.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Das Kostenmonitoring des BAG zeigte für das erste Quartal 2016 einen Kostenanstieg in der Grundversicherung um 7.7 Prozent; in der Folge kamen bereits im Mai 2016 erste Befürchtungen auf, wonach **2017** kein gutes **Prämienjahr** werden würde. Im weiteren Verlauf des Jahres wurden entsprechend immer mehr Stimmen laut, die eine starke Prämienhöhung prognostizierten. Im September 2016 erwies sich die Prämienersituation jedoch weniger schlimm als erwartet: Die Prämien für Erwachsene mit einer Standardfranchise von CHF 300 und Unfaldeckung stiegen durchschnittlich um 4.5 Prozent, 0.1 Prozent weniger als im langjährigen Durchschnitt und deutlich weniger als befürchtet worden war. Einiges stärker legten hingegen die Prämien bei höheren Franchisen (5.8 Prozent), für junge Erwachsene zwischen 19 und 25 Jahren (5.4 Prozent) und insbesondere für Kinder (6.6 Prozent) zu. Gerade Letzteres sorgte für viel Kritik: Dadurch steige die Belastung für Familien deutlich, wurde vielfach moniert. Gesundheitsminister Berset bedauerte diese Entwicklung, wies aber darauf hin, dass die Gesundheitskosten für Kinder stark gewachsen seien – von rund CHF 500 (1997) auf über CHF 1'000 (2015) pro Jahr. Da die Kinderprämien die entsprechenden Kosten nicht mehr gedeckt hätten, sei der sprunghafte Anstieg nötig geworden. Grosse Unterschiede sowohl in der Zunahme als auch in der tatsächlichen Prämienhöhe zeigten sich einmal mehr bezüglich Kanton und Wohnort, der Krankenversicherung sowie dem Versicherungsmodell. Mit über sieben Prozent war die Zunahme in den Kantonen Jura (7.3%) und Glarus (7.1%) besonders hoch, mit etwas über drei Prozent in den Kantonen Bern (3.5%) und Aargau (3.6%) hingegen besonders tief.

In der Folge diskutierten die Medien über mögliche Gründe für diesen Anstieg und beriefen sich auf eine Studie des BAG. Diese hatte kurz zuvor aufgezeigt, dass der Kostenanstieg vor allem auf eine zunehmende Inanspruchnahme von ambulanten Diensten von Spitälern sowie von Leistungen von Spezialärztinnen und -ärzten zurückzuführen sei. So sei die Anzahl Patienten im spitalambulanten Bereich zwischen 2009 und 2015 um 34 Prozent angestiegen und da Hausärztinnen und Hausärzte dieselben Leistungen billiger erbringen könnten als Spitäler, habe das einen grossen Effekt auf die Prämien. Zudem seien die Haus- und Kinderärzte bessergestellt worden, was die OKP weitere CHF 200 Mio. gekostet habe, schrieb die Sonntagszeitung. Gleichzeitig hätten Tarifrückungen bei den Spezialärzten kaum zu Kosteneinsparungen geführt. Erstmals wurden zudem die Negativzinsen als Kostenfaktor angeführt: Diese hätten sich negativ auf die Reserven der Krankenversicherer ausgewirkt. Dass die Kapitalanlagen der Krankenversicherer zudem kaum Anlagerendite abwarfen, habe die Prämienersituation auch nicht verbessert.<sup>29</sup>

Wie bereits im Vorjahr hörte man auch im Jahr 2017 viele Stimmen, die sich ob dem **Prämienanstieg fürs Jahr 2018** besorgt zeigten. Unter anderem prognostizierte die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich im Juni 2017 einen Anstieg der Gesundheitskosten auf über CHF 10'000 pro Person und Jahr. Nach der Ankündigung eines Eingriffs des Bundesrats bei Tarmed verbesserten sich im August 2017 jedoch die Prognosen. Durch die Änderungen im Tarmed könne man CHF 470 Mio. pro Jahr einsparen, erklärte Gesundheitsminister Berset. Da Letzterer zudem die Krankenversicherer anhielt, diese Einsparungen bereits in den Prämien fürs Jahr 2018 zu berücksichtigen, ging man davon aus, dass diese um 1.5 Prozent weniger stark steigen würden als ohne den Eingriff. Der Krankenkassenverband Curafutura rechnete entsprechend mit einem Prämienanstieg zwischen 2.5 und 3.5 Prozent anstelle von 4 bis 5 Prozent. Anders sah dies der Krankenkassenverband Santésuisse. In einem Brief an den Gesamtbundesrat nannte er das Vorgehen des BAG «gefährlich»; es sei unklar, ob es wirklich zu Einsparungen in dieser Höhe kommen würde. Denn beim ersten Tarmed-Eingriff des Bundesrats 2014 hätten die Leistungserbringer die Kürzungen durch Mengenausweitung oder Verrechnung auf andere Positionen kompensiert. Zudem gebe es keine gesetzliche Grundlage dafür, allfällige zukünftige Kosteneinsparungen bei der Prämienberechnung zu berücksichtigen. Insgesamt befürchtete Santésuisse, dass die Prämien 2018 zu niedrig festgelegt würden und es so 2019 zu einem starken Prämienanstieg kommen würde. Dann müssten einige Versicherte aufgrund der Neueinteilung der Prämienregionen sowie wegen tieferer Rabatte bei der höchsten Franchise mit einem Prämienanstieg von bis zu 20 Prozent rechnen.

Kurz vor Bekanntgabe der Prämien für das nächste Jahr präsentierte Santésuisse überdies die Kosten der OKP. Diese betragen fürs Jahr 2016 CHF 31.7 Mrd. und waren um 3.8 Prozent angestiegen, was wie im Vorjahr vor allem auf das Kostenwachstum im spitalambulantem Bereich (8%) und bei den Medikamentenpreisen zurückzuführen war.

Ende September verkündete Bundesrat Berset schliesslich, dass die Prämien für die Grundfranchise von CHF 300 mit Unfaldeckung durchschnittlich um 4 Prozent und damit unterdurchschnittlich (4.6%) stark steigen würden. Grosse Unterschiede zeigten sich insbesondere zwischen den Sprachregionen: In der Romandie stiegen die Prämien deutlich stärker als in der Deutschschweiz, die höchsten Zunahmen waren denn auch in französisch- oder zweisprachigen Kantonen festzustellen (Waadt: 6.4%, Wallis: 5.9%, Genf: 5.4%, Neuenburg: 5.4%). Deutliche Worte fand diesbezüglich vor allem der Waadtländer Gesundheitsdirektor Pierre-Yves Maillard (VD, sp), der die Schuld am Anstieg der Gesundheitskosten bei der Bundespolitik sah. Insbesondere die neue Spitalfinanzierung mit Einführung von Fallpauschalen und freier Spitalwahl, aber auch die Aufhebung des Zulassungsstopps hätten katastrophale Auswirkungen auf die Gesundheitskosten gehabt.

Neben den regionalen Unterschieden sorgten vor allem auch die steigenden Kosten für Familien für Schlagzeilen. So wuchsen die Prämien für Kinder erneut besonders stark – um durchschnittlich 5 Prozent –, diejenigen für junge Erwachsene um 4.4 Prozent.<sup>30</sup>

Im Nachgang zur Änderung des Tarmed, die am 1. Januar 2018 in Kraft trat, zeigten sich verschiedene **Gruppierungen von ambulanten Ärztinnen und Ärzten** – zum Beispiel Gynäkologen und Orthopäden – **unzufrieden**, da ihre ambulanten Tarife reduziert worden waren. In Genf entschieden sich die Handchirurgen gar, ab dem 1. Januar für fairere Abgeltungen ihrer Arbeit zu streiken, und führten vorerst keine nicht dringlichen Operationen mehr durch. Zum Beispiel solle eine Karpaltunneloperation neu statt CHF 177 noch CHF 105 – und somit weniger als ein Haarschnitt, wie Stéphane Kämpfen, Präsident der Gruppe der Handchirurgen betonte – kosten. Dadurch würden sie mit solchen Operationen Verluste erzielen, argumentierten die Chirurgen; zudem seien solche Tarife schon fast eine Beleidigung ihrer Arbeit. Der Streik dauerte bis zum 1. März 2018: Nach langen Verhandlungen standen die Genfer Handchirurgen kurz vor einer Einigung mit Santésuisse für eine neue nationale Vergütung von fünf Behandlungen, so dass das Tarmed in diesen Bereichen nicht zur Anwendung gelangen würde. Da das KVG den Kantonen die Möglichkeit gebe, mit den Tarifpartnern – den Ärztinnen, Ärzten und Krankenversicherungen – entsprechende eigene Übereinkommen zu treffen, könne der Bundesrat diese Änderung nicht verhindern, betonte die Tribune de Genève.<sup>31</sup>

Im April 2018 schlug die Debatte um die **Franchisen** speziell hohe Wellen, nachdem die CEO der Krankenversicherung CSS, Philomena Colatrella, in einem Interview mit dem SonntagsBlick vorgeschlagen hatte, neben anderen Massnahmen auch eine Erhöhung der Mindestfranchise auf CHF 5'000 bis CHF 10'000 zu prüfen. Dadurch würden die Prämien stark sinken – gemäss ersten Schätzungen auf CHF 170 pro Monat und Person –, wodurch bei der Prämienverbilligung Gelder frei würden, um die sozial Schwächeren bei der Bezahlung der Kosten innerhalb der Franchise zu unterstützen. Dadurch würde die Eigenverantwortung gestärkt, wodurch wiederum die Gesundheitskosten sinken würden, erklärte Colatrella. Dieser Vorschlag sorgte bei zahlreichen Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitspolitik für Aufruhr: Eine solche Erhöhung könne sich kaum jemand leisten, war der Tenor. Für Patientenschützerin Susanne Hochuli würde dieser Vorschlag das Ende des heutigen Kassensystems darstellen, weil die Kosten der sozialen Abfederung nicht mehr durch die Prämiegelder bezahlt würden. Barbara Gysi (sp, SG) befürchtete eine zusätzliche Belastung der sozial Schwächeren und Heinz Brand (svp, GR) prognostizierte gar einen Volksaufstand. Neben der breiten Kritik wurden aber auch verständnisvolle Stimmen laut, die eine umfassende Diskussion über alternative Modelle forderten.

Gleichzeitig beschäftigte sich im Jahr 2018 auch die Politik ausführlich mit dem Thema der Franchisen. So wurden 2018 neun Geschäfte zu diesem Thema beraten. Der Nationalrat stimmte drei Motionen der FDP.Liberalen-Fraktion zu, gemäss denen die Franchisen zukünftig regelmässig angepasst werden (Mo. 16.3110) und die Maximal- (Mo. 16.3111) und Minimalfranchise (Mo. 16.3112) erhöht werden sollen. Gehör im Nationalrat fanden auch eine Motion Landolt (bdp, GL; Mo. 16.3084) zur Anpassung der ordentlichen Franchise der OKP von CHF 300 auf mindestens CHF 400 sowie eine parlamentarische Initiative Borer (svp, SO; Pa.lv. 15.468) für eine Verlängerung der Vertragsdauer bei besonderen Versicherungsformen wie Wahlfranchisen von einem auf drei Jahre. Einer Forderung der SGK-SR zur Beibehaltung der Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen (Mo. 17.3637) stimmte der Ständerat zu. Damit wollte er verhindern, dass der Bundesrat die Maximalrabatte der mittleren Franchisen anpasst, wie ein Bericht zuvor gefordert hatte. Einer ähnlichen Forderung bezüglich der Anzahl Franchisenstufen (Motion Weibel (glp, ZH; Mo. 15.4222)) stimmte die kleine Kammer ebenfalls zu. Lediglich eine Motion Stöckli (sp, BE; Mo. 17.3771) mit der gegensätzlichen Forderung, wonach der Maximalrabatt der Wahlfranchise über CHF 500 von 70 auf 80 Prozent hätte erhöht werden sollen, lehnte er ab. Die Botschaft für eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung (BRG 18.036) legte der Bundesrat ebenfalls 2018 vor: Damit soll das Verhältnis zwischen Franchisen und Bruttokosten für die OKP bei 1:12 fixiert werden; steigen die Kosten auf das Dreizehnfache der Franchise, müsste diese erhöht werden.<sup>32</sup>

Im Jahr 2018 mehrten sich Zeitungsberichte zu **schwarzen Listen von säumigen Prämienzahlenden**. Seit 2012 können Kantone Personen, die ihre Prämien trotz Betreibungen durch die Krankenkassen nicht bezahlten, auf solchen Listen erfassen. Für diese übernehmen die Krankenkassen in der Folge nur noch «Notfallbehandlungen». Anfang 2018 hatten neun Kantone (AG, GR, LU, SG, SH, SO, TH, TI, ZG) solche Listen eingeführt, schweizweit befanden sich darauf 29'000 Personen. Anfang 2018 berichteten die Medien, bisher sei keine Wirkung der Listen auf die Zahlungsmoral zu beobachten. So hätten die eingereichten Betreibungsbegehren wegen nicht bezahlter Krankenkassenprämien und die entsprechenden Verluste für die Krankenversicherungen und die Kantone, die 85 Prozent der Kosten übernehmen müssten, auch in Kantonen mit schwarzen Listen in den letzten Jahren zugenommen. Eine Studie des Kantons Zürich zeigte denn auch auf, dass die Prämienausstände in Kantonen mit schwarzen Listen genauso angestiegen waren wie in anderen Kantonen. Franziska Roth (AG, svp), Regierungsrätin des Kantons Aargau, betonte, dass von der Liste kein «durchschlagender Abschreckungseffekt» ausgehe. Stattdessen entstehe Spitälern, Krankenkassen und Kantonen ein hoher administrativer Aufwand. «Die schwarze Liste löst keine Probleme, sie schafft neue», betonte Roth. Der Kanton Thurgau zeigte sich als einziger zufrieden mit dem Instrument. Der Thurgauer Regierungsrat Jakob Stark (TG, svp) betonte, dass eine Untersuchung im Thurgau ergeben habe, dass zwei Drittel der Leute auf der schwarzen Liste keinen Anspruch auf Prämienverbilligung hätten. Es gebe somit mehr Leute, «die nicht zahlen wollen, als solche, die nicht zahlen können», erklärte er und wehrte sich dagegen, dass den Leuten auf der Liste automatisch eine Opferrolle zuteilwerde. Wichtig sei, dass die Behörden wie in seinem Kanton frühzeitig auf die säumigen Prämienzahlenden zugehe und mit ihnen Lösungen suche. So diene die Liste im Kanton Thurgau eher als eine Art «Frühwarnsystem», lobten die Medien.

Auch die Konsequenzen für die Betroffenen wurden in den Medien diskutiert. Da eine Definition des Notfallbegriffs fehle, müssten konkret die Ärztinnen und Ärzte entscheiden, was ein «Notfall» ist. Wegen der ethischen Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte und der Aufnahmepflicht für Notfälle habe dies somit keine Nichtbehandlungen zur Folge, berichteten die Medien anfänglich. Dass die Sachlage nicht ganz so einfach war, zeigten Zeitungsberichte im April 2018, als Fälle bekannt wurden, in denen Krankenkassen «den Begriff Notfall sehr eigenwillig interpretier[ten]», wie zum Beispiel Markus Schwendinger vom Kantonsspital Baden berichtete, und unter anderem Geburten oder Krebsfälle nicht als Notfälle anerkannten. In diesen Fällen blieben die Spitäler auf den Kosten sitzen.

Dass ein Platz auf dieser schwarzen Liste drastische Konsequenzen für die Betroffenen haben kann, zeigte schliesslich ein tragischer Fall im April 2018. Eine Krankenkasse hatte einem 55-jährigen HIV-positiven Bündner trotz Warnung der Ärzte die Bezahlung von HIV-Medikamenten und anschliessend, nach Ausbruch der Krankheit, von Aids-Medikamenten verweigert. Der Mann starb kurze Zeit später. Die Krankenkasse verteidigte ihr Vorgehen damit, dass ein Notfall als «akuter, lebensbedrohlicher Zustand» definiert sei, was in diesem Fall jedoch nicht vorgelegen habe. Dieser Fall führte zu einiger Aufruhr in den Medien. Die Schweiz steuere auf eine Zweiklassenmedizin zu, wurde kritisiert. Die schwarze Liste gefährde die medizinische Grundversorgung der wirtschaftlich und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen, schrieb etwa die Solothurner Regierung und betonte, die Krankenversicherungen würden als Einzige von dieser Regelung profitieren, da sie von den Kantonen 85 Prozent der ausstehenden Kosten zurückerstattet erhielten und in der Folge nur noch die Notfallbehandlungen übernehmen müssten. Doch auch die Krankenversicherer zeigten sich in den Medien von den schwarzen Listen wenig begeistert, da für sie ein zusätzlicher Aufwand entstehe.

Im Mai 2018 folgte erstmals ein Gerichtsurteil zur Notfalldefinition im Zusammenhang mit schwarzen Listen. Darin urteilte das Versicherungsgericht St. Gallen, die Krankenkasse Assura habe eine Zahlung für eine Geburt zu Unrecht nicht übernommen. Die Versicherung hatte den Verzicht damit begründet, dass eine Geburt planbar sei und somit keinen Notfall darstelle. Das Kantonsspital St. Gallen hatte die Versicherung in der Folge verklagt. Das Gericht definierte den Begriff der «Notfallbehandlung» deutlich breiter, als es die Versicherung getan hatte. Ein Notfall liege vor, «wenn dem Medizinalpersonal eine Beistandspflicht zukommt» und eine Person umgehend Hilfe brauche, weil ihre Gesundheit sonst ernsthaft beeinträchtigt werden könnte. Zentral sei somit, wie die Ärztinnen und Ärzte die Situation einschätzten. Das Gericht wies überdies darauf hin, dass es einer einheitlichen Definition eines Notfalls bedürfe, weil sonst gegen das Gleichbehandlungsgebot verstossen werde.

Diese Entwicklungen hatten auch politische Folgen. Im Juni 2018 reichte Angelo Barrile (sp, ZH) eine Motion zur ersatzlosen Streichung der schwarzen Listen aus dem KVG ein, einen Monat später verlangte die SGK-NR in einer Motion eine Pflicht für die Kantone, den Artikel zu den schwarzen Listen um eine Definition des Begriffs «Notfall» zu ergänzen. In verschiedenen Kantonen wurden die schwarzen Listen jedoch gänzlich in Frage gestellt; Graubünden und Solothurn schufen sie im Laufe des Jahres 2018 wieder ab.<sup>35</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 01.01.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2018 waren für einmal positive Neuigkeiten von der Prämienfront zu vernehmen: Für das Jahr 2017 hatte das Monitoring des BAG einen Rückgang der Leistungen im Bereich «Spital stationär» um 2.8 Prozent pro Person festgestellt. Erste Abklärungen bei den Spitälern und Spitalverbänden trübten die Freude jedoch bereits wieder. Vieles deutete darauf hin, dass diese Reduktion nicht einer Abnahme der Fallzahlen geschuldet, sondern auf das neue Spitalgesetz zurückzuführen war, das nun Wirkung zeigte: Seit Anfang 2017 mussten die Kantone mindestens 55 Prozent der stationären Spitalkosten übernehmen. Dadurch verringerte sich zwar der Anteil der von den Krankenkassen übernommenen und damit für die Prämien relevanten Kosten, stattdessen stiegen aber die von den Steuerzahlenden übernommenen Gesundheitskosten an. Trotzdem erwarteten die Medien aber auch fürs **Jahr 2019** steigende **Prämien**, da das Mengenwachstum im ambulanten Bereich, der vollständig von der OKP übernommen wird, die «Einsparungen gleich wieder wegfresse» – wie es die Aargauer Zeitung formulierte.

Bereits im April 2018 folgte ein weiterer Dämpfer: Das BFS informierte, dass die Gesundheitsausgaben 2016 erstmals CHF 80 Mrd. überstiegen und sich diese daher seit Einführung des KVG 1996 verdoppelt hätten. Die Gesundheitskosten machten somit 12.2 Prozent des BIP oder 803 Franken pro Person im Monat aus. Jahreskosten von über CHF 10'000 pro Kopf prognostizierte die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich weiterhin für die kommenden Jahre. In Übereinstimmung damit zeigte eine



Umfrage von Tamedia im Juni 2018, dass die Gesundheitskosten für 70 Prozent der Befragten zu den grössten Sorgen überhaupt gehörten.

Teilweise Entwarnung gab es jedoch im September 2018: Hatte der Krankenkassenverband Santésuisse ein Jahr zuvor noch vor einem starken Prämienanstieg 2019 gewarnt, stiegen die Prämien im Vergleich zum Vorjahr nur vergleichsweise schwach an. Neu gab das BAG nicht mehr die durchschnittliche Prämie bei einer Grundfranchise von CHF 300 mit Unfallddeckung an – mit dieser Messmethode läge der Prämienanstieg bei 2.7 Prozent und damit deutlich unter den durchschnittlichen 4.6 Prozent seit Einführung des KVG –, sondern wies stattdessen die durchschnittliche Prämienerrhöhung pro Person über alle Alterskategorien hinweg aus. Diese betrug fürs Jahr 2019 1.2 Prozent und lag damit ebenfalls deutlich unter dem entsprechenden, für alle bisherigen Prämienrunden, berechneten Wert von 3.9 Prozent. Aufgrund einer Entlastung der Versicherer beim Risikoausgleich für junge Erwachsene (19- bis 25-Jährige) sanken deren Prämien durchschnittlich sogar um 15.6 Prozent oder CHF 50 pro Person, während für Erwachsene und Kinder im Jahr 2019 jeweils 2.4 Prozent mehr an Prämien anfielen. Grosse Unterschiede gab es wiederum auch zwischen den Regionen: Während der Anstieg in den meisten Kantonen zwischen 0.5 und 2 Prozent lag und die Prämien in den Kantonen Uri und Appenzell Innerrhoden durchschnittlich sogar leicht sanken, stiegen sie insbesondere in der Romandie und im Tessin stark, teilweise über 3 Prozent, an.

Zurückgeführt wurde der insgesamt unterdurchschnittlich starke Kosten- und Prämienanstieg neben der Umsetzung des Spitalgesetzes auch auf die Änderungen bei Tarmed. Unklar blieb jedoch, wie stark die neuen Tarife des Tarmed die Gesundheitskosten bisher wirklich reduzieren konnten und wie sich dieser Einfluss weiter entwickeln würde.<sup>34</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 01.01.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Im Durchschnitt stieg die mittlere **Prämie der Krankenkassen-Grundversicherung 2020** nur um 0.2 Prozent. Dies stellte den zweitniedrigsten Anstieg seit der Einführung des KVG 1996 dar – auch wenn die Werte aufgrund der Änderung der Berechnungsmethode 2018 nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar sind. Dieser vergleichsweise tiefe Wert wäre an sich eine gute Nachricht, jedoch war man sich in Medien und Politik einig: Um auch zukünftig einen tiefen Prämienanstieg zu verzeichnen, brauche es weitere Massnahmen. Man dürfe jetzt keinesfalls nachlassen, erklärte auch Gesundheitsminister Berset. Es brauche immer wieder neue Massnahmen zur Dämpfung der Kosten, zumal ein gewisses Wachstum aufgrund der Alterung der Gesellschaft und des medizinisch-technischen Fortschritts unausweichlich sei. Dieses Ergebnis zeige aber, dass sich das Kostenwachstum eindämmen lasse. Als Mitgrund für diese Eindämmung erwähnte er explizit den Tarmed-Eingriff sowie die regelmässigen Preisreduktionen bei Medikamenten des Bundesrates seit 2012, mit denen CHF 500 Mio. respektive CHF 1 Mrd. hätten eingespart werden können.

Getrübt wurde die Freude durch die Tatsache, dass sich der Prämienanstieg zwischen Krankenversicherungen, Franchisen, Versicherungsmodellen und zwischen den Kantonen stark unterschied. So sank die mittlere Prämie zwar in zehn Kantonen, in acht Kantonen stieg sie aber gar um mehr als 1 Prozent an. Besonders kritisch war die regionale Verteilung dieser Unterschiede: Während die Prämien in der Deutschschweiz durchschnittlich um 0.15 Prozent anstiegen, nahmen sie in der Romandie um 0.5 Prozent und im Tessin um 2.5 Prozent zu. Den höchsten Anstieg verzeichnete der Kanton Neuenburg mit 2.9 Prozent. «Les Romands perdants», betonte Le Temps in der Folge. Entsprechend schlecht war auch die Stimmung in der Romandie, insbesondere im Kanton Genf, der zusammen mit dem Kanton Basel-Stadt die höchsten Prämien aufweist. Der Genfer Staatsrat Mauro Poggia (GE, mcg) verwies darauf, dass die Reserven der Krankenversicherungen stark angestiegen seien und 2018 mit CHF 9.4 Mrd. rund CHF 4.6 Mrd. höher gewesen seien als gesetzlich vorgeschrieben. Mit diesem Geld hätte man den Prämienanstieg vollständig verhindern können, betonte er. Als «Skandal» bezeichnete auch Jean-Paul Derouette, Präsident der Sektion Romande des Schweizerischen Verbands der Versicherten (Assuas) den Anstieg, zumal die Romands für die kleinen Deutschschweizer Kantone zahlen müssten. Damit verwies er auf den Vorwurf, dass die Krankenversicherungen die überschüssigen Reserven einzelner Kantone zum Ausgleich fehlender Reserven in anderen Kantonen nutzten, wie es der Kanton Genf bereits in einer Standesinitiative angeprangert hatte (Kt.lv. 17.306). Dem widersprach Santésuisse, die betonte, der Prämienanstieg in den entsprechenden Kantonen sei auf steigende Gesundheitskosten zurückzuführen; so seien zum Beispiel die Gesundheitskosten in Neuenburg zwischen 2017 und 2018 um 4.6 Prozent gewachsen.

Doch nicht nur die ungleiche Verteilung der Prämienanstiege führte zu Kritik. «On paiera cela en 2021», vermutete Mauro Poggia zudem und warf dem

Gesundheitsminister vor, die Prämien vor den eidgenössischen Wahlen 2019 absichtlich nicht stärker zu erhöhen – zumal die Krankenkassen gemäss Sorgenbarometer im Jahr 2019 die grösste Sorge der Bevölkerung gewesen seien (in der Tat belegten sie jedoch den zweiten Platz). Auch Nationalrat Samuel Bendahan (ps, VD) stellte in seinem Blog in «Le Temps» einen Zusammenhang zwischen dem geringen Prämienanstieg und den Wahlen fest. Die Tribune de Genève errechnete zudem mit den für die Änderung der Berechnungsart korrigierten Zahlen des BAG, dass in der Tat im Wahlherbst 2007 zum einzigen Mal überhaupt ein Prämienrückgang verzeichnet worden war. Nur in zwei von sechs Fällen seit 1997 hätten die Prämien vor den nationalen Wahlen den langjährigen Durchschnitt übertroffen.<sup>35</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 01.01.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Anfang März 2020 gab das BAG bekannt, dass die **Diagnostiktests für den Nachweis des Coronavirus ab sofort von der OKP übernommen** und somit von den Krankenkassen vergütet werden. Das bedeutete gleichzeitig, dass darauf auch Franchisen und Selbstbehalt anfallen, wodurch gemäss Medien mehr als die Hälfte der Versicherten die Kosten der Tests (teilweise) selbst bezahlen mussten. Auch die Krankenkassen kritisierten diese Regelung und argumentierten, die Kosten seien Sache der Kantone – gemäss Epidemienengesetz müssen im Epidemiefall die Kantone für die Untersuchungskosten aufkommen –, zudem liege es im öffentlichen Interesse, «dass niemand aufgrund finanzieller Überlegungen auf einen Test verzichtet», wie der Santésuisse-Sprecher ausführte.

Ende April entschied sich der Bundesrat für eine auf dem Epidemienengesetz basierende Regelung: Wenn in erster Linie die Allgemeinheit von einem Test profitiert, also bei leichten Symptomen, sollten neu die Kantone die entsprechenden Kosten übernehmen. Profitieren jedoch vor allem die Erkrankten, also bei schwereren Symptomen, blieben weiterhin die Krankenversicherungen zuständig. Entsprechend fielen für die Betroffenen mit schweren Symptomen auch weiterhin Franchisen und Selbstbehalt ins Gewicht, während Personen mit leichten Symptomen keine Kosten übernehmen mussten. Diese Ungleichbehandlung führte zu einiger Kritik in den Medien, auch die GDK zeigte sich ob der dadurch entstehenden Abgrenzungsschwierigkeiten unzufrieden. Der gesamte Betrag solle über die Krankenkasse abgerechnet, jedoch auf Berücksichtigung der Franchise und die Erhebung des Selbsthalts verzichtet werden, forderte sie. Auch die SP-Fraktion störte sich am Modell des Bundesrats, weshalb sie diesen mit einer Motion (Mo. 20.3205) aufforderte, die von der Bevölkerung selbst übernommenen Kosten für Coronatests sowohl zukünftig als auch rückwirkend zu übernehmen. Der Bundesrat betonte, dass die gesetzliche Grundlage für eine rückwirkende Übernahme fehle. Ende Juni entschied er aber, dass zur Verhinderung einer zweiten Welle zukünftig mehr und vor allem auch symptomatische Personen, die normalerweise keine Ärztin oder keinen Arzt aufsuchen würden, getestet werden müssen. Da dies der Eindämmung der Epidemie gemäss Epidemienengesetz diene und der Bund in seiner Covid-19-Verordnung 3 entsprechende Regelungen erlassen habe, trage er ab Ende Juni 2020 die Kosten, sofern die getesteten Personen die Testkriterien des BAG erfüllten.<sup>36</sup>

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 24.01.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Im Hinblick auf die stetig steigenden Krankenkassenprämien, vor allem in den französischsprachigen Kantonen, lancierten die Kantone Tessin, Genf, Jura, Freiburg und Neuenburg eine **Offensive für tiefere Krankenkassenprämien**. Dabei zielten sie auf verschiedene Änderungen am KVAG ab, mit denen sie Probleme, die in ihren Augen mit der letzten KVAG-Revision geschaffen worden waren, lösen wollten. Dazu zählte insbesondere die Problematik der Krankenkassenreserven. So müssen Krankenkassen Reserven anlegen, die ihre langfristige Zahlungsfähigkeit garantieren sollen. Übersteigen die Kosten der Versicherungen ihre Prämieinnahmen, wird der Verlust über die Reserven bezahlt, Gewinne fliessen ihrerseits in die Reserven. Bei «übermässigen Reserven» erlaubt das KVAG einen Abbau durch eine Verteilung der überschüssigen Reserven an alle Versicherten einer Krankenkasse respektive eine Rückzahlung eines Teils der Prämien an die Versicherten spezifisch in denjenigen Kantonen, in denen zu hohe Prämien verlangt worden waren. Weder das KVAG noch die KVAV spezifizieren jedoch, was «übermässige Reserven» sind oder schreiben gar einen Reservenabbau vor. Entsprechend forderte eine erste Gruppe von Standesinitiativen der fünf Kantone die ausdrückliche Definition einer maximal erlaubten Reservehöhe und eine Pflicht zum Abbau von zu hohen Reserven. Eine zweite Gruppe zielte auf die Rückerstattung von zu hohen Prämien in einzelnen Kantonen: Zukünftig sollen die Krankenkassen zu hoch festgelegte Prämien über einen Prämienausgleich bei zukünftigen Prämien in demselben Kanton ausgleichen. Die dritte Gruppe von Standesinitiativen widmete sich

der Einschränkung der Möglichkeiten der Kantone, sich zu den zukünftigen Prämien zu äussern, und verlangte eine Möglichkeit zur Stellungnahme sowie den Zugang zu den dafür notwendigen Informationen.

In der Zwischenzeit hatte der Bundesrat jedoch eine Änderung der KVAV bekannt gegeben, mit welcher der freiwillige Abbau und die Rückerstattung der Krankenkassenreserven vereinfacht und die Regeln dazu präzisiert werden sollen.

In Übereinstimmung mit der Urheberschaft der verschiedenen Standesinitiativen wurde diese Problematik in den Deutschschweizer Medien kaum aufgenommen, während sie in der Romandie und vor allem im Tessin für grosse mediale Diskussionen sorgte. Demnach betonte etwa 24 Heures, dass die Reserven heute mit CHF 11 Mrd. doppelt so hoch seien, wie rechtlich nötig wäre. Auf das Jahr 2021 hin waren die Krankenkassenprämien im Durchschnitt zwar vergleichsweise schwach angestiegen, erneut verzeichneten die romanischsprachigen Kantone jedoch einen grösseren Anstieg als die Deutschschweizer Kantone. Entsprechend wies Felix Schneuwly, Krankenkassenexperte von Comparis, darauf hin, dass die Kosten zukünftig in allen Prämienregionen hoch genug sein müssten, so dass nicht einzelne Prämienregionen für die zu tiefen Prämien anderer Regionen aufkommen und diese so «finanzieren» müssten. Kritisiert wurde darüber hinaus, dass der Bund bei der Prämienfestlegung zu wenig interveniere und die vorgeschlagenen Prämien einfach akzeptiere. Die Reserven müssten überdies nicht nur angesammelt, sondern tatsächlich auch eingesetzt werden, etwa im Rahmen der Corona-Pandemie: Anstatt dass die Kantone hier für einen Grossteil der Kosten aufkommen müssten, sollten die Krankenversicherungen ihre Reserven für diese unerwartete Notlage einsetzen – schliesslich sei dies ja ihr Zweck. Diesbezüglich betonte Heinz Brand (svp, GR) als Präsident von Santésuisse, dass die Krankenversicherungen ihre Reserven während der Pandemie dafür eingesetzt hätten, dass es nicht zu pandemiebedingten Prämien erhöhungen komme. Allgemein wehrten sich die Krankenversicherungen in den Medien gegen die Pflicht zum Reserveabbau, da man bereits in den letzten Jahren zu tiefe Kostenerwartungen eingereicht habe, um die Prämien tief halten zu können.<sup>37</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 22.09.2020

ANJA HEIDELBERGER

Zu Beginn der Corona-Pandemie berichteten die Medien über warnende Stimmen, wonach die Krankenkassenprämien 2021 durch die hohen Kosten im Jahr 2020 stark ansteigen könnten; Politikerinnen und Politiker aus dem linken sowie dem bürgerlichen Lager warnten im Blick vor einem regelrechten «Prämienschock». Gleichzeitig wiegelten die Medien selber jedoch grösstenteils ab: Da die Prämien nicht auf den Kosten des Vorjahrs, sondern aufgrund einer Schätzung der Ausgaben des jeweiligen Jahres berechnet würden, sei für das Jahr 2021 kein starker Prämienanstieg zu erwarten. Selbst wenn die Krankenversicherungen im Jahr 2020 mehr ausgeben müssten, als sie durch die Prämien eingenommen hätten, würden sich die Prämien des Folgejahres nicht direkt erhöhen: Für solche ausserordentlichen Grosseignisse hätten die Krankenversicherungen Reserven gebildet, die Anfang 2019 bei CHF 9.5 Mrd. lagen und damit doppelt so hoch waren, wie gesetzlich verlangt. Da die Reservesituation nicht für alle Krankenversicherungen gleich gut sei, gebe es zudem noch den Sicherungsfonds, der in solchen Fällen aushelfe, war den Medien weiter zu entnehmen. Schliesslich sei es noch nicht einmal sicher, dass die Kosten der Krankenversicherungen im Jahr 2020 höher ausfallen würden als erwartet. Zwar seien Therapien auf der Intensivstation – wie sie zur Behandlung von schweren Fällen von Covid-19 häufig sind – teuer, diese würden aber zu mehr als der Hälfte von den Kantonen übernommen. Die grossen **Kosten der Pandemie im Gesundheitsbereich** fielen denn auch nicht bei den Krankenkassen, sondern bei den Kantonen an, war man sich einig. Diese müssten die Massnahmen der Spitäler zur Pandemie bezahlen, während das bundesrätliche Verbot von nicht dringenden Behandlungen gleichzeitig ein Loch in die Kassen der Spitäler reisse. Dies habe zu der paradoxen Situation geführt, dass die Spitäler im Frühjahr 2020 einerseits unter Personalmangel litten, weil insbesondere im Pflegebereich zu wenig Fachkräfte vorhanden seien und viele davon zum Beispiel wegen eigener Infektion mit dem Corona-Virus ausfielen, und andererseits Kurzarbeit anmelden mussten, zumal Behandlungen in vielen Bereichen stark eingeschränkt waren und die Mitarbeitenden entsprechend nicht ausgelastet werden konnten. Letzteres habe denn auch zu teilweise sehr hohen Umsatzeinbussen für die Spitäler geführt.

Dennoch konnte nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Corona-Pandemie nicht doch noch auf die Krankenkassenprämien auswirken würde, insbesondere durch die Verlagerung von Eingriffen auf die Folgejahre. Entsprechend forderten die SP-Fraktion (Mo. 20.3202) sowie Katharina Prelicz-Huber (gp, ZH; Mo. 20.3313), dass die Krankenkassenprämien in den Jahren 2021 bis 2023 nicht erhöht werden dürfen. Stattdessen sollen die Kosten wenn nötig vollständig durch Bund und Kantone (SP-

Fraktion) oder durch die Reserven und bei kleinen Kassen durch den Bund (Prelicz-Huber) finanziert werden. Ein allgemeines Verbot für einen Anstieg der Krankenkassenprämien-Gesamtsumme während der nächsten zehn Jahre forderte Lukas Reimann (svp, SG; Mo. 20.3434). Falls die Kosten der Leistungserbringenden das Total der Prämien übersteigen sollten, sollen diese angewiesen werden, ihre Ausgaben entsprechend zu reduzieren. Gar eine Reduktion der Prämien für einkommensschwache Personen um 50 Prozent während zwei Jahren forderte Valérie Piller Carrard (sp, FR; Mo. 20.3574). Bund und Kantone sollen via Prämienverbilligungen für die entsprechenden Kosten aufkommen, schlug sie vor. Auch eine Ständesinitiative des Kantons Genf (Kt.IV. 20.337) verlangte einen dreimonatigen Verzicht auf die Erhebung der Prämien sowie eine zweijährige Beibehaltung der Prämienhöhe. Finanziert werden solle dies durch eine 50-prozentige Reduktion der Reserven der Krankenversicherungen. Auf diese Reserven hatten aber auch andere ein Auge geworfen: So forderten gemäss Presse verschiedene Kantons- oder Spitalvertretende, dass sich die Krankenversicherungen mit ihren Reserven am finanziellen Schaden der Spitäler durch die Pandemie beteiligen. Die Reserven seien für die Deckung epidemiebedingter Kosten geschaffen worden, entsprechend sollten sie jetzt auch dafür eingesetzt werden, wurde argumentiert. Dagegen wehrten sich vor allem die Krankenkassen: Die Reserven gehörten den Versicherten, zudem schreibe das KVG unmissverständlich vor, dass sie ausschliesslich für Kosten für Diagnose und Heilung von Krankheiten ausgegeben werden dürften.

Im September 2020 hatte das Warten schliesslich ein Ende, das EDI gab in einer Medienmitteilung die **Prämien für das Jahr 2021** bekannt. Die mittlere Prämie stieg für das Jahr 2021 um 0.5 Prozent, was im mittelfristigen Vergleich einen eher geringen Anstieg bedeutete – seit 2010 liegt der durchschnittliche Anstieg bei 3.1 Prozent. Bereits in den letzten zwei Jahren war der Anstieg jedoch deutlich unterdurchschnittlich gewesen. Auch die kantonalen Unterschiede waren deutlich geringer als in anderen Jahren, die kantonalen Prämienanstiege schwankten zwischen -1.6 und 2.1 Prozent. Die Reserven der Krankenkassen stiegen bis Ende 2020 auf mehr als CHF 11 Mrd. an.<sup>38</sup>

1) TA, 4.4., 28.6.14; AZ, 4.7.14; LZ, 5.7.14; NZZ, TA, 11.7.14; LZ, 27.9.14

2) Presse vom 18.2.91; BZ, 10.8.91; Presse vom 15.7. und 18.10.91; SHZ, 12.9.91.

3) Bund, 8.6.91; Presse vom 16.7.91; NZZ, 27.8.91.

4) "Der Bericht der Kartellkommission zum schweizerischen Gesundheitsmarkt", in Soziale Sicherheit, 1993, Nr. 2, S. 39 ff.; NQ, 9.1.93; Cash, 22.1.93; Presse vom 3.2.93; NZZ, 24.4.93.

5) Presse vom 2.4.93.

6) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1849 ff.; Amtl. Bull. StR, 1993, S. 1059 ff., A. Dummermuth, Selbstdispensation: Vergleich und Auswirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern, Lausanne (IDHEAP) 1993; TA, 13.9.93; SGT, 7.10.93; BZ, 13.12.93., Bund, 11.5., 7.8., 23.10., 27.10., 3.11. und 10.12.93; NZZ, 12.7.93.

7) Soziale Sicherheit, 1994, Nr. 5, S. 199 ff.; Presse vom 6.9.-3.12.94. Amtl. Bull. NR, 1994, S. 1942 f.; TA, 16.10.94

8) TA, 10.1.94; Bund, 30.8.94; Blick, 30.10.94.

9) Gemeinsame Einrichtung KVG

10) Bund, 25.6., 15.7., 17.8. und 21.8.96; Presse vom 25.10.96.

11) CHSS, 1997, S. 64 ff.; Presse vom 21.2.97.; Motion Hochreutener: Amtl. Bull. NR, 1997, S. 1459 f.; Umsetzung des KVG: Amtl. Bull. NR, 1997, S. 705 ff.; Stellungnahme des BR zu Fragen der GPK: BBI, 1998, S. 1782 ff.; Kostendämpfungsmassnahmen des neuen KVG beginnen zu greifen: CHSS, 1997, S. 275 ff.

12) AB NR, 1998, S. 2141f.; AB NR, 1998, S. 730; Interpellation Deiss: Amtl. Bull. NR, 1998, 2864 ff. CSS: NZZ, 21.9.98.

13) TA, 20.7.00; Bund, 29.12.00

14) Böcken, Jan e.a. (Hg.), Reformen im Gesundheitswesen, Ergebnisse der internationalen Recherche, Gütersloh (D) 2000; CHSS, 2000, S. 286 f.; Presse vom 7.9.00

15) Presse vom 25.1. (FDP), 8.9. und 10.10. (SP), 20.11. (CVP) und 5.12.01 (SVP).

16) AB NR, 2003, S. 148f.; Presse vom 12.2.-17.5.03, insbesondere vom 12.2., 26.2., 29.3. sowie NZZ, 26.2., 9.4., 7.5. und 9.5.03; TA, 4.3., 13.3. und 27.3.03; Bund, 29.3.03.;

17) Presse vom 7.4.09.

18) Presse vom 22.4. und 7.5.09.

19) Prämienübersicht 2012; TA, 28.9.11

20) NZZ, 22.6.12; BAZ, 3.9.12; LT, 25.9.12.; AB NR, 2012, S. 2250.

21) Presse vom 28.7.12; SGT, 28.9.12; BAZ, 11.10.12.; Prämienübersicht 2013

22) BAG, Kreisschreiben Nr. 5.3 vom 1.6.13; NZZ, 11.1.13; SO, 7.4.13; TA, 6.7.13; SGT, 27.9.13.; Prämienübersicht 2014

23) NZZ, TA, 26.2.14

24) NZZ, 11.4.14; TA, 9.5.14

25) Bundesgerichtsurteil 1C\_372/2014, 1C\_373/2014; AZ, 7.8.14; TG, 29.8.14; LZ, 1.10.14; BaZ, 3.10.14

26) Prämienübersicht 2015; SO, 16.2.14; AZ, 4.4., 21.6.14; NZZ, 7.7.14; AZ, LZ, NZZ, 26.9.14; AZ, 27.9.14; LZ, 16.10.14

27) Prämienübersicht 2016; AZ, LZ, Lib, SGT, 18.7.15; NZZ, 26.8.15; TG, 19.9.15; AZ, BZ, LT, LZ, NZZ, TA, 25.9.15

28) Blick, 4.1., 5.1.16; LT, 8.1.16; BaZ, 15.8.16

29) Medienmitteilung BAG vom 26.9.16; Prämienübersicht 2017; TG, 15.1.16; Lib, 23.4.16; SoZ, 22.5.16; BZ, 23.5.16; LT, 20.6.16; CdT, 21.6.16; Lib, 24.6.16; NZZ, 27.6.16; BZ, 14.7.16; AZ, 15.7.16; Blick, 27.7.16; Lib, 3.9.16; BaZ, 12.9.16; TG, 17.9.16; LT, TG, 22.9.16; NZZ, 23.9.16; SoZ, 25.9.16; LMD, 26.9.16; AZ, BZ, BaZ, Blick, LT, NZZ, TG, 27.9.16; WW, 3.11.16; AZ, 18.11.16; NZZ, 23.11.16

30) Medienmitteilung BAG vom 28.9.17; Prämienübersicht 2018; LT, TG, 21.3.17; So-Bli, 21.5.17; AZ, 14.6.17; NZZ, 13.7.17; LMD, 18.7.17; LZ, 12.8.17; SGT, TA, 17.8.17; NZZ, 9.9.17; Lib, 20.9.17; LMD, 21.9.17; AZ, 23.9.17; Blick, CdT, NZZ, TA, 27.9.17; BZ, BaZ, LMD, LT, NZZ, TG, 28.9.17; AZ, Blick, LMD, LT, LZ, Lib, NZZ, QJ, TA, 29.9.17; 24H, LT, LZ, 30.9.17

31) TG, 1.2., 2.2., 3.2., 10.2., 1.3.18

32) LT, NZZ, TA, TG, 29.3.18; So-Bli, TA, 15.4.18; Blick, LMD, 16.4.18; Blick, LT, LZ, TA, TG, 17.4.18; WW, 19.4.18; LT, 20.4.18; Blick, LT, TG, 21.4.18; LMD, LT, TG, 24.4.18; LT, 4.6.18; TA, 13.6.18

33) AZ, 20.2., 23.2.18; NZZ, 22.3.18; SoZ, 29.4.18; LMD, 30.4.18; TA, 2.5.18; TG, 4.5.18; So-Bli, SoZ, 6.5.18; TA, 7.5.18; TZ, 11.5.18;

SoZ, 10.6.18; AZ, 13.6.18; NZZ, 15.6.18; Blick, 16.6.18; Lib, 25.6.18; NZZ, 13.7., 28.8.18; WoZ, 30.8.18; TA, 7.9.18; BaZ, 20.9., 27.9.18

34) Medienmitteilung BAG vom 24.9.18; Prämienübersicht 2019; APZ, TA, 6.1.18; LT, 8.2.18; NZZ, 17.2.18; AZ, 20.2.18; NZZ, 7.3.18; TA, 29.3.18; SGT, TA, 20.4.18; TG, 24.4.18; TA, 27.4.18; Lib, 3.5.18; TA, 13.6.18; TG, 29.6.18; LZ, TA, 13.7.18; BaZ, TA, 25.8.18; CdT, 29.8.18; TG, 20.9.18; CdT, 21.9.18; BaZ, LT, NZZ, 25.9.18; BaZ, 27.9., 3.10.18

35) BaZ, 2.9.19; LT, NZZ, TA, TG, 25.9.19

36) Medienmitteilung BR vom 24.6.20 (Tests); SoZ, 8.3.20; TA, 21.4.20; NZZ, 28.4.20; NZZ, 30.4.20; TA, 12.5., 16.5.20

37) 24H, 23.9.20; LT, 25.9.20; WOZ, 8.10.20; CdT, 5.12.20; TA, 7.12.20; CdT, 9.12., 17.12.20; TA, TG, 8.1.21; CdT, 19.1., 1.2.21; LT, 10.2.21; TA, 26.2.21; CdT, 3.3., 12.3.21

38) Kantonale monatliche mittlere Prämien 2020; Kantonale monatliche mittlere Prämien über alle Altersklassen 2020; Medienmitteilung EDI vom 22.9.20; Blick, NZZ, 6.4.20; CdT, 7.4.20; AZ, TA, 17.4.20; LT, 22.4.20; CdT, 2.5.20; BZ, LT, 7.5.20; So-Bli, 10.5.20; LT, TA, 11.5.20; CdT, 13.5., 27.5.20; AZ, 29.5., 16.6.20; AZ, CdT, TA, 7.7.20; NZZ, 28.7.20; So-Bli, 9.8.20; SGT, 10.9.20; CdT, 14.9.20; CdT, LT, TA, 19.9.20; Blick, CdT, 21.9.20; Lib, 22.9.20; 24H, AZ, CdT, LT, NZZ, TA, TG, 23.9.20; AZ, 24.9.20; LT, 25.9.20; TA, 30.9.20; WOZ, 8.10.20