

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>18.04.2024</b>
Thema	<b>Sozialversicherungen</b>
Schlagworte	<b>Keine Einschränkung</b>
Akteure	<b>Zelensky, Volodymyr, Berset, Alain (sp/ps) BR EDI / CF DFI</b>
Prozesstypen	<b>Gesellschaftliche Debatte</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2023</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

Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja

## Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Gesellschaftliche Debatte, 2012 – 2022*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 18.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	1
<b>Sozialpolitik</b>	1
Sozialversicherungen	1
Invalidenversicherung (IV)	1
Krankenversicherung	3

## Abkürzungsverzeichnis

<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>ETH</b>	Eidgenössische Technische Hochschule
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>KOF</b>	Konjunkturforschungsstelle

---

<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>EPF</b>	École polytechnique fédérale
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>AI</b>	Assurance-invalidité
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>KOF</b>	Centre de recherches conjoncturelles

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Sozialversicherungen

#### Invalidenversicherung (IV)

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 01.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Anfang September 2019 berichtete der Sonntagsblick darüber, dass verschiedene **Ärzte für medizinische Gutachten für die IV über mehrere Jahre Millionenbeträge** erhalten hätten. Angeführt wurden Beispiele von einer Ärztin und einem Arzt, denen die IV-Stellen in sechs Jahren CHF 1.86 Mio. respektive CHF 1.82 Mio. für Gutachten ausbezahlt hätten. Ein Gutachter habe in sieben Jahren gar CHF 3.1 Mio. erhalten, war in einem späteren Zeitungsbericht zu lesen.

Problematisch seien diese hohen Zahlungen, weil die Gutachterinnen und Gutachter deshalb nicht mehr unabhängig seien: Die Gefahr bestehe, dass sie im Sinne der IV-Stellen entschieden und deshalb seltener Rentenleistungen als gerechtfertigt einschätzten als andere Ärztinnen und Ärzte. Wer möglichst selten Arbeitsunfähigkeiten feststelle, würde von den IV-Stellen auch zukünftig vermehrt für Gutachten eingeladen, war die Vermutung der Medien. Diese Befürchtung untermauerte der Blick durch Zahlen von kantonalen IV-Stellen, die aufgrund des Öffentlichkeitsprinzips hatten zugänglich gemacht werden müssen: Im Kanton Basel-Landschaft zeige sich zum Beispiel, dass im ersten Halbjahr 2018 zwei Ärzte für ein Viertel der psychiatrischen Gutachten verantwortlich gewesen seien. Diese zwei Ärzte hätten in 26 Prozent der Fälle eine Arbeitsunfähigkeit ab 40 Prozent festgestellt, alle anderen Gutachter seien zusammen auf einen Anteil von 57 Prozent gekommen. In der Folge musste auch das BSV die Liste der zwischen 2012 und 2018 eingesetzten Gutachterinnen und Gutachter veröffentlichen, wobei sich ebenfalls eine einseitige Verteilung zeigte: 10 Prozent der Gutachtenden erhielten in dieser Zeit 73 Prozent des Auftragsvolumens.

Aufgrund der grossen Bedeutung, die den Gutachterinnen und Gutachtern im Rahmen der IV-Verfahren zukomme, sei deren fehlende Unabhängigkeit besonders stossend, argumentierten der Blick und in der Folge auch weitere Medien. So werde hauptsächlich aufgrund der Gutachten entschieden, ob jemand IV erhalte. «Die Gutachter erfüllen beinahe richterliche Funktionen», erklärte etwa Rainer Deecke, Präsident der Selbsthilfeorganisation für Schmerzranke, touché.ch. Das BSV bezweifelte hingegen die fehlende Unabhängigkeit der Gutachterinnen und Gutachter und betonte, dass «mit einem prozentualen Anteil bestimmter Arbeitsunfähigkeitsgrade [...] sachlich fundiert keine qualitative Beurteilung einer Gutachtertätigkeit vorgenommen werden [könne]». Stattdessen verwies BSV-Sprecher Harald Sohns darauf, dass die Gutachten bis vors Bundesgericht Beweiskraft haben müssten und somit nicht willkürlich erstellt werden könnten.

Dass diese Beweiskraft jedoch nicht immer gegeben ist, zeigte die weitere Berichterstattung zu diesem Thema in den Medien. Diese berichteten in den nächsten Wochen von zahlreichen Personen, denen die IV-Rente unter anderem aufgrund von Rechtsgutachten aberkannt oder nicht zugesprochen wurde, die ihre Forderungen jedoch später vor Bundesgericht zumindest teilweise durchsetzen konnten. Gleichzeitig wurden weitere Probleme bezüglich der IV-Gutachten publik: Betroffene berichteten davon, dass ihre Aussagen in Gutachten verdreht worden seien oder dass sich die Gutachterinnen und Gutachter für ein Gespräch teilweise weniger als 30 Minuten Zeit genommen hätten. Ein Arzt erläuterte, dass er immer wieder praktisch identische Gutachten – sogenannte «Copy/Paste-Gutachten» – zu Gesicht bekomme. Teilweise seien auch Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland, welche die Situation in der Schweiz nicht kennen würden, hier kaum Rechenschaft ablegen müssten und nur Hochdeutsch verstünden, für Gutachten in die Schweiz geholt worden. Zudem gebe es Ungereimtheiten bei den Mehrdisziplinen-Gutachten, bei denen mindestens drei verschiedene medizinische Fachrichtungen einbezogen werden und die im Unterschied zu Ein- oder Zweidisziplinen-Gutachten zufällig vergeben würden. So arbeiteten beispielsweise verschiedene Ärzte des marktführenden Unternehmens bei verschiedenen Gutachterfirmen, womit die Zufallsvergabe teilweise umgangen worden sei.

Mitte Dezember 2019 berichteten die Medien schliesslich auch darüber, dass das BSV allen kantonalen IV-Stellen ein jährliches «Sparziel» definiere, gemäss dem sie die Zahl von Neurenten, die Gesamtrentenzahl sowie die Kosten pro Versicherten «halten» oder «senken» sollten. Entsprechend «prüfe [die IV] nicht mehr überall offen, auf welche Leistungen ein Versicherter Anspruch habe, sondern wie das Quotenziel erreicht werden [könne]», kritisierte Alex Fischer von der Behindertenselbsthilfe Procap. Das BSV verwies jedoch darauf, dass dies keine Sparvorgaben, sondern Leistungsziele seien

und somit einen Teil des Aufsichts- und Steuerungsprozesses der IV darstellten. Alle Versicherten erhielten die ihnen gesetzlich zustehenden Leistungen, betonte das BSV. Die NZZ erklärte, dass diese Praxis auf die fünfte IV-Revision 2008 zurückzuführen sei. Seither müsse das BSV prüfen, ob die Integration in den Arbeitsmarkt funktioniere, wozu es ebendiese Kennzahlen verwende. Diese stellten somit nur einen «Wasserpegelmesser» dar und seien für die IV-Stellen nicht verbindlich, ihre Nichteinhaltung habe auch keine Folgen. Dennoch würden sie den Mitarbeitenden in einigen Kantonen kommuniziert, ergänzten die Medien.

Im Rahmen dieser Berichterstattung formulierten Behindertenverbände und Sozialversicherungsanwälte zahlreiche Forderungen, wie die Politik dieser Problematik begegnen solle. So brauche es schweizweite transparente Daten zu den IV-Gutachten mit Einbezug der Anteile an erklärten Arbeitsunfähigkeiten, eine Aufzeichnung der Gespräche und eine übergeordnete Qualitätskontrolle bei den Gutachten. Zudem sollten die IV-Stellen zukünftig nicht mehr entscheiden dürfen, wer die Gutachten erstelle; diese sollten nach Zufallsprinzip zugeteilt werden, wie es bei komplexen Gutachten mit drei oder mehr Ärzten aufgrund eines Bundesgerichtsurteils 2011 heute schon der Fall sei. Von diesen Massnahmen zeigten sich die Versicherungsmediziner nicht überzeugt. Bereits heute gebe es Instrumente, um gute und schlechte Gutachten zu unterscheiden. Tonbandaufnahmen würden hingegen zu neuen, langwierigen Rechtsauseinandersetzungen führen, bestmögliche Rahmenbedingungen für das Gespräch verhindern und zu einer verhörähnlichen Situation führen.

In der folgenden Wintersession 2019 überschlugen sich die Parlamentarierinnen und Parlamentarier förmlich mit Vorstössen zu diesem Thema. So reichten sie Anfragen oder Interpellationen zur üblichen Qualität der Gutachten ein (Frage Müller-Altarmatt, cvp, SO; 19.5700) und stellten konkrete Fragen zu zwei im Zentrum der Berichterstattung stehenden Gutachtern (Ip. Roduit, cvp, VS; 19.4498 und Ip. Bertschy, glp, BE; 19.4481) und einem Unternehmen (Ip. Prelicz-Huber, gp, ZH; 19.4623) oder zu Ärzten, die an mehreren Gutachterstellen arbeiteten (Ip. Studer, evp, AG; 19.4592). Überdies wollten sie wissen, ob es gängige Praxis sei, dass IV-Stellen nur bei Attesten einer Arbeitsunfähigkeit, nicht aber bei Arbeitsfähigkeit Nachfragen stellten (Frage Roduit; 19.5647), ob die Quotenziele des BSV mit dem Rechtsanspruch auf IV in Konflikt stünden (Ip. Graf, gp, BL; 19.4636), ob zukünftig alle IV-Gutachten zufällig vergeben werden könnten (Ip. Lohr, cvp, TG; 19.4469) und was der Bundesrat allgemein tue, um die Situation zu verbessern (Ip. Wasserfallen, sp, BE; 19.4513). Überdies stellten sie Fragen zur von Bundesrat Berset angekündigten externen Untersuchung (Ip. Studer; 19.4593). So hatte der Gesundheitsminister im Rahmen der Fragestunde erklärt, eine detaillierte Analyse der Situation und der notwendigen Massnahmen in Auftrag gegeben zu haben.

Darüber hinaus dürfte die Medienberichterstattung auch in die Beratung der Weiterentwicklung der IV in der Wintersession 2019 eingeflossen sein. Da stritt man sich zu diesem Zeitpunkt noch darum, ob den Gutachten künftig Tonaufzeichnungen, wie vom Ständerat gewünscht, anstelle eines schriftlichen Protokolls durch die Gutachter, wie es der Nationalrat vorgeschlagen hatte, beigelegt werden sollten. Benjamin Roduit, der ebenfalls zwei Interpellationen zum Thema verfasst hatte, verwies im Rat auf verschiedene Fälle, in denen Gutachten unsorgfältig oder unsachgemäss erstellt worden seien. Mit 114 zu 78 Stimmen bestätigte der Nationalrat die Verpflichtung zu Tonaufzeichnungen, welcher der Ständerat bereits zuvor zugestimmt hatte. Zudem stimmte der Nationalrat einstimmig der Schaffung einer Liste aus Gutachterstellen und Sachverständigen, in denen die Anzahl begutachteter Fälle sowie die Ergebnisse des Gutachtens bezüglich des Grads der attestierten Arbeitsunfähigkeit enthalten war, zu. In seiner ersten Beratung hatte er sich auf eine Gutachterliste ohne Grad der Arbeitsunfähigkeit beschränkt. Eine weitere in der Diskussion erwähnte Forderung hatte das Parlament im Rahmen der Weiterentwicklung der IV bereits umgesetzt: So schuf es eine Kommission aus Gutachterstellen, Ärzteschaft, Wissenschaft und Patientenschaft, welche die Zulassung als Gutachterstellen, das Verfahren zur Gutachtererstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwachen sollte.<sup>1</sup>

## Krankenversicherung

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>2</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>3</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 Prämiensprung zu rechnen sei, so das Amt. Die Prämienerhöhungen 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 Versicherte 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 Stichdatum 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>4</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 Prämienerhöhungen 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>5</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 Unfalldeckung 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 Spitälern, 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 Tarifrückführungen 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>6</sup>

## GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 01.01.2018  
ANJA HEIDELBERGER

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 spitalambulanten Bereich (8%) und bei den Medikamentenpreisen zurückzuführen war.

Ende September verkündete Bundesrat Berset schliesslich, dass die Prämien für die Grundfranchise von CHF 300 mit Unfalldeckung 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, spl), 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>7</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>8</sup>

Bereits im Juni 2022 häuften sich die Meldungen, wonach die Krankenkassenverbände eine starke Erhöhung der **Krankenkassenprämien für das Jahr 2023** erwarteten. In den letzten drei Jahren hatte der Anstieg der mittleren Prämie maximal 0.5 Prozent betragen, was die Medien als eine Art «Erholungspause» erachteten. Nun war jedoch von einem Anstieg bis zu 10 Prozent die Rede, Santésuisse schrieb von einer «dramatische[n] Kostenentwicklung». Bis Ende September verdichteten sich die Anzeichen auf einen Prämienschock, so dass die Medien die Mitteilung von Gesundheitsminister Berset zur tatsächlichen Erhöhung der mittleren Prämie schon fast mit Erleichterung aufnahmen: **Die mittlere Prämie für das Jahr 2023 stieg gegenüber dem Vorjahr um 6.6 Prozent.**

Das EDI begründete den Prämienschub hauptsächlich mit der Covid-19-Pandemie: Einerseits hätten 2020 und im ersten Halbjahr 2021 deutlich weniger ärztliche Behandlungen stattgefunden – diese würden seit dem zweiten Halbjahr 2021 nun nachgeholt. Neben diesem «Nachholeffekt» habe die Pandemie selbst aber auch hohe zusätzliche Kosten verursacht, Santésuisse sprach etwa von CHF 250 Mio. für Impfungen, CHF 300 Mio. für stationäre Aufenthalte – bis Ende 2022 wurden gut 60'000 Spitaleintritte mit oder wegen Covid-19 registriert – sowie Zusatzkosten in unbekannter Höhe durch Covid-19-bedingte Arztbesuche.

Die mittlere Prämie stieg in allen Kantonen an, wie üblich gab es jedoch beträchtliche Unterschiede. Am höchsten war der Prämienanstieg in den Kantonen Neuenburg (9.5%), Appenzell Innerrhoden (9.3%) und Tessin (9.2%), am niedrigsten in Basel-Stadt (3.9%), Genf (4.7%) und Glarus (4.8). Besonders erzürnt zeigten sich die Medien in Neuenburg und Tessin, die zusammen mit verschiedenen anderen französischsprachigen Kantonen eine bisher erfolglose Offensive für tiefere Krankenkassenprämien gestartet hatten. Unterschiede gab es erneut auch zwischen den Krankenversicherungen, wobei diese jedoch tiefer zu liegen kamen als in früheren Jahren. Die Medien spekulierten daher, ob die Zeit der Billigkassen nun vorbei sei. Nicht vorbei waren hingegen die Diskussionen zu den Prämienverbilligungen, welche durch den Prämienanstieg erneut Schwung erhielten.

Auch für die Zukunft erwartete das EDI weiterhin einen Anstieg der Gesundheitskosten, der – wie in den Jahren vor der Pandemie – wieder eher auf den «medizinisch-technischen Fortschritt», die steigende Anzahl Gesundheitsleistungen und die Alterung der Gesellschaft zurückzuführen sein werde. Daneben machten die Medien aber zahlreiche weitere Gründe für den Kostenanstieg aus, etwa die starke Gesundheitslobby, die zu passiven Kantone, die zu teuren Medikamenten, die zu hohen Verwaltungskosten der Krankenkassen, die zu grosse Anzahl regionaler Spitäler, die zu hohen Löhne verschiedener Ärztinnen und Ärzte, aber auch die zu häufigen medizinischen Konsultationen der Versicherten.

Zwar nicht den Anstieg der Gesundheitskosten, wohl aber denjenigen der Prämien führten die Medien überdies auf den Reserveabbau des Vorjahrs zurück. Dank dem Abbau der Krankenkassenreserven war die mittlere Prämie 2022 erstmals seit Jahren leicht zurückgegangen – und dies obwohl die Gesundheitskosten gemäss einer Schätzung von Santésuisse 2021 um 6.4 Prozent gestiegen waren. Zwar war diese Entlastung inmitten der Pandemie damals breit befürwortet worden, nun fragten sich die Medien jedoch, ob die Reserven nicht besser für grössere Notfälle – wie eben im aktuellen Jahr – aufgespart worden wären. Zwar konnten die Prämien auch in diesem Jahr durch den Abbau von Reserven teilweise gesenkt werden, das EDI betonte jedoch, dass dies aufgrund der von 205 auf 155 Prozent gesunkenen Solvenzquote der Krankenkassen nur beschränkt möglich gewesen sei. Die tiefere Solvenzquote führte das Bundesamt auf Verluste an den Finanzmärkten, steigende Zinsen und höhere Kosten zurück.

Als problematisch wurde der Prämienanstieg insbesondere im Hinblick auf die Teuerung verstanden – zum «Strompreishammer» komme nun also auch noch der «Prämienschock», titelte etwa der Blick. Die Parlamentarierinnen und Parlamentarier nahmen die hohen Krankenkassenprämien denn auch in ihre ausserordentliche Session zum Thema «Kaufkraft» auf und behandelten verschiedene Vorstösse für einen höheren Bundesanteil an den Prämienverbilligungen oder für einen vollständigen Abzug von den Bundessteuern; sie wurden aber allesamt abgelehnt.<sup>9</sup>

1) AB NR, 2019, S. 2192 ff.; Frage 19.5647; Frage 19.5700; Ip. 19.4469; Ip. 19.4481; Ip. 19.4498; Ip. 19.4513; Ip. 19.4592; Ip. 19.4593; Ip. 19.4623; Ip. 19.4636; TA, 30.4.19; Blick, CdT, TA, 6.8.19; Blick, 7.8.19; BU, 20.8.19; So-Bli, 1.9.19; NZZ, 18.9.19; AZ, 19.9., 2.10., 28.10., 5.11.19; So-Bli, 10.11.19; TA, 11.11.19; Blick, 16.11.19; So-Bli, 17.11.19; Blick, 18.11., 19.11.19; So-Bli, 24.11.19; Blick, 30.11.19; NZZ, 5.12.19; AZ, Blick, NZZ, 10.12.19; Blick, 18.12., 19.12.19; TA, 21.12.19; So-Bli, 22.12.19; LT, 23.12.19; NZZ, 13.1.20; AZ, 18.1.20; Blick, 25.2., 26.2., 27.2.20; TA, 4.3.20

- 2) NZZ, 22.6.12; BAZ, 3.9.12; LT, 25.9.12.; AB NR, 2012, S. 2250.
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 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
- 8) BaZ, 2.9.19; LT, NZZ, TA, TG, 25.9.19
- 9) Medienmitteilung EDI vom 27.9.22; NZZ, Republik, 23.6.22; SoZ, 3.7.22; NZZ, 5.8.22; LT, 6.8.22; AZ, Lib, 8.8.22; Blick, 9.8.22; 24H, Blick, CdT, LT, NZZ, TA, 7.9.22; AZ, Republik, 8.9.22; LT, 14.9.22; AZ, 17.9.22; So-Bli, 18.9.22; NZZ, 21.9.22; TA, 22.9.22; NZZ, 24.9.22; SoZ, 25.9.22; NZZ, 26.9.22; Blick, NZZ, 27.9.22; 24H, Blick, CdT, LT, Lib, NZZ, SGT, TA, 28.9.22; Blick, CdT, TA, 29.9.22; So-Bli, 2.10.22; TA, 5.10., 6.10., 12.10.22