

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Keine Einschränkung
Akteure	Keine Einschränkung
Prozesstypen	Bericht
Datum	01.01.1965 - 01.01.2021

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Bericht, 1995 - 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Sozialversicherungen	1
Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)	8
Invalidenversicherung (IV)	8
Ergänzungsleistungen (EL)	10
Erwerbsersatzordnung (EO)	11
Berufliche Vorsorge	12
Krankenversicherung	15
Arbeitslosenversicherung (ALV)	22

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GPK	Die Geschäftsprüfungskommissionen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
ALV	Arbeitslosenversicherung
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
BIP	Bruttoinlandsprodukt
RAB	Eidgenössische Revisionsaufsichtsbehörde
EL	Ergänzungsleistungen
MWST	Mehrwertsteuer
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
EO	Erwerbsersatzordnung
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
KdK	Konferenz der Kantonsregierungen
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
INSOS	Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung
OR	Obligationenrecht
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
OAK BV	Oberaufsichtskommission Berufliche Vorsorge
IDA FiSo	Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen"
AHI	Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
BWA	Bundesamt für Wirtschaft und Arbeit
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
DRG	Diagnosis Related Groups
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
CNG	Christlichnationaler Gewerkschaftsbund (Vorgänger von Travail.suisse)
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
KAE	Kurzarbeitsentschädigung
ÜL	Überbrückungsleistung
MFE	Haus- und Kinderärzte Schweiz
<hr/>	
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CdG	Les Commissions de gestion
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
AC	assurance-chômage
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
CrEDH	Cour européenne des droits de l'homme

PIB	Produit intérieur brut
ASR	Autorité fédérale de surveillance en matière de révision
PC	Prestations complémentaires
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
APG	allocations pour perte de gain
USS	Union syndicale suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
USAM	Union suisse des arts et métiers
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
CdC	Conférence des gouvernements cantonaux
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
INSOS	Association de branche nationale des institutions pour personnes avec handicap
CO	Code des obligations
AFF	Administration fédérale des finances
CHS PP	Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle
IDA FiSo	Groupe de travail interdépartemental "perspectives de financement des assurances sociales"
VSI	Prévoyance vieillesse, survivants et invalidité
OFET	Office fédéral de l'économie et du travail
UPS	Union Patronale Suisse
DRG	Diagnosis Related Groups
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
RIP	Réduction individuelle de primes
CSC	Confédération des syndicats chrétiens de Suisse (Prédécesseur de Travail.suisse)
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
RHT	Indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail
PT	Prestation transitoire
MFE	Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

BERICHT
DATUM: 28.10.1996
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat nahm im Oktober den **Drei-Säulen-Bericht** des EDI zur Kenntnis. Der Bericht zeigt die Möglichkeiten der zukünftigen Entwicklung im Bereich der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (AHV) auf. Angesichts der bereits eingetroffenen und noch zu erwartenden sozio-ökonomischen Veränderungen kommt er zum Schluss, dass an der bestehenden Drei-Säulen-Konzeption grundsätzlich festzuhalten sei und **keine grösseren Gewichtverschiebungen zwischen den einzelnen Säulen** vorgenommen werden sollten. Gleichzeitig wurden jedoch einzelne Anpassungen zur Optimierung des AHV-Systems vorgeschlagen. Der Bericht behandelte die finanziellen Auswirkungen der skizzierten Lösungen nicht im Detail. Dies soll die vom Bundesrat im Vorjahr eingesetzte interdepartementale Arbeitsgruppe (IDA FiSo) tun, welche im Mai ihre Arbeit aufnahm. Politisch brisantester Punkt des Berichts war die Feststellung, dass die erste Säule (AHV/IV) nach wie vor nicht existenzsichernd ist, wie es die Verfassung verlangt, weshalb eine Neufassung des Verfassungsziels im Sinn einer "Zielhierarchie" vorgeschlagen wurde, bei der die Existenzsicherung zur Aufgabe aller drei Säulen sowie nötigenfalls der Ergänzungsleistungen wird. Diese sollen definitiv in der Verfassung verankert werden.¹

BERICHT
DATUM: 14.06.1996
MARIANNE BENTELI

Wie versprochen legte der Bundesrat im Frühsommer den Bericht einer interdepartementalen Arbeitsgruppe (IDA FiSo) vor, welche sich während mehr als einem Jahr intensiv mit der künftigen Finanzierung der Sozialwerke auseinandergesetzt hatte. Der **IDA-Fiso-Bericht**, die erste systematische Darstellung des Finanzierungsbedarfs aller Sozialversicherungszweige in Abhängigkeit vom wirtschaftlichen Wachstum und der demographischen Entwicklung, bestätigte grosso modo die bereits früher genannten Zahlen, verfeinerte sie aber noch und erweiterte die **Perspektiven bis ins Jahr 2025**. Die Prognose, dass zur Sicherung der bisherigen Leistungen gemäss Referenzszenario (durchschnittliches BIP-Wachstum von 1,3% bis 2010 und von 0,5% zwischen 2010 und 2025) bis zum Jahr 2010 bzw. 2025 zusätzliche Mittel in der Grössenordnung von knapp 30 Mia. Fr. pro Jahr (6,8 Mehrwertsteuerprozent oder 5,2 Lohnprozent) resp. rund 52 Mia. Fr. (weitere 6,2 Mehrwertsteuerprozent oder 4,7 Lohnprozent) beschafft werden müssten, provozierte rechts und links ganz **unterschiedliche Reaktionen**. Arbeitgeber und bürgerliche Parteien orteten eine gewaltige Finanzierungslücke und zogen daraus den politischen Schluss, es genüge nicht, über neue Finanzierungsmodalitäten zu reden, es gelte jetzt vielmehr, die Leistungen der Sozialversicherungen kritisch zu durchleuchten und den Finanzierungsmöglichkeiten anzupassen. Gewerkschaften und SP auf der anderen Seite kritisierten, die vorausgesagte Finanzierungslücke basiere auf zu pessimistischen Wirtschaftsprognosen, und sie verlangten, vornehmlich bei der Krankenversicherung, welche die Hälfte der zusätzlich benötigten Mittel bindet, dringend Sparmassnahmen vorzunehmen.²

BERICHT
DATUM: 23.12.1997
MARIANNE BENTELI

Kurz vor Weihnachten stellte das EDI den zweiten Bericht der interdepartementalen Arbeitsgruppe Finanzierung der Sozialversicherung (**IDA-FiSo-2**) der Öffentlichkeit vor. Nachdem der erste Bericht die finanziellen Folgen der Weiterführung des geltenden Leistungssystems in den Jahren 2010 und 2025 dargestellt hatte, wurden mit dem zweiten Bericht die **möglichen Aus-, Um- oder Abbauszenarien im Leistungsbereich** dargestellt. IDA-FiSo-1 war im Vorjahr zum Schluss gelangt, dass im Jahre 2010 15,3 Mia. Fr. mehr nötig sind, um die heutigen Sozialleistungen inklusive Mutterschaftsversicherung zu finanzieren. Der Bundesrat hatte IDA-FiSo-2 daraufhin den Auftrag erteilt, anhand von **drei Szenarien** darzustellen, was getan werden müsste, um den Mehrbedarf auf 9 Mia. Fr. zu beschränken, welche Massnahmen die Fortführung des Status quo fordert und welche die Erhöhung der Ausgaben auf 18 Mia. Fr. Der IDA-FiSo-2-Bericht zeigte den Gestaltungsraum innerhalb der einzelnen Sozialversicherungszweige auf sowie die Auswirkungen für das ganze System, die Versicherten und die Wirtschaft. Bei allen Varianten wurde mit einem finanziellen Mehrbedarf gerechnet.

Sowohl die bürgerlichen Parteien und die Arbeitgeber auf der einen, als auch die SP und die Gewerkschaften auf der anderen Seite sahen sich von den Schlussfolgerungen des Berichtes in ihren Ansichten bestätigt. Die FDP fand, dass jetzt weder ein Ausbau noch die Schliessung von Lücken im sozialen Netz möglich sei. Sie forderte den Bundesrat auf, für die mittel- und langfristigen Aspekte der Finanzierung der Sozialwerke zu einem Gespräch am runden Tisch einzuladen. Die SVP verlangte ein Sanierungspaket, das auf der Leistungsseite zwingende Korrekturen vornehme. Die Arbeitgeber vertraten die Auffassung, dass nur das Szenario "gezielter Abbau" wirtschaftsverträglich sei, und dass im jetzigen Zeitpunkt die Einführung einer Mutterschaftsversicherung nicht zur Diskussion stehen könne. Gegen jeglichen Ausbau war auch der Schweizerische Gewerbeverband; er verlangte unter anderem ein einheitliches Rentenalter von mindestens 65 Jahren, eine Kürzung der Bezugsdauer bei der Arbeitslosenversicherung sowie Kostendämpfungen im Gesundheitswesen.

Ganz andere Schlüsse zogen SP und Gewerkschaften aus dem Bericht. Für die Sozialdemokraten zeigte dieser, dass kein Bedarf für Leistungsabbauvarianten im Sozialversicherungsbereich bestehe und auch ein Moratorium wirtschaftspolitisch nicht zu rechtfertigen sei. Aus dem Bericht sei zudem ersichtlich, dass die Politik in der Ausgestaltung der sozialen Schweiz der nächsten Jahrzehnte einen sehr grossen Spielraum habe. Für den Christlichnationalen Gewerkschaftsbund (CNG) stellte der Bericht eine gute Ausgangslage dar, um die Auseinandersetzungen über die künftige Ausgestaltung der Sozialwerke zu versachlichen. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) hingegen bezeichnete den Bericht als mangelhaft. Er liste unzählige Abbauvorschläge auf und beschränke sich dabei auf die Bezifferung der möglichen Einsparungen. Dabei hätten die Experten vergessen, die Folgen für die Betroffenen darzulegen. SP und SGB verlangten die rasche Realisierung der Mutterschaftsversicherung und der Ruhestandsrente.

Einmal mehr zwischen den Fronten versuchte sich die CVP zu positionieren. Die Partei sprach sich sowohl gegen den Abbau als auch gegen den Ausbau, sondern für den Umbau der Sozialversicherungen auf dem Niveau der heutigen Sozialleistungsquote sowie für eine Mutterschaftsversicherung aus. Sie kritisierte aber, die Arbeitsgruppe sei von zu optimistischen Arbeitslosenquoten (maximal 3,5%) ausgegangen. Sparpotential ortete sie in mehr Eigenverantwortung und in der Missbrauchsbekämpfung.³

BERICHT
DATUM: 31.12.1999
MARIANNE BENTELI

Die drei staatlichen Sozialwerke AHV, IV und EO schlossen mit einem Defizit von 766 Mio Fr. ab. Das **wesentlich bessere Ergebnis als im Vorjahr**, wo ein Fehlbetrag von fast 1,84 Mia Fr. resultiert hatte, war in erster Linie dem Anfang 1999 eingeführten **Mehrwertsteuerprozent für die AHV** (1,25 Mia Fr. Mehreinnahmen) zu verdanken. Das Defizit war aber dennoch 100 Mio Fr. höher als budgetiert. Die Einnahmen von AHV, IV und EO stiegen um 6,6% auf 35,6 Mia Fr., die Ausgaben um 3,2 % auf 36,4 Mia Fr. Der Ertrag der Anlagen von 20 Mia Fr. sank im Berichtsjahr um 5,2% auf 1,03 Mia Fr. Die Einnahmen der AHV stiegen (auch konjunkturbedingt) um 7,4% auf rund 27,2 Mia Fr., während der Aufwand um 2,5% auf 27,4 Mia Fr. zunahm. Das Defizit betrug damit noch 180 Mio Fr. gegenüber 1,4 Mia Fr. im Vorjahr. Die Rentenzahlungen der AHV stiegen um 2,6% auf 26,5 Mia Fr. und machten 97% der Ausgaben aus. In der IV erhöhte sich der Aufwand (8,4 Mia) mit 5,0% stärker als der Ertrag (7,6 Mia) mit 4,0%; der Ausgabenüberschuss belief sich auf 799 Mio Fr. gegenüber 696 Mio Fr. im Vorjahr. In der Rechnung der EO schlugen die seit dem 1. Juli des Berichtsjahres markant besseren Entschädigungen für Dienstleistende zu Buche. Die Ausgaben stiegen um 13,3% auf 631 Mio Fr., die Einnahmen um 4,5% auf 844 Mio Fr.; der Überschuss der EO reduzierte sich dadurch von 251 Mio Fr. auf 213 Mio Fr. Das Gesamtvermögen des Ausgleichsfonds nahm um das Defizit auf 23,4 Mia Fr. ab. Das AHV-Vermögen belief sich auf 21,6 Mia Fr.; es sank von 82% einer Jahresausgabe auf 79%.⁴

BERICHT
DATUM: 30.06.2004
MARIANNE BENTELI

Aufgrund des Handlungsbedarfs in den Sozialversicherungen und des negativen Ergebnisses der Volksabstimmung vom Mai, legte das EDI dem Bundesrat unter dem Titel „Panorama der Sozialversicherungen“ eine **Gesamtansicht der Sozialwerke** vor. Gestützt auf dieses Aussprachepapier, das sämtliche Sozialversicherungen (mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung) sowie die Familienpolitik umfasste, traf der Bundesrat Ende Juni Richtungsentscheide insbesondere bezüglich AHV und IV.

Der Bundesrat teilte die Einschätzung des EDI, dass sich die finanzielle Situation der AHV ab 2010 rapide verschlechtert, falls keine Massnahmen ergriffen werden, und dass

die AHV bis zum Jahre 2025 zusätzliche finanzielle Mittel benötigt, welche ungefähr 3,8 MwSt-Prozentpunkten entsprechen. Er beschloss deshalb, sofort Vorbereitungsarbeiten zu einer weiteren AHV-Revision in Angriff zu nehmen mit der zentralen Vorgabe, dass die Reform die finanzielle Sicherung bis 2020 ermöglichen soll und dabei den bis zu diesem Zeitpunkt erforderlichen Finanzierungsbedarf berücksichtigt. Alternative Szenarien, so etwa ein System basierend auf der Lebensarbeitszeit oder Modelle, die Aspekte wie das Einkommen und die Beschwerlichkeit der Arbeit in Rechnung stellen, sollen mit einbezogen werden. Dieser Entscheid entsprach der Ansicht der AHV-Kommission, welche die Prüfung neuer Kriterien zur Bestimmung des regulären Rentenalters verlangt hatte.

Der Bundesrat ging ebenfalls mit dem EDI einig, dass die Sanierung der IV im Hinblick auf ihre prekäre finanzielle Situation absolute Priorität hat. Mit der neuen Vorlage zur Erhöhung der Mehrwertsteuer zu Gunsten der IV und mit der 5. IV-Revision bestünden gute Aussichten, dass die Schulden der IV langsam abgebaut werden können. Der Bundesrat war aber der Ansicht, dass einige in der 5. IV-Revision vorgesehene Massnahmen, so etwa die Einführung eines kostenpflichtigen Verfahrens bei Anfechtung eines IV-Rentenentscheids, dringend umgesetzt werden sollten. Er kam zudem zum Schluss, dass das Thema der Entflechtung des Finanzhaushalts von AHV und IV von jenem des Bundes im Rahmen einer langfristigen Sicherung der AHV aufgegriffen und parallel zu den Massnahmen zur Sanierung der IV behandelt werden soll. Ende Oktober gab er dem EDI und dem EFD den Auftrag, eine Entscheidungsgrundlage bezüglich der Entflechtung auszuarbeiten.

Der Nationalrat überwies stillschweigend ein Postulat (04.3234) Meyer Thérèse (cvp, FR), welches den Bundesrat auffordert, ein Modell zur Flexibilisierung des Rentenalters auszuarbeiten, das sowohl die Beitragsjahre aufgrund einer regulären Erwerbstätigkeit als auch die Höhe der Rente berücksichtigt und die Flexibilisierung des Rentenalters gezielt fördert.⁵

BERICHT
DATUM: 23.02.2005
MARIANNE BENTELI

2000 hatte der Nationalrat den Bundesrat mit einem Postulat seiner Rechtskommission beauftragt, in Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten und den Sozialversicherern dem Parlament einen alle Sozialversicherungsbereiche umfassenden Bericht über Regelungslücken im **medizinischen Datenschutz** vorzulegen. Ende Februar verabschiedete der Bundesrat diesen Bericht. Dieser kam zum Schluss, dass die geltenden Gesetze keine Lücken aufweisen. Allerdings sollten Verbesserungsmöglichkeiten bei der Gesetzesanwendung geprüft werden. So zum Beispiel bei der Externalisierung von Aufgaben durch die Versicherer und beim Bearbeiten von Daten aus den Arzt- und Spitalrechnungen. Das Recht des Einzelnen auf den Schutz der Privatsphäre und sein Interesse an effizienten und kostengünstigen Sozialversicherungen sollten sich dabei die Waage halten. Wichtig sei zudem, dass die Versicherten über die Art und Weise, wie ihre medizinischen Daten bearbeitet werden, ausreichend informiert sind.⁶

BERICHT
DATUM: 17.03.2006
MARIANNE BENTELI

In Erfüllung eines 2002 vom Nationalrat angenommenen Postulats (00.3743) verabschiedete der Bundesrat Mitte März einen Bericht über die **Entwicklung der Sozialwerke bis 2030**. Dieser befasst sich hauptsächlich mit den Ausgaben der Sozialversicherungen im Verhältnis zum BIP und mit den Auswirkungen, die eine Stabilisierung dieser Soziallastquote hätte. Letzteres hatte das Postulat als Eckpunkt der Gesamtschau vorgegeben. Gemäss den Hypothesen und Parametern, auf die sich die Berechnungen des künftigen Finanzierungsbedarfs stützten, wird die Soziallastquote im Jahr 2030 25,6% des BIP erreichen (Grund Szenario), also 3,4 BIP-Prozentpunkte mehr als 2005. Verglichen mit der vergangenen Entwicklung ist dies kein ausgeprägter Anstieg. Er fällt gegenüber den Jahren 1990 bis 2003 klar tiefer aus. Wenn die zurzeit debattierten Massnahmen in der AHV (11. Revision, Neufassung) und in der IV (5. Revision) umgesetzt werden, lässt sich der Anstieg der Sozialausgaben zwar abbremsen. Die Zunahme wäre aber immer noch deutlich höher als das geschätzte Wirtschaftswachstum; die Soziallastquote würde im Jahr 2030 25,3% des BIP erreichen. Für eine Stabilisierung der Soziallastquote auf dem Niveau von 2005 (22,2% des BIP) wäre bis 2030 eine Leistungskürzung um 12,2% nötig.⁷

Im November begann die Vernehmlassung zur Reform der Altersvorsorge 2020. Parallel dazu publizierte der Bundesrat einen umfangreichen Bericht mit einer **Gesamtsicht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen** bis 2035 in Erfüllung dreier Postulate aus den Jahren 2005-2012. Der Bericht erläutert das heutige Finanzierungssystem und die Finanzierungsperspektiven im Hinblick auf verschiedene demographische und ökonomische Szenarien für alle Sozialversicherungszweige und enthält eine Gesamtbetrachtung zu AHV und beruflicher Vorsorge. Ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf besteht nach diesen Ausführungen nur bei der AHV, die anderen Zweige weisen ausgeglichene oder gar positive Rechnungssaldi aus. Bei den Ausgaben von AHV, Ergänzungsleistungen (EL) und Krankenpflegeversicherung (KV) wird für die nächsten zwei Jahrzehnte ein im Vergleich zum Bruttoinlandprodukt (BIP) überproportionales Wachstum erwartet; die Ausgaben von IV, Erwerbsersatzordnung (EO) und Familienzulagen (FZ) sollen dagegen gemessen am BIP zurückgehen, während jene der Arbeitslosenversicherung (ALV), der beruflichen Vorsorge (BV) und der Unfallversicherung (UV) weitgehend ähnlich bleiben. Insgesamt wird ein Anstieg der Sozialleistungsquote von aktuell gut 21 auf rund 25% im Jahr 2035 erwartet. Der dringendste Handlungsbedarf besteht bei der AHV: Ohne Reformen wäre deren Fonds im Jahr 2028 vollständig geleert. Auch bei der beruflichen Vorsorge seien aber aufgrund der steigenden Lebenserwartung Anpassungen notwendig.⁸

Jahresrückblick 2019: Sozialversicherungen

Zentrales Thema bei den Sozialversicherungen war 2019 die Altersvorsorge. Mit der **STAF**, die im Mai 2019 von den Stimmbürgern an der Urne bestätigt wurde, erhält die AHV ab dem Jahr 2020 eine Zusatzfinanzierung in der Höhe von CHF 2 Mrd. pro Jahr, ohne dass es zu Veränderungen der Rentenleistungen kommt. Darüber, dass diese Zusatzfinanzierung nicht ausreichen wird, um die Finanzierungslücke der AHV zu stopfen, waren sich aber die Parlamentarierinnen und Parlamentarier 2019 mehrheitlich einig. Fortsetzung fand 2019 entsprechend auch das Projekt **AHV 21**, dessen Massnahmen der Bundesrat im Juli 2019 im Anschluss an die 2018 durchgeführte Vernehmlassung in einer Medienmitteilung präziserte. Vorgesehen sind demnach unter anderem eine schrittweise Erhöhung des Frauenrentenalters auf 65 Jahre sowie als Ausgleichsmassnahmen dazu tiefere Kürzungssätze für Frauen bei einem vorzeitigen Rentenbezug sowie eine Erhöhung der AHV-Rente für Frauen mit tiefen bis mittleren Einkommen. Neu sind zudem ein flexiblerer Start des Rentenbezugs, Anreize für eine Weiterführung der Erwerbstätigkeit nach Erreichen des Rentenalters sowie eine Erhöhung der Mehrwertsteuer um 0.7 Prozentpunkte zur Finanzierung der AHV vorgesehen. Doch nicht nur bezüglich AHV-Reform gab es Neuerungen, auch die **Revision der Pensionskassen** wurde einen Schritt weitergebracht. So übergaben im Juli 2019 der Arbeitgeberverband, Travail.Suisse und der Gewerkschaftsbund dem Bundesrat ihren Vorschlag für eine Reform der beruflichen Vorsorge. Darin sehen sie eine Senkung des Umwandlungssatzes von 6.8 auf 6 Prozent, eine zeitlich begrenzte Erhöhung der Altersgutschriften im Umlageverfahren entsprechend der AHV um 0.5 Prozent sowie eine Halbierung des Koordinationsabzugs vor. Nicht unterstützt wurde der Vorschlag vom Gewerbeverband, der sich gegen ein Umlageverfahren bei den Pensionskassen aussprach. Im Dezember schickte der Bundesrat den Vorschlag unverändert in die Vernehmlassung. Gemeinsam fanden die Revision der AHV und der Pensionskassen in den Medien im Juli 2019 mehr Aufmerksamkeit als die Abstimmung über die STAF im Mai desselben Jahres.

Umstritten war 2019 bei den Sozialversicherungen wie immer auch das Thema «Krankenkassen». Im März 2019 verwarf der Nationalrat in der Schlussabstimmung eine Bundesratsvorlage zur **Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**, was in den Medien ausführlich diskutiert wurde. Die Vorlage hätte vorgesehen, dass die Franchisen automatisch um CHF 50 erhöht werden sollen, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen pro Person mehr als dreizehnmal höher gewesen wären als die ordentliche Franchise. Nachdem die SVP- und die CVP-Fraktion, welche die Vorlage bis zu diesem Zeitpunkt unterstützt hatten, ihre Meinung geändert hatten, setzte sich eine Allianz aus SP- und Grünen-Fraktion, einer Mehrheit der SVP-Fraktion sowie einzelnen Mitgliedern der CVP-Fraktion durch und lehnte den Vorschlag mit 101 zu 63 Stimmen ab. Die entsprechende mediale Debatte war im März 2019 zusammen mit Diskussionen über den vergleichsweise schwachen Anstieg der Krankenkassenprämien fürs Jahr 2020 für den jährlichen Höchstwert in der Medienberichterstattung zu den Krankenversicherungen verantwortlich. Weitgehend unbemerkt von den Medien entschied das Parlament 2019 hingegen, eine Motion der SGK-SR zur **Beibehaltung der aktuellen Einteilung der Prämienregionen** anzunehmen. Damit versenkte es nicht nur

die vom EDI vorgeschlagene, stark kritisierte Änderung der entsprechenden Einteilung, sondern nahm dem Departement auch die Möglichkeit, andere Vorschläge für eine Beendigung der Quersubventionierung der Landbevölkerung bei den Gesundheitskosten durch städtische Gemeinden und Agglomerationen weiterzuverfolgen. Zum ersten Mal im Parlament behandelt wurde die Vorlage der SGK-NR für eine einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich (**EFAS**), bei der die Krankenversicherungen zukünftig sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen – mit Ausnahme von Pflegeleistungen – abgelden würden und dafür von den Kantonen 22.6 Prozent der Kosten vergütet bekämen. Trotz Kritik der linken Parteien daran, dass die Kantone dadurch nur noch bezahlen, aber nicht mitbestimmen dürften, und die Vorlage zu einer Besserstellung der Privatspitäler und Zusatzversicherten zulasten der OKP führe, trat der Ständerat auf die Vorlage ein und nahm einige gewichtige Änderungen vor – unter anderem erhöhte er den von den Kantonen übernommenen Mindestanteil auf 25.5 Prozent.

Zum Abschluss brachten National- und Ständerat 2019 die **Reform der Ergänzungsleistungen**, an der in Bundesbern mindestens seit 2014 gearbeitet worden war. Die Räte entschieden sich diesbezüglich, die seit 2001 nicht mehr veränderten Ansätze für Mieten den gestiegenen Mietkosten anzupassen, und erhöhten die entsprechenden Beträge teilweise deutlich. Gesenkt wurden die Vermögensfreibeträge für Alleinstehende auf CHF 30'000 und für Verheiratete auf CHF 50'000, zudem wurde eine Vermögensschwelle in der Höhe von CHF 100'000 für den Bezug von Ergänzungsleistungen eingeführt. Dabei wurde jedoch darauf verzichtet, das von den Bezügerinnen und Bezüglern selbst bewohnte Wohneigentum bei dieser Schwelle zu berücksichtigen, so dass auch auf die geplante Schaffung eines gesicherten Darlehens für die entsprechenden Liegenschaften verzichtet werden konnte. Schliesslich schuf das Parlament die Pflicht für Erbinnen und Erben, bei einem Nachlass von EL-Beziehenden von mehr als CHF 40'000 die entsprechende Differenz zurückzuzahlen.

Erste Schritte machte das Parlament zudem bei der **Weiterentwicklung der IV**, die erstmals in beiden Räten behandelt wurde. Besonders umstritten war dabei die Frage der Kinderrenten: Der Nationalrat wollte diese von 40 auf 30 Prozent kürzen und in «Zulage für Eltern» umbenennen. Da eine Abklärung der finanziellen Verhältnisse aber ergeben habe, dass Familien mit Kinderrenten und Ergänzungsleistungen in allen berechneten Konstellationen weniger Einkommen zur Verfügung hätten als vergleichbare Familien ohne Kinderrenten und EL, sprach sich der Ständerat gegen die Kürzung aus. Diese Argumentation überzeugte den Nationalrat in der Wintersession, er verzichtete ebenfalls auf die Kürzung. Die Umbenennung wollte der Ständerat aus Furcht vor einem grossen administrativen Aufwand verhindern, fand damit im Nationalrat bisher aber kein Gehör.

Schliesslich beriet der Ständerat in der Wintersession erstmals die Bundesratsvorlage zur Schaffung von **Überbrückungsleistungen (ÜL) für ältere Arbeitslose**. Darin hatte der Bundesrat vorgesehen, Personen, die nach vollendetem 60. Altersjahr aus der ALV ausgesteuert werden, aber mindestens während 20 Jahren einen Mindestbetrag in die AHV einbezahlt und ein Vermögen unter CHF 100'000 besitzen, eine Überbrückungsrente in der Höhe von CHF 58'350 zuzusprechen. Der Ständerat entschied nun aber, die Überbrückungsrente auf maximal CHF 39'000 zu beschränken und diese nur solange auszuzahlen, bis die Betroffenen mit 62 (bei Frauen) oder 63 (bei Männern) frühzeitig ihre AHV-Rente beziehen können. Diesen Zwang zur Frühpensionierung kritisierten die Medien in der Folge stark, da dieser Vorbezug eine lebenslange AHV-Kürzung um 14 Prozent (plus Kürzungen bei der zweiten Säule) zur Folge hätte.⁹

BERICHT
DATUM: 31.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

Jahresrückblick 2020: Sozialversicherungen

Über den Themenbereich «Sozialversicherungen» berichteten die Medien im Jahr 2020 deutlich weniger als in den Vorjahren (ersichtlich in Abbildung 2 der APS-Zeitungsanalyse 2020). Jedoch war die Berichterstattung zu Beginn des Jahres noch vergleichsweise stark (vgl. Abbildung 1); zu diesem Zeitpunkt dominierte die Frage nach den **Überbrückungsleistungen** und damit nach der **Schaffung einer neuen Sozialversicherung**. Diese Frage wurde bis zum Ende der Sommersession 2020 geklärt, als das Parlament die Vorlage in der Einigungskonferenz und somit noch vor der Abstimmung über die Begrenzungsinitiative, die Corona-bedingt auf Ende September hatte verschoben werden müssen, bereinigte. Das von Mitgliedern der SVP angestrebte fakultative Referendum kam nicht zustande. Neu erhalten somit Ausgesteuerte ab 60

Jahren ÜL, wenn sie mindestens 20 Jahre, fünf davon ab dem Alter von 50 Jahren, in die AHV einbezahlt haben, ihr Erwerbseinkommen mindestens 75 Prozent des AHV-Höchstbeitrags betrug und ihr Reinvermögen unterhalb der EL-Vermögensschwelle liegt.

Nach diesem Anfangsinteresse an den Sozialversicherungen geriet die Thematik aufgrund der Corona-Pandemie stark in den Hintergrund. Zwar wurden die Kurzarbeitsentschädigung sowie der Erwerbssersatz als zwei der drei Hauptmassnahmen zur Abfederung der Auswirkungen der Pandemie (neben den Corona-Krediten) wichtiger als jemals zuvor, dies widerspiegelte sich jedoch nicht in der entsprechenden medialen Berichterstattung (siehe Abbildung 1). Darüber hinaus wirkte sich Corona auch stark auf die Debatte im Krankenversicherungsbereich sowie bezüglich der finanziellen Lage des AHV-Ausgleichsfonds und der Pensionskassen aus.

Besonders viele Neuerungen gab es im Jahr 2020 bei der **Arbeitslosenversicherung (ALV)**. Noch vor Ausbruch der Pandemie bereinigte das Parlament die Vorlage zur Vereinfachung der Bestimmungen zur Kurzarbeit im Arbeitslosenversicherungsgesetz und sah darin unter anderem vor, dass der Bundesrat bei schwieriger Konjunktur die Höchstbezugsdauer für Kurzarbeitsentschädigung (KAE) verlängern kann. Aufgrund des Abbruchs der Frühjahrsession konnte die Schlussabstimmung zum Gesetz erst in der Sommersession durchgeführt werden. Als der Bundesrat während der ersten Corona-Welle entschied, **zur Abfederung der Pandemie unter anderem auf Kurzarbeitsentschädigungen zu setzen**, stützte er sich in seiner Verordnung somit noch auf die bisherigen Gesetzesbestimmungen. Von diesen bundesrätlichen Corona-Massnahmen zur ALV fiel insbesondere die Ausdehnung des Zugangs zu KAE auf zusätzliche Kategorien von Erwerbstätigen, etwa auf nicht kündbare Temporärangestellte, Lehrlinge oder arbeitgeberähnliche Angestellte ins Gewicht. Damit die ALV die Massnahmen finanzieren konnte – bei Überschuldung der ALV tritt ihre Schuldenbremse in Kraft, wodurch die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge im Folgejahr erhöht werden müssen –, sprach das Parlament auf Antrag des Bundesrates in der ersten Nachmeldung zum Nachtrag I zum Voranschlag 2020 eine Zusatzfinanzierung von CHF 6 Mrd. und erhöhte diese im Nachtrag IIa um weitere CHF 14.2 Mrd. Diese Zusatzfinanzierung bedurfte jedoch einer Änderung des AVIG, welche National- und Ständerat in der Herbstsession 2020 guthiessen.

Neben den KAE setzte der Bundesrat zur Bewältigung der Pandemie auch auf **Erwerbssersatz**, dessen Einsatz er ebenfalls in einer Verordnung regelte. Neu sollten nicht nur Dienstleistende der Schweizer Armee und Mütter nach der Geburt in den Genuss von EO kommen, sondern temporär und unter gewissen Bedingungen auch Selbständigerwerbende, sofern ihr Betrieb vom Bund geschlossen wurde, sie sich in ärztlich verordnete Quarantäne begeben mussten oder wegen Betreuungsaufgaben ihrer Arbeit nicht nachgehen konnten. Betreuungsaufgaben wegen Schulschliessungen konnten überdies auch Angestellte geltend machen. Für diese Massnahme genehmigte das Parlament einen Nachtragskredit über CHF 4 Mrd., zumal auch der EO-Fonds nur flüssige Mittel von CHF 1 Mrd. aufwies.

Diskutiert wurde im Bereich der **Krankenversicherungen** vor allem darüber, wer die hohen Corona-Kosten im Gesundheitswesen übernehmen soll: Zwar wurden für die Krankenkassen für das Jahr 2020 wegen Corona tiefere Kosten erwartet, zumal zeitweise alle nicht dringlichen Behandlungen untersagt worden waren, teuer würden hingegen ebendiese Ausfälle von Behandlungen für die Spitäler werden.

Unabhängig von der Corona-Pandemie waren Bundesrat und Parlament im Krankenversicherungsbereich sehr aktiv, insbesondere bei den Massnahmen zur Kostendämpfung, von denen sie sich eine Eindämmung des Prämienanstiegs erhofften. Das erste Massnahmenpaket teilte die SGK-NR vor der ersten Ratsbehandlung im Mai 2020 in zwei Teile auf: In einem ersten Schritt sollten im Teilpaket 1a die weniger umstrittenen Aspekte behandelt werden, wobei sich bei den Behandlungen rasch zeigte, dass es im Gesundheitsbereich beinahe keine unumstrittenen Aspekte gibt. Entsprechend begann der Nationalrat noch vor Abschluss dieses Teilpakets mit der Behandlung des Teilpakets 1b mit den als umstrittener eingeschätzten Massnahmen. Gleichzeitig führte der Bundesrat zwischen August und November 2020 auch eine Vernehmlassung zum zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung durch, dessen Hauptmassnahme die Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP darstellt. Da auch die von der CVP in der Zwischenzeit erfolgreich eingereichte eidgenössische Initiative «Für tiefere Prämien» eine Kostenbremse im Gesundheitswesen forderte, schlug der Bundesrat das zweite Massnahmenpaket als indirekten Gegenvorschlag zur CVP-Initiative vor.

Auch der Prämien-Entlastungs-Initiative der SP stellte der Bundesrat mit der Vorlage zu

den individuellen Prämienverbilligungen einen indirekten Gegenvorschlag zur Seite. Darin beantragte er als Reaktion auf die stetige Senkung der IPV-Beiträge durch die Kantone, die entsprechenden Kantonsbeiträge an die kantonalen Bruttokosten sowie an die verbleibende Prämienbelastung zu knüpfen. Auch diesen Gegenvorschlag schickte er in der Folge in die Vernehmlassung. Mit der KVG-Ergänzung über die Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten, dem Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung standen auch zwei auf parlamentarischen Initiativen basierende Gesetzesvorlagen kurz vor oder am Anfang der parlamentarischen Beratung, während bei der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS) 2020 keine Fortschritte erzielt werden konnten. Abgeschlossen wurde hingegen die Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringenden in der Sommersession 2020, mit welcher die bisher zeitlich befristete Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringenden permanent geregelt wurde. In der Wintersession 2020 einigten sich die Räte auch auf neue Regelungen zur Vergütung des Pflegematerials.

Der Themenbereich **Altersvorsorge** erhielt im Jahr 2020 von den Medien deutlich weniger Aufmerksamkeit als in den Vorjahren. Dies hing sicherlich einerseits damit zusammen, dass anders als in den Jahren 2017 (Altersvorsorge 2020) und 2019 (STAF) keine eidgenössische Abstimmung zu diesem Thema stattfand. Andererseits überdeckte auch in diesem Themenbereich die Corona-Berichterstattung verschiedene, durchaus berichtenswerte Ereignisse. So machte der Bundesrat bezüglich der Reform der beruflichen Vorsorge einen Schritt vorwärts. Nachdem der Arbeitgeberverband, Travail.Suisse und der Gewerkschaftsbund im Juli 2019 ihren Kompromissvorschlag für die BVG-Revision präsentiert hatten, wurden bald von allen Seiten Kritik und Alternativvorschläge laut, insbesondere bezüglich des Rentenzuschlags im Umlageverfahren. Dennoch entschied sich der Bundesrat Ende November 2020 in der Botschaft zum neu als «BVG 21» betitelten Geschäft, am Kompromiss der Sozialpartner festzuhalten.

Wenige Aktivitäten gab es bezüglich der Revision der AHV. Zwar begann die SGK-SR im August 2020 die Vorberatung der Vorlage zur Stabilisierung der AHV (AHV 21), diese dauerte jedoch aufgrund vertiefter Abklärungen so lange, dass die Vorlage im Jahr 2020 noch nicht im Plenum beraten werden konnte.

Für zwei Volksinitiativen zur Altersvorsorge – für die Volksinitiative «Berufliche Vorsorge – Arbeit statt Armut» sowie für die Volksinitiative «für eine generationengerechte Altersvorsorge (Vorsorge Ja – aber fair)» – verstrichen die Sammelfristen im Jahr 2020 unbenutzt. Zudem wurde im Februar 2020 die Volksinitiative «Für ein besseres Leben im Alter (Initiative für eine 13. AHV-Rente)» durch den Gewerkschaftsbund lanciert. Einiges zu reden wird zukünftig auch ein Urteil des EGMR geben, der die Schweiz wegen unzulässiger Ungleichbehandlung von Witwen und Witwern rügte: Das Gericht kritisierte, dass ein verwitweter Vater nur eine Rente erhält, bis seine Kinder volljährig sind, während verwitwete Mütter ein Leben lang eine Rente erhalten.

Doch auch das Thema «Altersvorsorge» blieb von der Corona-Pandemie nicht unberührt. So verloren sowohl der AHV-Ausgleichsfonds als auch die Pensionskassen durch den Corona-bedingten Aktiensturz viel Geld. Die OAK BV berichtete im Mai 2020, dass der Deckungsgrad der Pensionskassen durchschnittlich um 6 Prozent auf 105.6 Prozent gefallen war, vermeldete dann aber im Laufe des Jahres wieder steigende Zahlen: Ende September 2020 lag der durchschnittliche Deckungsgrad bereits wieder bei 110.2 Prozent. Auch das BSV erwartete mittelfristig nur geringe Folgen durch die Pandemie – es nutzte für seine Prognose gemäss NZZ aber auch positivere Wirtschaftsprognosen als die restliche Bundesverwaltung. Ein grosses, nicht nur Corona-bedingtes Problem im Rahmen des BVG löste der Bundesrat Anfang Juli, als er der Auffangeinrichtung BVG erlaubte, Gelder bis CHF 10 Mrd. aus dem Freizügigkeitsbereich zinslos und unentgeltlich bei der Bundestresorie anzulegen. Da Freizügigkeitsguthaben nicht mit Negativzinsen belastet werden dürfen, war eine sichere Anlage der Gelder aufgrund der Negativzinsen zuvor kaum möglich gewesen.

Schliesslich schloss das Parlament in der Sommersession 2020 auch die **Weiterentwicklung der IV** erfolgreich ab. Mit der Vorlage hatte der Bundesrat beabsichtigt, die bisher noch unzureichende Wiedereingliederung bei Kindern, Jugendlichen und Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Entgegen anfänglicher Entscheide des Nationalrats, die Kinderrenten zu senken und die Kinderrenten in «Zulage für Eltern» oder «Zusatzrente für Eltern» umzubenennen, entschied sich das Parlament zum Schluss, auf beide Massnahmen zu verzichten.¹⁰

Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

BERICHT
DATUM: 02.06.2001
MARIANNE BENTELI

Das Seco liess erstmals eine „Generationenrechnung“ über Anwartschaften und Lasten des Sozialstaates erstellen. Diese kam zum Ergebnis, dass für die kommenden Jahrzehnte eine „**Nachhaltigkeitslücke**“ besteht, die aber – insbesondere verglichen mit dem europäischen Ausland – durch die laufende Defizitreduktion und eine Erhöhung der Mehrwertsteuer relativ leicht zu schliessen ist. Der Autor der Studie kam zum Schluss, dass die in der 11. AHV-Revision vorgesehene Anhebung des Frauenrentenalters und die Änderungen bei der Witwenrente kaum Einfluss auf die Nachhaltigkeitsbilanz haben, wohl aber die Anhebung der Mehrwertsteuer.¹¹

BERICHT
DATUM: 31.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2021 berichtete die Compenswiss, dass der AHV/IV/EO-Ausgleichsfonds trotz starker Corona-bedingter Turbulenzen auf den Finanzmärkten im Jahr 2020 eine Nettorendite von 5.22 Prozent erzielt hatte. Diese lag damit zwar deutlich unter derjenigen des Vorjahrs von 10.22 Prozent. Jedoch hatte der Fonds Ende März 2020 nach dem Einbruch an den Finanzmärkten noch einen Verlust von -10 Prozent aufgewiesen. Im Frühjahr hatte die Compenswiss darum das Liquiditätsniveau des Fonds erhöht, um ihre Zahlungsverpflichtungen jederzeit erfüllen zu können. Für den AHV-Fonds betrug die Nettorendite 2020 4.05 Prozent, womit dieser ebenfalls unter dem Wert des Vorjahres (9.62 Prozent) zu liegen kam.

Im April 2021 gab die Compenswiss überdies ein positives **Jahresergebnis 2020 der AHV** bekannt. Dank eines positiven Umlageergebnisses (mehr Einnahmen als Ausgaben) von CHF 579 Mio., der von der Stimmbevölkerung gutgeheissenen Zusatzfinanzierung von CHF 2 Mrd. jährlich, eines positiven Anlageergebnisses (CHF 1.3 Mrd.) und der von der IV bezahlten Schuldzinsen über CHF 51 Mio. kam das Betriebsergebnis der AHV 2020 bei CHF 1.9 Mrd. zu liegen.¹²

Invalidenversicherung (IV)

BERICHT
DATUM: 26.06.1996
MARIANNE BENTELI

Im Rahmen ihrer Aufsichtsbefugnisse liessen die **Geschäftsprüfungskommissionen** von National- und Ständerat durch die Parlamentarische Verwaltungskontrollstelle untersuchen, ob die **Beiträge der IV an Organisationen der privaten Invalidenhilfe** noch **gerechtfertigt** seien, und ob der Vollzug dieser Gesetzesbestimmung effizient und zweckmässig sei. Die Evaluation führte zum Ergebnis, dass die Regelung nach Art. 74 IVG auch heute ihre Berechtigung hat, dass aber im Vollzug gewisse Mängel bestehen. Es wurden verschiedene Empfehlungen zuhanden des Bundesrates formuliert. Dieser nahm im Sommer zum Bericht Stellung. Er hielt fest, dass das BSV bereits an der Umsetzung der Empfehlungen arbeitet. Es werde eine grundsätzliche Neuausrichtung angestrebt. Das künftige Konzept soll auf den Grundsätzen von Bedarf, leistungsorientierter Steuerung und Wirkungsanalysen basieren. Vom heutigen System der nachträglich geschuldeten Beiträge soll mittelfristig Abstand genommen werden.¹³

BERICHT
DATUM: 16.01.2004
MARIANNE BENTELI

Die namentlich aus Kreisen der SVP immer wieder kolportierte Behauptung, die IV-Bezüger seien in erster Linie **Ausländer**, vor allem aus dem ehemaligen Jugoslawien, welche ihren Wohnsitz in den meisten Fällen gar nicht mehr in der Schweiz hätten, wurde durch eine Übersicht des BSV deutlich widerlegt. Diese wies nach, dass bei Personen, die Beiträge an die IV geleistet haben, die Wahrscheinlichkeit, eine IV-Rente zu beziehen, für Schweizerinnen und Schweizer klar höher ist als für Ausländer, obwohl diese wesentlich häufiger in Branchen mit einem erhöhtem Invaliditätsrisiko arbeiten.¹⁴

BERICHT
DATUM: 01.07.2015
FLAVIA CARONI

In Reaktion auf ein 2012 überwiesenes Postulat veröffentlichte der Bundesrat im Juli 2015 einen Bericht über die **Invaliditätsbemessung bei Teilzeiterwerbstätigen** in der IV. Darin anerkannte er grundsätzlich, dass für Teilzeitarbeitende eine Benachteiligung bei der IV besteht. Müssen sie aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ihr Arbeitspensum reduzieren, erhalten sie bei gleicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Regel – zum Teil massiv – tiefere Renten als Vollzeitbeschäftigte, aber auch als Erwerbslose. Unter Umständen besteht gar kein Rentenanspruch, da der errechnete Invaliditätsgrad unter dem Minimalwert von 40% zu liegen kommt. Die auch bei Fachleuten umstrittene so genannte „gemischte Methode“ zur Invaliditätsberechnung bei Teilzeiterwerbstätigen, die das Teilpensum doppelt gewichtet und somit zu den massiven Rentenunterschieden führt, wird vom Bundesgericht seit Jahren immer wieder gestützt. Sie bemisst je separat die Einbussen bei der Erwerbs- und der

Familien- und Haushaltstätigkeit und berechnet daraus den Invaliditätsgrad. In 98% der Anwendungsfälle sind Frauen betroffen. Der Bundesrat gab an, dennoch auf weitgehende Anpassungen verzichten und nur punktuelle Änderungen vornehmen zu wollen, da ein Ersatz der gemischten Methode je nach Alternative zu Mehrkosten für die IV im zweistelligen Millionenbereich jährlich führen würde, was sich nicht mit dem politischen Auftrag zur Sanierung der IV verträge. Für die Bemessung der Invalidität bei teilzeitlicher Erwerbstätigkeit gelten die folgenden Regeln: Die IV versichert nur Einkommen, die auch tatsächlich realisiert werden, nicht solche, die ohne den Gesundheitsschaden theoretisch hätten realisiert werden können. Bei Tätigkeiten im Rahmen der Familie und des Haushalts wird davon ausgegangen, dass grössere Freiheiten zur Organisation bestehen als bei bezahlten Tätigkeiten, und dass andere Familienmitglieder einen Teil der Aufgaben übernehmen, weshalb eine gleich starke gesundheitliche Einschränkung zu einem tieferen Invaliditätsgrad führt. Zur Verbesserung der Situation wurde eine Anpassung der Berechnungsmethode vorgeschlagen, die die Einschränkungen im Erwerbs- und im Familienbereich gleichzeitig beurteilt, womit eine umfassendere Einschätzung der Betätigungssituation möglich ist.¹⁵

BERICHT
DATUM: 07.06.2016
ANJA HEIDELBERGER

Nach Erscheinen des Berichts über die **Invaliditätsbemessung bei Teilzeiterwerbstätigen** im Juli 2015 beantragte der Bundesrat in seinem Bericht zu den Motionen und Postulaten 2015 die Abschreibung des Postulats Jans (sp, BS), da er dieses als erfüllt erachtete. Diese Ansicht teilte zwar eine Mehrheit der SGK-NR, eine Kommissionsminderheit Schenker (sp, BS) beantragte jedoch den Verzicht auf die Abschreibung. Da der EGMR im Februar 2016 die Methode der Schweiz zur IV-Berechnung bei Teilzeitangestellten als diskriminierend eingestuft habe, solle der Bundesrat die Situation der Teilzeiterwerbstätigen bei der Invaliditätsbemessung vertieft analysieren, erklärte die Minderheit. Mit 129 zu 49 Stimmen folgte der Nationalrat in der Sommersession 2016 aber der Kommissionsmehrheit. Stillschweigend unterstützte der Ständerat in derselben Session den Antrag des Bundesrates und schrieb das Postulat ab.¹⁶

BERICHT
DATUM: 05.07.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2017 veröffentlichte der Bundesrat den **Bericht «IV-Anlehre und praktische Ausbildung nach INSOS»** in Erfüllung der Postulate Lohr (cvp, TG; Po. 13.3615) und Bulliard-Marbach (cvp, FR; Po. 13.3626). Die beiden Postulate waren eingereicht worden, nachdem das BSV im IV-Rundschreiben Nr. 299 die Voraussetzungen für die Zusprache der Übernahme der behinderungsbedingten Mehrkosten im zweiten Ausbildungsjahr erhöht hatte. In der Zwischenzeit hatte das Bundesgericht entschieden, dass Artikel 16 IVG dem entsprechenden IV-Rundschreiben keine genügende rechtliche Grundlage biete, worauf das BSV das Rundschreiben aufgehoben hatte. Im Bericht verwies der Bundesrat insbesondere auf das Geschäft zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung, in dem er Massnahmen vorschlägt, mit denen «die betroffenen Jugendlichen im Übergang von der Schule zur erstmaligen beruflichen Ausbildung und von der Berufsbildung in den Arbeitsmarkt» besser unterstützt werden könnten. Gleichzeitig könnten dort auch Art, Dauer und Inhalt der entsprechenden – zweijährigen – beruflichen Ausbildungen präzisiert werden. Dabei sollte die Zielsetzung eines rentenbeeinflussenden Erwerbseinkommens und der Integration in den ersten Arbeitsmarkt weiterhin eine wichtige Rolle spielen, aber keine Voraussetzung für eine Zusprache der Ausbildung mehr darstellen.¹⁷

BERICHT
DATUM: 24.10.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2017 zog der Bundesrat in einer Medienmitteilung **Bilanz zum Assistenzbeitrag der IV**. Das Ziel dieser neuen Leistung nach IVG besteht darin, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der IV-Bezügerinnen und IV-Bezüger zu fördern, indem sie für ihre Unterstützung im Alltag direkt eine Assistenzperson einstellen können.

Fünf Jahre nach Einführung habe eine Evaluation eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Assistenzbeitrag gezeigt, die grosse Mehrheit der insgesamt 2'171 Bezügerinnen und Bezüger sei mit ihrer Lebensqualität, Pflegesituation und Selbstständigkeit zufrieden oder sehr zufrieden, teilte der Bundesrat mit. Der Assistenzbeitrag erhöhe die Eigenständigkeit von Menschen mit Behinderungen, erleichtere ihre berufliche und soziale Integration und trage zur Entlastung der Angehörigen bei. Dennoch liege die Nachfrage unter der Zahl der erwarteten 3'000 Bezügerinnen und Bezüger, steige aber kontinuierlich an. Dabei seien Personen mit Hilflosenentschädigung über- und Personen mit psychischen Problemen beim Bezug von Assistenzbeiträgen

untervertreten. 2016 seien CHF 44 Mio. als Assistenzbeiträge ausbezahlt worden. Verbesserungspotenzial sahen die Betroffenen gemäss Bericht beim administrativen Ablauf und beim anerkannten Hilfebedarf.¹⁸

BERICHT
DATUM: 31.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2021 berichtete die Compenswiss, dass der AHV/IV/EO-Ausgleichsfonds trotz starker Corona-bedingter Turbulenzen auf den Finanzmärkten im Jahr 2020 eine Nettorendite von 5.2 Prozent erzielt hatte. Diese lag damit zwar deutlich unter derjenigen des Vorjahrs von 10.2 Prozent, jedoch hatte der Fonds Ende März 2020 nach dem Einbruch an den Finanzmärkten noch einen Verlust von -10 Prozent aufgewiesen. Im Frühjahr hatte die Compenswiss darum das Liquiditätsniveau des Fonds erhöht, um ihre Zahlungsverpflichtungen jederzeit erfüllen zu können.

Anders als die AHV musste die IV **2020** ein negatives Umlageergebnis von CHF -431 Mio. hinnehmen, wie die Compenswiss im April 2021 bekannt gab. Diesen Verlust vermochte auch das positive Anlageergebnis von CHF 164 Mio. nicht zu kompensieren, womit das **IV-Betriebsergebnis bei CHF -267 Mio. zu liegen** kam. Folglich konnte die Schuld bei der AHV, für welche die IV im Jahr 2020 überdies CHF 51 Mio. an Zinsen bezahlen musste, im Jahr 2020 nicht weiter abgebaut werden und lag weiterhin bei CHF 10.3 Mrd.

Gemäss der im Mai 2021 erschienenen IV-Statistik richtete die IV im Jahr 2020 Leistungen an 450'000 Personen und Geldleistungen über CHF 6.6 Mrd. aus.¹⁹

Ergänzungsleistungen (EL)

BERICHT
DATUM: 20.11.2013
FLAVIA CARONI

In Beantwortung der Postulate Humbel und Kuprecht sowie der FDP-Liberalen Fraktion aus dem Vorjahr legte der Bundesrat einen Bericht vor, in dem er die **Kostenentwicklung und den Reformbedarf bei den Ergänzungsleistungen (EL) zu AHV und IV** darlegte. Innerhalb von fünf Jahren waren die Ausgaben in diesem Bereich um über CHF 500 Mio. angestiegen, seit 1998 hatte der Bestand an EL-beziehenden Personen um durchschnittlich 3,3% pro Jahr zugenommen. Im gleichen Zeitraum haben sich die Ausgaben für die EL auf CHF 4,4 Mrd. pro Jahr mehr als verdoppelt, wofür der Bundesrat verschiedene Gründe anführte. Ein grosser Teil des Kostenanstiegs sei auf eine Systemänderung aufgrund der Totalrevision des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zu AHV und IV (ELG) im Zuge der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung (NFA) zurückzuführen. Weiter trügen Kostenverlagerungen als Folge der 5. IV-Revision und der Neuordnung der Pflegefinanzierung zur Kostenzunahme bei. Bis 2020 sei unter Berücksichtigung der Teuerung mit einem weiteren Anstieg auf CHF 5,5 Mrd. zu rechnen, was einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 2,8% entspricht.²⁰

BERICHT
DATUM: 31.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Ende 2019 waren 337'000 Personen auf EL angewiesen, was einen Anstieg von 2.7 Prozent gegenüber dem Vorjahr bedeutete. 12.7 Prozent der AHV-Rentnerinnen und -Rentner und 48.5 Prozent der IV-Rentnerinnen und -Rentner hatten demnach im Jahr 2019 Anrecht auf Ergänzungsleistungen. Insgesamt betragen die **Ausgaben für Ergänzungsleistungen 2019**, die von Bund und Kantonen finanziert werden, CHF 5.2 Mrd. – 3.1 Prozent mehr als im Vorjahr. Dieser verglichen mit den Vorjahren eher starke Anstieg war vor allem auf die EL bei der AHV zurückzuführen (3.4%; Anstieg bei der EL zur IV: 2.6%).²¹

BERICHT
DATUM: 31.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

Die **Anzahl Ergänzungsleistungsbeziehende lag Ende 2020** bei 341'700 Personen oder rund 17 Prozent der AHV- und IV-Rentnerinnen und -Rentner. Die Zahl der EL-Beziehenden hatte im Vergleich zum Vorjahr um 1.4 Prozent zugenommen. Besonders stark auf Ergänzungsleistungen angewiesen waren IV-Beziehende, von denen im Jahr 2020 49.3 Prozent EL erhielten. Stabil blieb der Anteil an AHV-Rentnerinnen und -Rentnern mit EL, er lag wie im Vorjahr bei 12.7 Prozent. Das BSV wies in seinem Bericht vom Juni 2021 aber auch auf eine grosse Dynamik bei der EL hin: So schieden 2020 9 Prozent des Gesamt-Bestandes aus dem EL-System aus, während gleichzeitig 10 Prozent neu hinzukamen. Noch etwas stärker als der Bestand an EL-Beziehenden wuchsen 2020 die Ausgaben der EL an (3.3%), was insbesondere auf den Anstieg bei der EL zur AHV (3.6%) zurückzuführen war. Dabei stellten rund 40 Prozent der EL-Ausgaben heimbedingte Mehrkosten dar. So erhielten Personen, die Zuhause lebten, EL in der Höhe von durchschnittlich CHF 1'200 pro Monat; im Heim lebende Personen erhielten durchschnittlich CHF 3'400 pro Monat.²²

Erwerbsersatzordnung (EO)

BERICHT
DATUM: 16.06.2006
MARIANNE BENTELI

2004 hatte der Nationalrat ein Postulat seiner SGK verabschiedet, das den Bundesrat ersuchte, einen Bericht auszuarbeiten, der die **Doppelspurigkeiten der Militärversicherung (MV)** mit den anderen Sozialversicherungen aufzeigt und Lösungen vorschlägt, um sie zu vermeiden. Der Bericht kam zum Schluss, dass das aktuelle System, das die verfassungsmässige Aufgabe einem einzigen Versicherer, nämlich der MV, überträgt, optimal ist. Das System ist einfacher und kostengünstiger und ermöglicht zudem, Gesundheitsschäden, die eine Invalidität zur Folge haben, frühzeitig zu erkennen, rasch darauf zu reagieren und so die Leistungskosten zu senken. Der Bericht zeigte zudem auf, dass den Militärversicherten durch die Tatsache, dass sie auch von anderen Sozialversicherungen Leistungen beziehen können, kein finanzieller Vorteil erwächst. Die Koordinationsregeln, die zwischen den Sozialversicherungen bestehen, funktionieren gut und erlauben, Überentschädigungen zu vermeiden.

BERICHT
DATUM: 20.04.2016
FLAVIA CARONI

Der Bundesrat publizierte einen Bericht zum Thema **Aufschub der Mutterschaftsentschädigung** in Beantwortung zweier Postulate Maury Pasquier (10.3523) und Teuscher (10.4125). Beide Vorstösse hatten den Aufschub der Mutterschaftsentschädigung bei einem längeren Spitalaufenthalt des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt betroffen. Ein solcher Aufschub ist derzeit möglich, jedoch ist die Mutter ab der Niederkunft bis zum Beginn der Auszahlungen – dem offiziellen Beginn des Mutterschaftsurlaubs – erwerbslos, und sie darf in den ersten acht Wochen nicht arbeiten. Die Postulate verlangten, einen Bericht über mögliche Gesetzesänderungen vorzulegen, um Müttern in dieser Situation ein Einkommen zu gewährleisten. Der Bundesrat kam in seinem Bericht zum Schluss, dass die auftretende Einkommenslücke im beschriebenen Fall nicht durch andere Sozialversicherungen oder private Versicherungslösungen gedeckt wird. Zwar besteht eine gewisse Pflicht der Arbeitgeber auf Lohnfortzahlung, diese ist jedoch rechtlich nicht abschliessend begründet. Als Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation nannte der Bundesrat einerseits eine Ergänzung des Erwerbsersatzordnungsgesetzes (EOG), damit betroffenen Müttern eine Entschädigung ausbezahlt würde. Andererseits könnten die Bestimmungen im Obligationenrecht so angepasst werden, dass der Arbeitgeber in jedem Fall zu einer Lohnfortzahlung verpflichtet ist – dies gestützt auf die Tatsache, dass die Arbeitnehmerin sich um ein krankes Kind kümmert.²⁵

BERICHT
DATUM: 02.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Zur Erfüllung des Postulats Maury Pasquier (sp, GE) bezüglich der **Arbeitsunterbrüche vor Geburtstermin** hatte das BSV eine Studie beim Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) in Auftrag gegeben. Onlinebefragungen von 3'575 Betrieben und von 2'809 zufällig ausgewählten Frauen, die im Jahr 2016 ein Kind geboren und eine Mutterschaftsentschädigung der EO bezogen hatten, ergaben, dass Arbeitsunterbrüche vor dem Geburtstermin ein weitverbreitetes Phänomen sind. So komme es in rund 80 Prozent aller Schwangerschaften zu Erwerbsunterbrüchen, wozu die Autorinnen und Autoren Absenzen aus gesundheitlichen Gründen (bei einer Krankschreibung durch den Arzt), Absenzen auf blosser Anzeige hin (ohne Arztzeugnis) und Beschäftigungsverbote, zum Beispiel bei gefährlichen oder beschwerlichen Arbeiten, zählten. Mehrheitlich erfolgte dabei – insbesondere in den letzten zwei Wochen vor der Geburt – ein vollzeitlicher Erwerbsunterbruch (73 Prozent aller befragten Frauen), manchmal kam es zuvor bereits zu einer teilzeitlichen Reduktion (42 Prozent aller befragten Frauen). Durchschnittlich dauerten die Unterbrüche sechs Wochen.

Diese Unterbrüche hatten für viele Betroffene in der Studie finanzielle Folgen, einem Viertel von ihnen entstanden dadurch Einkommenslücken oder -einbussen. Am häufigsten, in 67 Prozent aller Ausfälle, waren die Arbeitsunterbrüche gesundheitlichen Gründen geschuldet. Dabei erhielten 67 Prozent aller Betroffenen den vollen Lohn, 28 Prozent erhielten die gesetzlich verlangten 80 Prozent des Lohns und 5 Prozent erhielten weniger als 80 Prozent oder gar keinen Lohn. In 21 Prozent aller Fälle blieben Schwangere der Arbeit auf blosser Anzeige hin fern, wodurch sie nicht in allen Fällen Anspruch auf Lohn haben. 78 Prozent der Befragten gaben jedoch an, den vollen Lohn erhalten zu haben, 16 Prozent erhielten 80 Prozent des Lohnes und 6 Prozent blieben ohne Lohn. Beschäftigungsverbote für Schwangere sind mit 4 Prozent der Befragten eher selten. Insgesamt zeigte die Studie, dass insbesondere Frauen ohne tertiäre Bildung von Einkommenseinbussen oder -lücken betroffen sind. Problematisch ist insbesondere die Situation von arbeitslosen Schwangeren, da diese bei

gesundheitsbedingter Arbeitslosigkeit als nicht vermittelbar gelten.

Bezüglich des Handlungsbedarfs stellte die Studie fest, dass ein allfälliger vorgeburtlicher Urlaub nicht wie von der Postulantin vorgebracht zwei, sondern vier Wochen dauern sollte. Zu klären sei aber, ob der bisherige Mutterschaftsurlaub entsprechend verlängert werden oder ob ein zusätzlicher vorgeburtlicher Urlaub geschaffen werden solle. Dabei stellte der Bericht jedoch in Frage, ob ein solcher Urlaub sinnvoll wäre. So seien zwar Erwerbsunterbrüche vor der Geburt weit verbreitet, jedoch erhielten 95 Prozent der Betroffenen während des Unterbruchs zwischen 80 und 100 Prozent ihres Lohnes. 70 Prozent erhielten sogar den vollen Lohn, bei einem vorgeburtlichen Urlaub würden sie jedoch vermutlich nur noch die von der EO übernommenen 80 Prozent des Lohnes erhalten. Zudem habe die Umfrage auch gezeigt, dass kein grosses Interesse an einem vorgeburtlichen Urlaub bestehe. Stattdessen würden der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben und die kurze Dauer des Mutterschaftsurlaubs als grössere Herausforderungen erachtet als die Erwerbstätigkeit vor der Geburt. Daher lägen die Prioritäten der Mütter eher bei einer Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs nach der Geburt, bei einem Vaterschaftsurlaub oder Elternzeit. Stattdessen würde ein solcher Urlaub gemäss der Studie vor allem die Arbeitgebenden entlasten, weil dadurch die EO die entsprechenden Lohnkosten übernehmen und sich die Arbeitsplanung der Firmen erleichtern würde.²⁴

Berufliche Vorsorge

BERICHT
DATUM: 07.10.1995
MARIANNE BENTELI

Angesichts der grossen Zahl von Verordnungen zum BVG wollte die GPK des Ständerates überprüfen, ob Bundesrat und Verwaltung die politischen Zielsetzungen des Parlaments befolgt haben; sie gab deshalb eine **Studie** in Auftrag, die einige Divergenzen feststellte. Insbesondere habe es der Bundesrat gegen den Willen des Gesetzgebers unterlassen, den **Mindestzinssatz der BVG-Altersguthaben** der Marktentwicklung anzupassen, wodurch die Rentnerinnen und Rentner nun weniger Geld zugute hätten. Die GPK rügte auch die Praxis des Bundes bei der Beanspruchung des Sicherheitsfonds im Fall eines Konkurses einer Pensionskasse: Ohne gesetzliche Basis seien so seit 1988 über 55 Mio. Fr. wegen Zahlungsunfähigkeit ausbezahlt worden. In seiner Stellungnahme zeigte sich der Bundesrat erfreut über die zentrale Aussage der Studie, wonach der politische Wille des Parlaments beim Vollzug des BVG insgesamt befolgt worden sei und versprach, den Anregungen der GPK bei der anstehenden BVG-Revision die nötige Aufmerksamkeit zu schenken.²⁵

BERICHT
DATUM: 25.04.2004
MARIANNE BENTELI

Ende August nahm der Bundesrat von den Berichten und Empfehlungen zweier im Vorjahr eingesetzter Expertenkommissionen zu Systemfragen in der beruflichen Vorsorge Kenntnis. Aufgrund der vorliegenden Resultate fällte er die Grundsatzentscheide für die nächste Etappe der Strukturreform. Die Expertengruppen sollen zusammengeführt werden und bis 2007 drei Vernehmlassungsvorlagen ausarbeiten. Zentrales Element ist die Schaffung **zusätzlicher Aufsichtsinstrumente**, die ein frühzeitigeres Agieren bei unvorteilhafter Entwicklung der Finanz- und Anlagemärkte ermöglichen. Die Aufsichtsstruktur soll generell gestrafft und die heute parallelen Kompetenzen von Bund und Kantonen in der direkten Aufsicht eliminiert werden. Wie bisher soll die Vorsorgeaufsicht von der Versicherungsaufsicht getrennt sein und nicht in die geplante Finanzmarktaufsicht über Banken und Versicherungen integriert werden.

Mehrere Kantone folgten einer Empfehlung des Bundes und beschlossen, gemeinsame Aufsichtsbehörden für Pensionskassen und Stiftungen zu schaffen.²⁶

BERICHT
DATUM: 31.12.2005
MARIANNE BENTELI

Das EDI zog in einem Bericht einen Vergleich der **wirtschaftlichen Effizienz der Vorsorgesysteme**. Aus diesem ging hervor, dass die interne Rendite des Kapitaldeckungssystems (2. Säule) in den kommenden Jahrzehnten mindestens gleich hoch sein dürfte wie jene des Umlagesystems (AHV). Aus der Analyse makroökonomischer Daten wurde zudem ersichtlich, dass sich das „Zwangssparen“ der 2. Säule nicht negativ auf das Wirtschaftswachstum auswirkt. Der Bericht des EDI ging auf Postulate Leutenegger (sp, BL) und Strahm (sp, BE) zurück.²⁷

BERICHT
DATUM: 17.03.2006
MARIANNE BENTELI

Mitte März nahm der Bundesrat zwei Berichte über eine Einführung der **freien Pensionskassenwahl** zur Kenntnis. Er kam dabei zum Schluss, dass die freie Wahl zurzeit kein wünschbares Modell für die Weiterentwicklung der zweiten Säule darstellt, und zwar weder im obligatorischen noch im überobligatorischen Bereich. Eine verstärkte Individualisierung würde seiner Ansicht nach das System und das Kosten-Leistungsverhältnis schwächen. Die Eidg. BVG-Kommission hatte sich bereits 2005 einstimmig gegen eine freie Wahl der Pensionskasse ausgesprochen und angeregt, die Problematik nicht weiter zu verfolgen.²⁸

BERICHT
DATUM: 06.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2017 veröffentlichte der Bundesrat einen Bericht zur **Vergleichbarkeit der finanziellen Situation von Vorsorgeeinrichtungen** in Erfüllung des Postulats Vitali (fdp, LU). Grundlage des Berichts war eine Machbarkeitsstudie der PPCmetrics AG, die mögliche Kennzahlen zur Messung der veränderten Sicherheit definierte und deren Anwendbarkeit an einer Auswahl von verschiedenen Vorsorgeeinrichtungen testete. Zur Verbesserung der Vergleichbarkeit der Vorsorgeeinrichtungen müssten gemäss der Studie keine neuen Kennzahlen entwickelt werden. Vielmehr könnten bereits bestehende Kennzahlen wie der „Risikotragende Deckungsgrad II“ oder der „Risikotragende Deckungsgrad II at Risk“, die aufzeigen, wie gut die Leistungen über die nächsten fünf Jahre mit Vermögen gedeckt sind, herangezogen werden. Dazu müssten die Vorsorgeeinrichtungen „zur Bewertung der Verpflichtungen bestimmte, einheitliche Grundlagen verwenden“ – unter anderem müssten zum Beispiel einheitliche technische Zinssätze in Betracht gezogen werden.

Eine Pflicht zum Ausweis des in der Studie genannten Kennzahlensets lehnte der Bundesrat jedoch ab, um den Aufwand für die Vorsorgeeinrichtungen entsprechend der Motion Graber (Mo. 10.3795) nicht unnötig zu steigern. Zudem würde die Berechnung solcher Kennzahlen weder für die Aufsichtsbehörden, die bereits heute über genügend Informationen verfügten, noch für die Versicherten, welche per se „in das betriebliche Kollektiv eingebunden sind“ und die komplexen Kennzahlen kaum sachgerecht interpretieren könnten, einen merklichen Vorteil bringen.²⁹

BERICHT
DATUM: 03.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Ende 2018 legte das BSV den bundesrätlichen Bericht zur Erfüllung des Postulats Ettlins (cvp, OW) bezüglich des **Weisungsentwurfs der OAK BV an die Revisionsstellen** vor. Zur Beantwortung der Frage, ob die OAK BV mit dem Weisungsentwurf über Anforderungen an die Revisionsstellen ihre Kompetenzen überschritten habe, hatte das BSV bei einem Experten für Sozialversicherungsrecht der Universität Zürich, Prof. Thomas Gächter, ein Gutachten in Auftrag gegeben. Das Gutachten kam zum Schluss, dass das Weisungsrecht keine innerdienstlichen Verwaltungsverordnungen oder Weisung darstellen könne, da die Revisionsstellen nicht der Aufsicht oder Hierarchie der OAK BV unterstellt seien. Die OAK BV verfüge im Einzelfall auch nicht über Verfügungsbefugnis gegenüber den Revisionsstellen, diese obliege der Aufsichtsbehörde. Zudem verfüge der Weisungsentwurf über keine ausreichende gesetzliche Grundlage; eine solche fehle im Allgemeinen für den Erlass von Standards an die Revisionsstellen. Somit liege keine rechtsverbindliche Weisungsbefugnis der OAK BV an die Revisionsstellen vor, deren Weisungen hätten aber Empfehlungscharakter.

Der Bundesrat stimmte mit dem Gutachten in den ersten beiden Punkten überein, sprach der OAK BV aber dennoch die Kompetenz zu, fachtechnische Vorgaben zur Prüfung von Vorsorgeeinrichtungen zu erlassen. Dies sei nötig, damit sie einen Teil ihres Zwecks, die Qualitätssicherung der Revisoren, erfüllen könne. Damit bejahte der Bundesrat ein allgemeines Weisungsrecht gegenüber den Revisionsstellen. Diese Weisungskompetenz betreffe aber nur Weisungen, die für die Qualitätssicherung erforderlich seien. Die Zulassung der Revisionsstellen hingegen obliege der Revisionsaufsichtsbehörde (RAB). Somit habe die OAK BV diesbezüglich ihre Kompetenz überschritten.

Gleichzeitig stellte der Bundesrat in Übereinstimmung mit der RAB fest, dass die Revisionsstellen bei der Prüfung der Vorsorgeeinrichtungen teilweise stark gegen die Sorgfaltspflichten verstossen hätten. Die Revisionsstellen unterstützen ihrerseits jedoch keiner laufenden Kontrolle, die RAB könne diese nur in Verdachtsfällen überprüfen. In der Folge werde der Bundesrat daher zusammen mit der RAB und der OAK BV den diesbezüglichen Handlungsbedarf abklären, hielt er in seinem Bericht fest.³⁰

In seinem Postulat hatte Stefan Müller-Altermatt (cvp, SO) einen **Bericht zur Aufrechterhaltung einer angemessenen BVG-Deckung für Personen, die aufgrund von Care-Arbeit ihr Erwerbspensum reduzieren**, gefordert. Anstatt einen eigenen Bericht zu verfassen, nahm der Bundesrat diesen Aspekt in den Bericht zum Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung auf, da er in Letzterem auch einige für das Postulat relevante Änderungen vornahm. Aktuell sei es so, dass grundsätzlich nur unselbstständige Erwerbstätige mit einem AHV-pflichtigen Lohn von mindestens CHF 21'330 jährlich versichert seien; Selbstständige könnten sich jedoch freiwillig ebenfalls versichern, erklärte der Bundesrat diesbezüglich. Eine freiwillige Weiterversicherung sei bei einem Einkommen unter CHF 21'330 nur während zweier Jahre möglich, sofern dies zudem im Reglement der Vorsorgeeinrichtung vorgesehen sei – was in der Regel nur bei weiterbestehendem Arbeitsvertrag der Fall sei. Zudem könnten Versicherte ab 58 Jahren ihr Erwerbspensum bis zur Hälfte reduzieren und den restlichen Lohn ebenfalls weiterversichern – wiederum sofern dies im Reglement der Vorsorgeeinrichtung vorgesehen sei. Mit dem Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung erhielten die Versicherten nun ein Anrecht auf bezahlten Urlaub von maximal 3 Tagen pro Ereignis für die Betreuung von kranken oder verunfallten Familienmitgliedern oder Lebenspartnern, wobei auch die berufliche Vorsorge weiterhin bestehen bleibe. Bei schwer kranken oder verunfallten Kindern sei sogar ein durch die EO entschädigter Urlaub von maximal 14 Wochen möglich. Denkbar wären nun zusätzlich eine Verlängerung der Frist für eine freiwillige BVG-Weiterversicherung von zwei auf fünf Jahre sowie die Schaffung einer Möglichkeit für Pflegende, bei einer Pensumsreduktion ihren alten Lohn weiterzuversichern. Die BVG-Arbeitgeberbeiträge könnten dabei entweder durch die Pflegenden oder aber von den Arbeitgebenden, vom Sicherheitsfonds BVG, von der OKP oder von der öffentlichen Hand bezahlt werden. Profitieren würden bei einer Übernahme der Arbeitgeberbeiträge aber nur diejenigen, die es sich leisten könnten, ihren eigenen Anteil an den Beiträgen zu bezahlen. Personen mit tiefen Einkommen hingegen, die eine angemessene Altersvorsorge am nötigsten hätten, könnten sich dies kaum leisten, betonte der Bundesrat. Zudem seien die Pensionskassengelder auch nicht das Hauptproblem der Pflegenden: Diese hätten vor allem mit den Folgen des wegfallenden Erwerbseinkommens zu kämpfen.

Mit diesem Bericht empfahl der Bundesrat das Postulat Müller-Altermatt zur **Abschreibung**. Stillschweigend folgten Nationalrat und Ständerat in der Herbstrespektive Wintersession 2019 diesem Antrag.³¹

Im Dezember 2019 veröffentlichte der Bundesrat den von der SGK-NR geforderten **Bericht zur Frage, ob eine bessere Absicherung der Freizügigkeitsguthaben als Spareinlagen bei Banken** nötig sei. Darin stellte er fest, dass Gelder in Freizügigkeitseinrichtungen im Unterschied zu denjenigen in Vorsorgeeinrichtungen nicht nach dem BVG geschützt seien. Entsprechend hätten seit 1993 in zwei Konkursfällen mehrere hundert Personen ihre Freizügigkeitsguthaben verloren. Dennoch komme eine Sicherung der Guthaben durch den Sicherheitsfonds BVG nicht in Frage, weil die entsprechenden Gelder «ausserhalb des Kreislaufes der zweiten Säule sind und nicht der Aufsicht der zweiten Säule unterstehen, nicht separat und transparent angelegt und ausgewiesen sind und es [bei ihnen] nicht möglich ist, Sanierungsmassnahmen gemäss BVG zu ergreifen». Wenn nur die Freizügigkeitseinrichtung konkurs gehe, erhielten die Versicherten eine häufig deutlich tiefere Konkursdividende. Gehe hingegen die Bank konkurs, würden die Freizügigkeitsguthaben bis CHF 100'000 privilegiert behandelt. Lösungsansätze könnten gemäss Bericht somit entweder beim Konkurs der Banken oder der Freizügigkeitseinrichtungen ansetzen. Möglich wären Versicherungslösungen, diese bringen jedoch hohe Kosten mit sich. Eine Verschärfung der Gründungsanforderungen für Freizügigkeitseinrichtungen, wie sie der Bundesrat bereits im Rahmen der Altersvorsorge 2020 geplant hatte (z.B. ein minimales Anfangsvermögen und Garantieleistungen), würde missbräuchliche Gründungen von entsprechenden Einrichtungen verhindern, aber keinen Schutz bei einem Konkurs bieten. Als Massnahmen gegen einen Bankenkurs seien eine Ausweitung der Einlagesicherung oder die Aufhebung der Einschränkung des Konkursprivilegs auf CHF 100'000 denkbar. In der Herbstsession 2020 folgte der Nationalrat stillschweigend dem Antrag des Bundesrats auf Abschreibung des Postulats.³²

BERICHT
DATUM: 12.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2019 berichteten die OAK BV und das BSV über eine von der OAK BV in Auftrag gegebene **Studie zur Beurteilung des Wirkungsgrads der im April 2013 von der OAK BV erlassenen Weisung zum Ausweis der Vermögensverwaltungskosten**. Die Weisung sollte es den Vorsorgeeinrichtungen ermöglichen, die ihnen nicht separat verrechneten, sondern mit dem Vermögensertrag der Kapitalanlage verrechneten Kosten in die Betriebsrechnung aufzunehmen. Vor dieser Weisung und der damit einhergehenden Debatte seien nur die direkt in Rechnung gestellten Aufwendungen zur Anlagetätigkeit im Vermögensverwaltungsaufwand aufgeführt worden, während Kosten und Gebühren innerhalb von Kollektivanlagen sowie ein Teil der Transaktionskosten unberücksichtigt geblieben seien. Gemäss der Studie des Beratungsunternehmens c-alm würde die Weisung von den Vorsorgeunternehmen sehr gewissenhaft umgesetzt, die Kostentransparenz liege nun bei fast 100 Prozent. Indirekt habe die Weisung zudem zu einer verstärkten Offenlegung von Anlagekosten bei Kollektivanlagen geführt, weshalb weitergehende inhaltliche Transparenzanforderungen nicht nötig seien.³³

Krankenversicherung

BERICHT
DATUM: 25.11.1999
MARIANNE BENTELI

Anfangs Oktober, bei der Präsentation der Prämienentwicklung für 2000 (+3,5% im Durchschnitt), erklärte Bundespräsidentin Dreifuss vor den Medien, das System der Kopfprämien sei an seine Limiten gestossen, und es müsse nun ernsthaft über einen Übergang zu einkommensabhängigen Beiträgen diskutiert werden. Mit diesem Vorschlag stiess sie im **Bundesrat** aber auf wenig Gegenliebe. Dieser beschloss im November, die SP-Initiative **abzulehnen** und auf die **Ausarbeitung eines Gegenvorschlags zu verzichten**, obgleich er anerkannte, dass die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung noch Probleme aufwirft und nicht zufriedenstellend gelöst ist. Er beauftragte deshalb das EDI, verschiedene Modelle für eine Reform des Finanzierungssystems zu prüfen. Dabei soll am heutigen System der Kopfprämien grundsätzlich festgehalten werden. Bundesrat Couchepin ging sogar noch weiter und sprach sich für eine – durch das neue KVG abgeschaffte – Abstufung der Prämien in der Grundversicherung nach Alter aus. Er begründete dies nicht nur mit den höheren Kosten der älteren Generation, sondern (eigentlich ganz im Sinn von Dreifuss) auch mit deren besseren finanziellen Situation.³⁴

BERICHT
DATUM: 31.12.1999
MARIANNE BENTELI

Mit dem auf Anfang 1996 in Kraft getretenen Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurde der Bundesrat beauftragt, bis 2002 mit **Wirkungsanalysen** abzuklären, ob die Hauptziele des neuen Gesetzes (kostendämpfender, aber sozial gelenkter Wettbewerb, qualitativ hochstehende und umfassende Grundversorgung und verstärkte Solidarität unter den Versicherten) tatsächlich erreicht werden, sowie allfällige Mängel, deren Ursachen und mögliche Lösungswege aufzuzeigen. Im Berichtsjahr stellte das EDI zwei Studien zur Prämienverbilligung und zum Risikoausgleich vor. Dabei zeigte sich, dass die **Prämienverbilligungen** generell das gesteckte sozialpolitische Ziel erreichen, dass aber der **Mittelstand weiterhin überproportional belastet** wird. Die in der KVG-Botschaft genannte „Schmerzengrenze“ von 8% des steuerbaren Einkommens wird für diese Bevölkerungskategorie nach wie vor in 12 Kantonen überschritten. Bundespräsidentin Dreifuss appellierte denn auch an die Kantone, die Bundessubventionen voll auszuschöpfen und nicht auf diese Beiträge zu verzichten, um die eigenen Leistungen drosseln zu können. Der **Risikoausgleich** zwischen den Kassen wurde als grundsätzlich gut, aber noch nicht effizient genug erachtet. Insbesondere wurde festgestellt, dass die Risiken (ältere Personen und Frauen) nach wie vor ungleich unter den Kassen verteilt sind, weshalb der Risikoausgleich nicht – wie vom KVG vorgesehen – 2005 aufgehoben werden dürfe.³⁵

BERICHT
DATUM: 05.04.2002
MARIANNE BENTELI

Die **GPK des Ständerates** befasste sich in einem Bericht anhand von zwei ausgewählten Bereichen (Spitalplanung und Ärzttarif TarMed) mit der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und mit den vom Bundesrat ergriffenen Massnahmen zu deren Eindämmung. Sie anerkannte, dass den Bundesbehörden im KVG nur wenige Instrumente zur Verfügung stehen, meinte aber, diese würden zu wenig oder falsch genutzt. Es fehle die politische Führung und eine eigentliche Steuerung des Gesundheitswesens. Bei der **Spitalplanung** sende der Bundesrat widersprüchliche Signale aus. Seine Rolle als Rekursinstanz für Beschwerden gegen die kantonalen Spitalisten schränke den ohnehin geringen politischen Handlungsspielraum zusätzlich ein, da die Rekurse nach rein juristischen Kriterien beurteilt werden müssten, was dazu geführt habe, dass die Spitalisten eher erweitert worden seien und in den Kantonen

eine gewisse Rechtsunsicherheit bezüglich der Planung herrsche. Die GPK unterstützte deshalb den Vorschlag des Bundesrates, im Rahmen der Totalrevision der Bundesrechtspflege die Rechtssprechungsfunktion des Bundesrates im KVG-Bereich an das geplante Bundesverwaltungsgericht zu übertragen. Bei den **TarMed**-Verhandlungen habe der Bundesrat seine Führungsrolle zu wenig wahrgenommen. Der neue Tarif, der mehr Transparenz und bessere Kostenkontrolle ermöglichen soll, sei verschleppt worden und werde frühestens fünf Jahre nach seiner beabsichtigten Einführung wirksam. In diesem Zusammenhang wies die GPK auf die Problematik der Rollenvielfalt des Bundes als Genehmigungs- und Vermittlungsinstanz hin. Sie empfahl dem Bundesrat, sich künftig auf die Vorgabe von politischen Zielsetzungen zu beschränken und die Vermittlerrolle einer neutralen und professionellen Mediation zu überlassen.

Die GPK konstatierte aber auch eine ganze Reihe von „**falschen Anreizen**“ im Gesetz selber. Zum einen sei die Trennung von staatlicher Planung im Bereich der obligatorischen Grundversicherung und von Marktmechanismen in der Zusatzversicherung hinsichtlich des Ziels der Kostendämpfung ineffizient. Zum anderen begünstige das KVG die Tendenz, dass die Kantone den Anteil der ausserkantonalen Behandlungen aus Kostengründen minimieren, möglichst viel innerhalb des Kantons anbieten und deshalb unkoordiniert planen. Auch das Instrument der Kapazitätsplanung sei hinsichtlich der Kosteneindämmung inadäquat. Der Bettenabbau in öffentlichen Spitälern sei durch den Ausbau in Privatkliniken kompensiert worden. Zudem sei eine Umlagerung vom (von den Kantonen mit zu finanzierenden) stationären in den (ausschliesslich von den Kassen zu bezahlenden) ambulanten Bereich erfolgt.³⁶

BERICHT
DATUM: 22.09.2006
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat erachtet die heutige Praxis der **Festsetzung und der Genehmigung der Prämien** der obligatorischen Krankenversicherung als gut. In Erfüllung eines Postulates des Nationalrates legte er im Herbst in einem Bericht dar, dass er das heutige Verfahren und die Publikationen der Krankenversicherer und der Aufsichtsbehörde für transparent und zweckmässig hält. Die Prämien müssen grundsätzlich drei Kriterien erfüllen: Sie müssen die anfallenden Kosten decken, die Solvenz des Versicherers gewährleisten und entsprechend den gesetzlichen Vorgaben festgesetzt werden. Zudem wird die einheitliche Anwendung der genehmigten Prämien kontrolliert. Die Kontroll- und Genehmigungspraxis durch die Aufsichtsbehörde wurde seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 von externen Experten wiederholt geprüft. Empfehlungen aus diesen Überprüfungen flossen in die Weiterentwicklung der Praxis ein, so dass heute ein wirksames und erprobtes Verfahren zur Prämien genehmigung besteht. Aus diesem Gründen sah der Bundesrat weder in organisatorischer noch gesetzlicher Hinsicht Handlungsbedarf.³⁷

BERICHT
DATUM: 21.10.2015
FLAVIA CARONI

Das Bundesamt für Gesundheit publizierte einen Bericht zur **Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten**, zu dem es mittels zweier 2013 überwiesener Postulate beauftragt worden war. Der Bericht kam zum Schluss, dass in dem Bereich Klärungsbedarf bestehe, da derzeit nicht geregelt sei, welcher Kanton für die Restfinanzierung zuständig ist. Zehn Kantone legen die Zuständigkeit nach dem aktuellen Wohnsitz fest, also nach dem Standort des Pflegeheimes. Damit ist derselbe Kanton zuständig wie auch für die Spitalfinanzierung, die Patientin oder der Patient bezieht jedoch möglicherweise Leistungen in einem Kanton, in dem sie oder er nie Steuern bezahlt hat. Eine Mehrheit der Kantone dagegen weist die Zuständigkeit jenem Kanton zu, in dem die versicherte Person vor dem Pflegeheim eintritt zuletzt ihren Wohnsitz hatte. Damit ist jener Kanton zuständig, welcher auch die Ergänzungsleistungen ausrichtet, und Kantone mit vielen Pflegeheimplätzen werden nicht benachteiligt. Der Bericht empfiehlt, eine Regelung analog zu jener in den Ergänzungsleistungen zu treffen. Der Bundesrat verzichtete jedoch angesichts bereits laufender Bestrebungen im Parlament auf die Erarbeitung eines Gesetzesentwurfes.³⁸

BERICHT
DATUM: 25.05.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2016 erschien der Bericht „**Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege**“ in Erfüllung der Postulate Fehr (Po. 12.3604), Eder (Po. 14.3912) und Lehmann (Po. 14.4165). Darin wurden die Konsequenzen einer steigenden Lebenserwartung und vermehrter Pflegebedürftigkeit für das Gesundheitswesen untersucht, insbesondere in den Bereichen Pflegepersonal, Versorgungsstrukturen und Finanzierung. Dabei wurde im Bericht bis ins Jahr 2020 ein Bedarf an 17'000 neuen Vollzeitstellen in der Pflege prognostiziert, zudem müssten 60'000

Gesundheitsfachleute wegen Pensionierung ersetzt werden. Zusätzlich zum Kapazitätsausbau ergäben sich aber auch neue Anforderungen an die Pflegeleistungen. So gehe die Verlagerung von Heimen zu anderen Betreuungsformen wie der Spitex und der ambulanten Pflege weiter. Überdies werde die Pflege aufgrund der mit einem höheren Alter verbundenen Multimorbidität und Demenz anspruchsvoller. Folglich rechne die EFV mit einer Verdreifachung der Pflegekosten zwischen 2011 und 2045, womit ein Anstieg der öffentlichen Ausgaben für die Gesundheit einhergehe. Im Juni 2017 folgte der Nationalrat dem Antrag des Bundesrates auf Abschreibung der Motion.³⁹

BERICHT
DATUM: 02.09.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2016 veröffentlichte der Bundesrat eine Medienmitteilung, in der er die Kostenentwicklung in den vier grössten Bereichen im Gesundheitswesen beschrieb. Diese vier Bereiche seien für 80 Prozent der Kosten im Bereich der Grundversicherung verantwortlich. Bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis verortete er zwischen 2009 und 2015 bei gleich bleibender Anzahl Konsultationen einen Kostenanstieg um 28 Prozent. Dies erklärte er dadurch, dass immer häufiger Spezialistinnen und Spezialisten anstelle von Hausärztinnen und Hausärzten aufgesucht würden. Auch im stationären Bereich seien die Kosten in demselben Zeitraum um 17 Prozent angestiegen, wobei hier insbesondere Behandlungen von Personen über 70 Jahren zugenommen hätten. Diese Zunahme könne folglich vor allem auf die Demografie zurückgeführt werden. Bei den Spital-ambulanten Behandlungen habe die Zahl der Konsultationen um 34 Prozent zugenommen, weshalb dieser Bereich trotz gleichbleibender Kosten pro Behandlung die Gesamtkosten stark beeinflusst habe. Schliesslich seien zwar die Preise von 1'500 Medikamenten reduziert worden, dies habe aber keine Auswirkungen auf die Pro-Kopf-Medikamentenkosten gehabt, da die Ärztinnen und Ärzten stattdessen neue, teurere Produkte verschrieben hätten. Insgesamt machte der Bundesrat somit die **Mengenausweitung im Gesundheitswesen**, die sich medizinisch nicht vollständig begründen lasse, als wichtigen Faktor für die Kostenentwicklung aus. Um dieses Problem zu bekämpfen, habe das EDI im Rahmen der Strategie «Gesundheit 2020» Massnahmen erlassen oder sei dabei, diese zu bearbeiten. Dazu gehörten etwa die Senkung der Preise kassenpflichtiger Arzneimittel sowie die Anpassung derer Vertriebsmargen, die Anpassung der Höchstvergütungsbeträge der MiGeL, die Verbesserung der Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten durch eine nationale Strategie sowie eine Erhöhung der Qualität der medizinischen Behandlungen.⁴⁰

BERICHT
DATUM: 31.12.2016
ANJA HEIDELBERGER

Zum ersten Mal überhaupt erschien im April 2017 nach der Schaffung des KVG der **Tätigkeitsbericht 2016 zur Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung**. Im Bericht hielt das BAG fest, dass 2015 – im Bericht werden diesbezüglich jeweils die Zahlen aus dem Vorjahr rapportiert – 33 von 59 Versicherungen Verluste erlitten hatten, so dass ihr Gesamtbetriebsergebnis bei CHF -607 Mio. zu liegen kam; die Reserven der Krankenversicherungen sanken folglich um den entsprechenden Betrag auf CHF 6.061 Mrd. Die Prämieinnahmen aller Kassen stiegen insgesamt um 5 Prozent auf CHF 27.1 Mrd., ihre Nettoleistungen wuchsen jedoch ebenfalls um 5.7 Prozent auf insgesamt CHF 26.0 Mrd. an. Dieser Anstieg konnte nicht vollständig durch die steigende Anzahl Versicherte erklärt werden, denn auch die Prämien pro Versicherten sowie die Nettoleistungen pro Versicherten nahmen um 3.5 Prozent respektive um 4 Prozent zu. Schliesslich wuchsen auch die Verwaltungskosten pro Versicherten an (2015: CHF 158.20, 2016: CHF 159.55).

In der Folge wiesen im Jahr 2016 14 Krankenversicherungen nicht genügend Reserven auf, so dass die Aufsichtsbehörde sichernde Massnahmen erlassen musste. Zudem erfüllten 27 Krankenversicherungen die Anforderungen bezüglich Finanzierung nicht vollständig; von ihnen verlangte die Aufsichtsbehörde anschliessend regelmässige Datenreportings. 14 Krankenversicherungen wiesen überdies eine ungenügende Solvenzquote auf (2015: 3, 2014: 7).

Schliesslich prüfte und genehmigte die Aufsicht 252'526 Prämien von 53 Versicherungen für das Jahr 2017, lediglich einer Krankenversicherung erteilte sie die Genehmigung nur bis Ende Juni 2017.⁴¹

Im März 2017 veröffentlichte der Bundesrat den Bericht „**Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten**“ als Antwort auf ein Postulat der SGK-SR. Zusammen mit der Motion 16.3001 der SGK-NR soll der Kostenanstieg im ambulanten Bereich begrenzt werden; die Ärztedichte gilt gemeinhin als ein zentraler Kostenfaktor im Gesundheitsbereich. Eine vom BAG durchgeführte Umfrage hatte dabei mehrheitlich positive Rückmeldungen zu den Zulassungsbeschränkungen für Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Bedürfnisklausel ergeben. Diese war seit 2002 bereits mehrfach für drei Jahre eingesetzt worden. Mittels eines Fragebogens und drei Workshops prüfte das BAG zusammen mit den zentralen Akteuren des ambulanten Bereichs im Frühling 2016 drei Lösungsansätze: Eine Verbesserung der Zulassungssteuerung, eine Lockerung des Vertragszwangs und differenzierte Tarife. Dabei zeigte sich, dass die Zulassungssteuerung zwar umstritten ist, ihr aber dennoch eine gewisse Wirkung auf die Eindämmung des Kostenwachstums zugesprochen wird. Durch einen Einbezug des Beschäftigungsgrads der Leistungserbringer und der Mobilität der Patientinnen und Patienten sollen durch Überversorgung verursachte Kosten eingedämmt und die Qualität der Leistungen gesteigert werden. Keine kurzfristig anwendbare Lösung stellt gemäss Bericht hingegen die Lockerung des Vertragszwangs dar, da sich die verschiedenen Akteure hier nicht auf ein Modell einigen können. Auch eine Differenzierung der Tarife wurde im Bericht nicht gutgeheissen, da diese zur Steuerung der Zulassungen sehr weitreichend sein müsste, was neue Fehlanreize schaffen würde.⁴²

Ende Juni 2017 veröffentlichte der Bundesrat in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer (cvp, ZH) einen Bericht zu den **Auswirkungen der Franchisenhöhe auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen**. Darin stütze er sich hauptsächlich auf eine wissenschaftliche Studie von B,S,S, eines privaten Forschungsinstituts. Die Studie stellte fest, dass nur die ordentliche und die Maximalfranchise für die Versicherten finanziell attraktiv seien. Obwohl die übrigen Franchisen immer seltener verwendet würden, käme es häufig vor, dass Personen trotz geringer Leistungsbezüge die ordentliche Franchise wählten. Insgesamt entschieden sich „vor allem Versicherte mit schlechter Gesundheit und tiefem Einkommen“ für die ordentliche Franchise, so der Bundesrat in seinem Bericht. Dass die Versicherer bei zunehmender Franchisenhöhe tiefere Nettoleistungen erbringen müssen, liege gemäss der Studie insbesondere an der Selbstselektion: Gesundere Personen wählten üblicherweise die höchste Franchise. Verhaltensänderungen der Versicherten sowie eine Verlagerung der Kosten auf die Versicherten durch eine höhere Kostenbeteiligung würden zur Senkung der Nettoleistungen beitragen, seien jedoch sekundär. Keinen Anklang bei den Versicherten fand gemäss einer im Bericht zitierten Umfrage von Ecoplan die Idee der parlamentarischen Initiative Borer (Brand), nur mehrjährige Wahlfranchisen zu erlauben. Dies solle verhindern, dass eine Person aufgrund einer erwarteten hohen Leistung vorübergehend eine tiefere Franchise wählt.

Insgesamt betonte der Bundesrat in seinem Bericht, dass die Befunde der Studien eine grundsätzliche Befürwortung des aktuellen Systems nahelegen. Es sei aber sinnvoll, bei den mittleren Franchisen einige Korrekturen anzubringen, um diese finanziell attraktiver zu machen. Dazu müsste „der Franchiserabatt in Abhängigkeit der Franchisenhöhe abgestuft werden“. Der Maximalrabatt solle daher bei den höchsten Franchisen nur noch 50 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos betragen und entsprechend um CHF 440 pro Jahr reduziert werden. Die Rabatte der übrigen Franchisen würden abgestuft, so dass der Rabatt der niedrigsten Franchise weiterhin bei 80 Prozent zu liegen komme. Dies sei insofern gerechtfertigt, als gemäss der B,S,S-Studie die Einsparungen der Krankenversicherer für die höheren Franchisen nicht aufgrund von Verhaltensänderungen, sondern aufgrund der Selbstselektion der gesunden Personen zustande komme. Dieser Entscheid stiess in den Medien, aber auch bei den Krankenversicherern, auf grosse Kritik, wobei insbesondere die möglichen negativen Auswirkungen durch eine seltenere Wahl der höchsten Franchise sowie die Schwächung der Selbstverantwortung kritisiert wurden.⁴³

BERICHT
DATUM: 31.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Der 2018 erschienene **Tätigkeitsbericht zur Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung 2017** enthielt leicht bessere Zahlen als der Bericht des Vorjahrs. Von den 57 zugelassenen Krankenversicherungen verzeichneten im Jahr 2016 – die entsprechenden Werte liegen jeweils fürs Vorjahr vor – 32 ein positives Betriebsergebnis; 20 Krankenversicherungen erlitten Verluste. Im Jahr 2015 hatten noch 33 Krankenversicherungen Verluste erlitten. Das Gesamtergebnis der Krankenversicherungen kam in der Folge bei CHF 197 Mio. zu liegen, die Reserven erhöhten sich von CHF 6.1 Mrd. auf CHF 6.2 Mrd. Hingegen war das versicherungstechnische Ergebnis wie im Vorjahr negativ; es betrug CHF -93 Mio. (2015: CHF -817 Mio.). Wie im Jahr zuvor stiegen jedoch sowohl Prämien (CHF +1.5 Mrd.) und Prämien pro Versicherte (+4.7%) als auch Nettoleistungen (CHF +1.2 Mrd.) und Nettoleistungen pro Versicherte (+3.5%) deutlich an.

21 Kassen erfüllten 2017 die Vorgaben zur Finanzierung nur teilweise, weshalb 13 von ihnen in der Folge vierteljährlich und 8 Kassen monatlich dem BAG rapportieren mussten. Im KVG-Solvenztest für das Jahr 2017 zeigten sich 6 Kassen ungenügend solvent (2016: 14).

Schliesslich prüfte die Aufsicht mehr als 240'000 Prämien von 52 Versicherungen und genehmigte sie alle für das Jahr 2018. ⁴⁴

BERICHT
DATUM: 12.06.2018
ANJA HEIDELBERGER

Der Bundesrat erachtete das Postulat der SGK-NR zu den **Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten** durch die Veröffentlichung des entsprechenden Berichts als erfüllt. In seinem Bericht über Motionen und Postulate der gesetzgebenden Räte im Jahre 2017 empfahl er die Abschreibung des Postulats, was der Nationalrat im Juni 2018 auch stillschweigend tat. ⁴⁵

BERICHT
DATUM: 14.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2018 veröffentlichte der Bundesrat seinen **Bericht** in Erfüllung des Postulats Darbellay (cvp, VS) zu den **Kriterien für die Repräsentativität bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen**. Die Frage nach der Repräsentativität sei nur für die gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen relevant, befand der Bundesrat im Bericht und beschränkte seine Analyse folglich auf die Einzelleistungstarifstrukturen sowie auf die Strukturen für die pauschale Vergütung der stationären Behandlung. Das Kriterium der Repräsentativität sei gesetzlich nicht verankert, ergebe sich aber aus der Einheitlichkeit der Tarifstruktur, erklärte der Bundesrat. Der Abschluss eines Tarifvertrags bedürfe grundsätzlich keiner Mindestkriterien, er solle sich aber auf einen breiten Konsens stützen. Die Revision einer Tarifstruktur müsse jedoch in einem Tarifvertrag erfolgen, der von allen «massgeblichen Tarifpartnern» unterzeichnet werden müsse. Die Frage, ob eine Mehrheit der Tarifpartner zustimmen müsse oder ob es ausreichend sei, wenn die übrigen Tarifpartner zumindest angehört würden, werde überdies in den Gutachten von Dr. iur. Markus Moser, eingeholt durch das BAG, und Prof. Dr. Bernhard Rütscbe, beauftragt von Curafutura, uneinheitlich beantwortet. Folglich entschied der Bundesrat, zukünftig das Kriterium der Repräsentativität dadurch in Betracht zu ziehen, dass er von einer Minderheit der Tarifpartner vorgelegte Verträge prüfe und bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen die Tarifstruktur per Verordnung als gesamtschweizerisch einheitlich festlege.

Nach Vorliegen des Berichts stimmte der Nationalrat der vom Bundesrat beantragten Abschreibung des Postulats in der Sommersession 2019 stillschweigend zu. ⁴⁶

BERICHT
DATUM: 01.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2018 präsentierte das BAG den Bericht zum **Monitoring 2017 zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung**. Dieser enthielt nationale Kennzahlen zur IPV, eine Beschreibung der kantonalen Prämienverbilligungssysteme, eine Analyse der sozialpolitischen Wirksamkeit der IPV sowie eine Analyse der Umverteilungseffekte und der Bedeutung des Prämienverbilligungssystems.

Als Erstes gab der Bericht einen Überblick über die Bezügerinnen und Bezüger von individuellen Prämienverbilligungen. Im Jahr 2017 erhielten 26 Prozent aller versicherten Personen Prämienverbilligungen im Wert von CHF 4.5 Mrd., 17 Prozent respektive 15 Prozent der Beziehenden erhielten zusätzlich EL oder Sozialhilfe. Die Kantone übernahmen von diesen CHF 4.5 Mrd. durchschnittlich 42 Prozent, wobei die Pro-Kopf-Ausgaben der Kantone zwischen CHF 372 und CHF 991 betrugen. Hatte die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben für die IPV bis ins Jahr 2011 noch dem Prämienanstieg entsprochen, nahmen sie zwischen 2011 und 2015 ab, obwohl die Prämien weiter stiegen. Einen leichten Anstieg machte der Bericht für die Jahre 2016 und 2017 aus. Besonders gross war die Abnahme der Pro-Kopf-Ausgaben für Personen ohne EL oder Sozialhilfe. Für Personen, die gleichzeitig EL oder Sozialhilfe bezogen,

stieg die Pro-Kopf-Unterstützung hingegen an, während gleichzeitig auch die Anzahl EL- und Sozialhilfebeziehender zunahm. Umgekehrt sank neben den Pro-Kopf-Ausgaben auch die Anzahl Personen ohne EL und Sozialhilfe, die IPV erhalten.

Als nächstes ging der Bericht auf die Prämienverbilligungssysteme der Kantone und deren Klassifikationsfaktoren ein. So werden die Kantone danach unterteilt, wie sie die Berechtigung für IPV feststellen: Erstens stellt sich die Frage, ob die Kantone die IPV als Differenz zwischen Prämien selbstbehalt und einer Richtprämie (Prozentmodell), als festen Betrag abhängig der Einkommensstufe (Stufenmodell) oder als Mischmodell modellieren. Ein zweiter Faktor stellt die Art (z.B. Nettoeinkommen, steuerbares Einkommen) und die Höhe des massgebenden Einkommens, ab dem IPV bezogen werden können, und das Vorliegen von Abzügen und Zuschlägen dar. Drittens unterscheiden sich die Kantone darin, ob sie die Anspruchsberechtigten selbst ermitteln, potenziell Berechtigten ein Antragsformular zukommen lassen oder nur allgemein über Bezugsmöglichkeiten informieren. Viertens können sich die Kantone für die Festlegung des massgebenden Einkommens auf Steuerdaten des Vorjahres oder auf weiter zurückliegende Steuerdaten stützen. Und schliesslich können junge Erwachsene fünftens unabhängig von ihren Eltern oder gemeinsam mit diesen Anspruch auf IPV haben.

Die sozialpolitische Wirksamkeit der IPV, der nächste Aspekt, den der Bericht untersuchte, wurde anhand von sieben Modellhaushalten berechnet – allesamt jedoch Haushalte in bescheidenen Verhältnissen ohne Anspruch auf EL oder Sozialhilfe. Insgesamt erhielten Haushalte im Kanton Graubünden die höchsten IPV, im Kanton Appenzell Innerrhoden die niedrigsten. Auch der Verbilligungsanteil variierte stark zwischen den Kantonen (ZG: 52%, AI: 7%). Durchschnittlich blieb den Haushalten mit IPV eine Prämienbelastung von 14 Prozent des verfügbaren Einkommens. Insgesamt hatte die Prämienbelastung für die untersuchten Haushalte, insbesondere für diejenigen mit Kindern, seit dem letzten Bericht zugenommen.

Nicht nur die IPV, auch die Umverteilungswirkung der OKP insgesamt untersuchte der Bericht für die Modellhaushalte. Am stärksten profitieren die ärmsten 30 Prozent der Haushalte von der OKP; durchschnittlich wurden 31 Prozent der Finanzierungslast der Krankenversicherung der ärmsten 10 Prozent übernommen. Insgesamt waren die ärmeren Haushalte OKP-Nettoempfänger, wobei jedoch die Umverteilungswirkung vor allem auf die Finanzierung durch die Steuern und die Pro-Kopf-Prämie und weniger stark auf die IPV zurückgeführt wurde.⁴⁷

BERICHT
DATUM: 31.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2019 erschien der **Tätigkeitsbericht 2018 zur Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung**. 2018 waren 53 Krankenversicherungen zur Abrechnung über die OKP zugelassen und erzielten im Jahr 2017 – es werden hier jeweils die Werte aus dem Vorjahr aufgeführt – ein Betriebsergebnis von CHF 931 Mio.; für sieben Krankenversicherer war das Betriebsergebnis 2017 negativ. Insgesamt stiegen die Reserven somit von CHF 6.3 Mrd. auf CHF 7.2 Mrd. Auch das versicherungstechnische Ergebnis, also der Saldo aus versicherungstechnischen Erträgen und Aufwendungen, war 2017 positiv: Mit CHF 529 Mio. lag es deutlich höher als im Vorjahr (2016: CHF -93 Mio.). In diesem Jahr stiegen die Prämien pro Kopf (2017: 4.7%, 2016: 4.7%) deutlich stärker an als die Nettoleistungen pro Kopf (2017: 1.9%, 2016: 3.5%), während die Steigerung der Verwaltungskosten bei 4.7 Prozent verblieb.

Zudem stellte die Aufsichtsbehörde 2018 bei 10 Krankenversicherungen fest, dass diese die Erwartungen bezüglich ihrer finanziellen Situation nur teilweise erfüllten; 7 Krankenversicherer mussten in der Folge vierteljährlich Finanzaufstellungen an die Aufsichtsbehörde liefern. Beim KVG-Solvenztest 2018 waren zwei Versicherungen ungenügend solvent, 2017 waren es noch 6 gewesen. Schliesslich lagen der Aufsichtsbehörde über 240'000 Prämien von 51 Versicherungen zur Genehmigung vor, die sie allen für das gesamte Jahr 2019 erteilte. Neu wies die Aufsichtsbehörde jedoch nicht mehr das Prämienwachstum der ordentlichen Prämie aus, da der Anteil Versicherter mit ordentlichen Prämien stetig gesunken war und diese zudem systematisch höher liegen als der Durchschnitt der von den Versicherten gewählten Prämien. Stattdessen wies die Aufsichtsbehörde neu das Wachstum der mittleren Prämie aus, also des mittleren Prämienvolumens pro Versicherten nach Altersklassen und Kantonen. Diese mittlere Prämie stieg im Vergleich zum Vorjahr um 1.2 Prozent (Erwachsene: 2.4%, Junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre): -15.6%, Kinder: 2.4%), wobei die Abnahme bei den jungen Erwachsenen auf deren Entlastung im Risikoausgleich zurückzuführen war.⁴⁸

BERICHT
DATUM: 08.08.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 veröffentlichte die GDK eine in ihrem Auftrag durchgeführte Studie des Forschungsinstituts INFRAS zu den **Kosten einer Integration der Pflegefinanzierung in EFAS**. Das Ziel der Studie sei es gewesen, durch einen Vergleich unterschiedlicher Systeme die Kostenteiler bei einer Integration der Pflege in EFAS sowie die langfristigen Kostenfolgen für Kantone, Gemeinden und Krankenversicherungen aufzuzeigen. Durch Befragung von Kantonen und Gemeinden, Analysen von öffentlichen Statistiken und Einbezug der Literatur zu Prognosen der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen habe INFRAS die Anteile für Kantone und Krankenversicherungen unter Einbezug der Pflegefinanzierung berechnet: Diese komme bei 25.5 Prozent für die Kantone und 74.5 Prozent für die Krankenversicherungen zu liegen; ohne Einbezug der Pflegefinanzierung lägen dieselben Anteile gemäss SGK-NR bei 22.6 respektive 77.4 Prozent. Das Kostenwachstum bis 2030 betrage bei Einbezug der Pflege für die Kantone sowie für die Krankenversicherungen je 42 Prozent, ohne Pflege würden die Kosten für die Kantone um 49 Prozent steigen und für die Krankenversicherungen um 40 Prozent. Folglich sei der Einbezug der Pflege machbar und sinnvoll und führe zu einer gleichmässigen und gerechten Verteilung des Kostenwachstums zwischen Kantonen und Krankenversicherungen respektive zwischen Steuer- und Prämienzahlenden, betonte INFRAS im Bericht. Die Studienautorinnen und -autoren wiesen jedoch darauf hin, dass ihre Schätzungen, insbesondere zur Höhe der Veränderungen, mit Unsicherheiten behaftet seien.

Dieser Bericht bestärkte die GDK in ihrer Ansicht, dass die Kantone EFAS nur unter Einbezug der Pflegekosten unterstützen könnten. Der aktuelle Vorschlag der SGK-NR, gemäss dem der Bundesrat die Integration der Pflegekosten vorschlagen könne, sobald die Grundlagen dazu erarbeitet worden seien, reiche nicht aus. Konkret müssten auch die pflegerischen Leistungen in den Pflegeheimen und in der Spitex in EFAS integriert werden. Zudem verlangte die GDK «griffige Steuerinstrumente für den ambulanten Sektor [...], vollwertige Mitwirkung bei den ambulanten Tarifen sowie Möglichkeiten zur Rechnungskontrolle» – Aspekte, welche das Parlament im Rahmen der Zulassungsvorlage behandelte. Hatte die SGK-NR zuvor die Zulassungsvorlage unter Kritik der Kantone mit EFAS verbunden, nahm damit die GDK eine ähnliche, umgekehrte Verknüpfung vor.

Abschliessend wies die GDK darauf hin, dass die Plenarversammlung der KdK ihre Position einstimmig übernommen und ausdrücklich festgehalten habe, dass man bei einer Beibehaltung der aktuellen Version von EFAS ein Kantonsreferendum prüfen werde.⁴⁹

BERICHT
DATUM: 22.08.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 veröffentlichte der Bundesrat den durch das Postulat der SGK-NR verlangten **Bericht zur Anwendung des DRG-Systems**. Darin sollte er die Kantone mit DRG-System, also mit Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime, mit den übrigen Kantonen vergleichen. Der Bericht stütze sich auf eine Studie des Beratungsbüros B,S,S. Darin wurden zuerst die Kantone mit DRG-System definiert. Dazu zählten die Autorinnen und Autoren die Kantone Genf, Tessin und Waadt, die im Jahr 2017 eine maximale Vergütung für die stationären Spitalleistungen pro Spital vorgegeben hatten, sowie die Kantone Neuenburg und Wallis, die maximale Leistungsmengen pro Spital definiert hatten. Genf und Waadt nahmen die Leistungsmengendefinitionen ebenfalls, jedoch nur unter Einschränkungen vor. Die konkreten Ausgestaltungen hätten jedoch zwischen den Kantonen deutlich variiert, erklärt der Bundesrat. Von dieser Ausgestaltung hänge aber auch die Vereinbarkeit dieser Instrumente mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung ab. Die Kantone mit und ohne DRG-System erreichten überdies die Kosteneindämmungsziele ähnlich gut; bei beiden entspreche das Wachstum der spitalstationären Kosten etwa dem Wachstum des BIP, die Gesamtkosten hätten jedoch nicht gesenkt werden können. Trotz dieser Ergebnisse ging der Bundesrat davon aus, dass die Globalbudgets eine kostendämpfende Wirkung haben könnten.⁵⁰

BERICHT
DATUM: 21.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

Gut sechs Jahre, nachdem das Postulat Humbel (cvp, AG) für die **Entlastung der Krankenversicherung von ungerechtfertigten Kosten** angenommen worden war, legte der Bundesrat seinen **Bericht** vor. Konkret ging es um die Frage, welche **Kosten der OKP durch Arztbesuche aufgrund von Arztzeugnissen**, welche die Arbeitgebenden nach kürzester Zeit verlangten, entstehen.

Der Bundesrat erachtete es als schwierig, die Kostenfolgen durch entsprechende Zeugnisse abzuschätzen. Das Ausstellen eines Zeugnisses sei nur ein Nebenaspekt der Behandlung und werde folglich in der Rechnungsstellung nicht als Kostenpunkt vermerkt. Zudem werde nirgends zwischen notwendigen, sinnvollen und nicht

notwendigen, nicht sinnvollen Behandlungen unterschieden. Bei einer Umfrage durch das BAG schätzte Santésuisse die entsprechenden vermeidbaren Kosten auf CHF 200 Mio. pro Jahr (0.6% der OKP-Bruttokosten), Curafutura und der Haus- und Kinderärzterverband MFE konnten keine entsprechenden Schätzungen abgeben. Dieselbe Umfrage ergab, dass die meisten Arbeitgebenden nach drei Tagen ein Arbeitszeugnis verlangten, üblich seien aber auch Regelungen zwischen einem und fünf Tagen. Santésuisse schätzte denn auch das Einsparpotenzial einer Regelung, gemäss der Arbeitgebende erst nach fünf Tagen ein Arbeitszeugnis verlangen könnten, auf CHF 100 Mio. pro Jahr. Dieser Betrag lasse sich jedoch aufgrund der Franchisen nicht 1:1 auf die OKP übertragen, gab der Verband zu bedenken. Heute bestehe weder im OR noch im Arbeitsgesetz eine Regelung zum Arztzeugnis, wurde im Bericht weiter ausgeführt; stattdessen werde dies jeweils im Arbeitsvertrag oder im Gesamtarbeitsvertrag geregelt.

Diskutiert wurden auch verschiedene Möglichkeiten zur Änderung der bisherigen Regelung: Eine Kostenübernahme durch die Versicherten kritisierte MFE mit der Befürchtung, dass Arbeitnehmende damit seltener oder später zum Arzt gingen, wodurch sich das Ansteckungsrisiko für andere Personen erhöhe oder sich die Krankheit verschlimmere, was eine lange Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen könnte. Eine Übernahme der Zeugniskosten durch die Arbeitgebenden lehnten SAV und SGV ab und auch eine Aufteilung der Kosten, bei der die Patientinnen und Patienten für den Arztbesuch, die Arbeitgebenden für das Arztzeugnis aufkommen würden, bezeichnete der SAV als «weder denkbar noch angemessen», während der SGV auf Kostenfolgen von mehreren Tausend Franken pro Jahr für die Unternehmen verwies. Eine Festsetzung der Zeugnispflicht auf den vierten Tag lehnte der SAV wiederum ab, weil er einerseits ungerechtfertigte Absenzen befürchtete und ein zu einem früheren Zeitpunkt erstelltes Arztzeugnis oft für die Kostenübernahme der Taggeldversicherung nötig sei. Den Vorschlag von MFE, diese Frage neu im OR zu regeln, lehnte wiederum der Bundesrat aus formellen Gründen ab: Eine entsprechende Regelung sei untypisch für das OR, ihre Aufnahme brauche daher wichtige Gründe. Man solle entsprechend nicht das Gesetz, sondern die Vertragspraxis ändern. Zusammenfassend erklärte der Bundesrat, dass eine Übernahme der Kosten von Akteuren ausserhalb der OKP zu wenig Kosteneinsparungen, aber zu zahlreichen Folgeproblemen führen würde, und empfahl daher mangels Alternativen, dass die OKP die Kosten auch zukünftig übernehmen solle.⁵¹

Arbeitslosenversicherung (ALV)

BERICHT
DATUM: 26.07.1998
MARIANNE BENTELI

Das BWA krebste gegenüber früher gemachten Aussagen zurück und erklärte, die **Missbräuche** in der ALV seien **deutlich geringer** als ursprünglich vermutet. Unter den 18% Taggeldbezügern, die 1997 ihre Anspruchsberechtigung vorübergehend verloren, wurde nur 6% grobes Verschulden vorgeworfen. 12% wurden wegen eines Fehlverhaltens bestraft, das oftmals aufgrund mangelnder Information erfolgte. Stärker ins Gewicht fallen Unregelmässigkeiten der Betriebe in den Bereichen Kurzarbeits- und Schlechtwetterentschädigung. In 174 Stichproben wurden 112 Regelverstösse festgestellt. Die hohe Anzahl der beanstandeten Betriebe erklärt sich allerdings auch dadurch, dass das BWA vor allem Betriebe kontrolliert, die bereits in der Vergangenheit durch Fehlverhalten aufgefallen sind. Bei knapp 6% handelte es sich um eigentliche Missbräuche, 4% lagen in der Grauzone zwischen Missbrauch und Fehlverhalten, und 54% der kontrollierten Betriebe wurden der Nachlässigkeit bezichtigt. Die SP-Fraktion hat zu dieser Thematik eine Interpellation (98.3066) eingereicht.⁵²

BERICHT
DATUM: 31.12.1999
MARIANNE BENTELI

Die ALV schrieb erstmals seit 1995 wieder schwarze Zahlen. Ausgaben von 5,33 Mia Fr. standen Einnahmen von 6,65 Mia Fr. gegenüber. Der **Überschuss** betrug somit **1,32 Mia Fr.** Die Schuld der ALV bei Bund und Kantonen verringerte sich dank dem positiven Resultat um rund eine auf 7,8 Mia Fr.⁵³

BERICHT
DATUM: 31.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

Das **Jahresergebnis 2020 der Arbeitslosenversicherung** war stark von der Corona-Pandemie geprägt. Zusätzlich zu den rund CHF 8 Mrd., welche die ALV wie in den Jahren zuvor an Arbeitslosenentschädigungen (CHF 6.4 Mrd.), arbeitsmarktlichen Massnahmen (CHF 590.8 Mio.) sowie diversen weiteren Leistungen (CHF 248.9 Mio.) auszahlte, und zu den Verwaltungskosten (CHF 853.5 Mio.) fielen 2020 auch CHF 10.8 Mrd. an grösstenteils Corona-bedingten Kurzarbeitsentschädigungen an – im Vorjahr waren lediglich CHF 27 Mio. an KAE ausbezahlt worden. Da jedoch der Bund die KAE-Ausgaben für das Jahr 2020 vollständig übernahm, erzielte die

Arbeitslosenversicherung 2020 bei einem Gesamtertrag von CHF 19.0 Mrd. und Gesamtaufwendungen von CHF 18.9 Mrd einen **Überschuss von CHF 140 Mio.**⁵⁴

- 1) Drei-Säulen-Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern 1995; CHSS, 1995, S. 305; Presse vom 28.10.95; Postulat Bortoluzzi; Amtl. Bull. NR, 1995, S. 2703 f.
- 2) Presse vom 11.6. und 14.6.96; CHSS, 1996, Nr. 4, S. 164 ff.; Pressedienste von CVP (19.6.96), FDP (20.6.96), SP (21.6.96) und SVP (24.6.96) sowie des SGV (24.6.86) und der Arbeitgeber (20.6.96); "H. Allenspach (31.07.1996). Soziale Sicherheit - wie weiter?", in Finanz und Wirtschaft; "H. Schuppisser (24.20.96). Sozialpolitische Kurskorrektur erforderlich", in NZZ; "P. Triponez (2.8.96) Der Sozialstaat auf Suche nach dem Konsens", in SGZ; SP Finanzierung über die MWSt: "R. Strahm (27.8.96) Weder unsozial noch wachstumsfeindlich: Finanzierung der Sozialversicherungen über Mehrwertsteuer", in NZZ; Zukunft des schweiz. Sozialstaates: TA, 12.1., 16.1. und 23.1.96; Presse vom 15.5.96 (Tagung der Sozialpartner und der Behörden zum 3-Säulen-Bericht)
- 3) NZZ, 5.7.97; Presse vom 23.12.97; CHSS, 1998, S. 35 ff.
- 4) Presse vom 17.3.00
- 5) SHZ, 3.3.04; TA, 3.6.04, 19.5. und 10.12.04; NLZ, 8.6.04; BZ, 9.6.04; NZZ, 10.6., 28.6., 6.7., 14.9. und 23.11.04; Presse vom 17.6., 1.7. und 30.10.04; AB NR, 2004, S. 1743
- 6) NZZ, 24.2.05.
- 7) Presse vom 18.3.06
- 8) Bericht des Bundesrates vom November 2013 in Erfüllung der Postulate 12.3244, 08.3934 und 05.3781.
- 9) APS-Zeitungsanalyse 2019 - Sozialversicherungen
- 10) APS-Zeitungsanalyse 2020 - Sozialversicherungen
- 11) "Jiri, Elias (2001). Ist unsere Finanz- und Sozialpolitik nachhaltig? Eine erste Generationenbilanz für die Schweiz" in die Volkswirtschaft, Nr. 6, S. 28-35; Presse vom 2.6.01
- 12) Medienmitteilung Compenswiss vom 11.2.21; Medienmitteilung Compenswiss vom 19.4.21
- 13) BBI, 1996, III, S. 449 ff. (GPK) und 470 ff. (BR); Amtl. Bull. NR, 1996, S. 936 ff.; Amtl. Bull. StR, 1996, S. 488 ff.; CHSS, 1996, Nr. 6, S. 305 ff. (Umsetzung der 3. IVG-Revision von 1991); TA, 15.11.96.
- 14) CHSS, 2004, S. 36-41; Presse vom 16.1.04; SGT, 19.1.04; NZZ, 28.1.04.
- 15) Bericht zum Postulat 12.3960; NZZ, 27.8.15; TA, 7.9.15
- 16) AB NR, 2016, S. 912 ff.; AB SR, 2016, S. 443 ff.; Bericht über Motionen und Postulate 2015
- 17) Bericht BR vom 5.7.17; Medienmitteilung BR vom 5.7.17
- 18) Evaluationsbericht zum Assistenzbeitrag; Medienmitteilung BSV vom 24.10.17
- 19) IV-Statistik 2020 vom 27.5.21; Medienmitteilung Compenswiss vom 11.2.21; Medienmitteilung Compenswiss vom 19.4.21
- 20) Bericht des Bundesrats in Erfüllung der Postulate 12.3602, 12.3673 und 12.3677.
- 21) Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2019
- 22) Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2020 vom 17.6.21
- 23) Bericht des BR vom 20.4.16
- 24) Bericht des Bundesrates vom 02.03.2018
- 25) BBI, 1995, IV, S. 1288 ff.; BBI, 1995, IV, S. 1239 ff.
- 26) Presse vom 26.8.04; CHSS, 2004, S. 365-370; NZZ, 16.9.04.
- 27) EDI (2005): Vergleich zwischen AHV und beruflicher Vorsorge aus wirtschaftlicher Sicht.
- 28) Presse vom 18.3.06
- 29) Bericht PPCmetrics AG; Bericht des Bundesrates vom 6.9.17
- 30) Bericht vom 30.11.2018 in Erfüllung des Postulats Ettlín
- 31) BBI, 2019, S. 4103 ff.
- 32) BBI 2020, 3359; Bericht des BR zur besseren Absicherung der Freizügigkeitsguthaben
- 33) Medienmitteilung OAK BV vom 12.12.19; Mettler et al. 2015, Vermögensverwaltungskosten in der 2. Säule
- 34) Presse vom 9.10 und 18.11.99; Presse vom 24.11. und 25.11.99.
- 35) CHSS, 1999, S. 25-27 und 69 (Prämienverbilligung) sowie 70-72 (Risikoausgleich).
- 36) BBI, 2002, S. 345ff.; Presse vom 12.4.02.
- 37) Presse vom 23.9.06.
- 38) Medienmitteilung BAG vom 21.10.2015
- 39) AB NR, 2017, S. 1022 ff.; Bericht Bundesrat vom 25.5.16; Bericht über Motionen und Postulate 2016
- 40) Medienmitteilung BR vom 2.9.16
- 41) Tätigkeitsbericht 2016
- 42) Bericht des Bundesrates vom 3.3.17
- 43) Bericht des Bundesrates; Kurzbericht Ecoplan; Schlussbericht BSS; AZ, BZ, LMD, LT, LZ, NZZ, SGT, TA, TG, 29.6.17; BaZ, TA, 30.6.17; NZZ, 1.7.17
- 44) Tätigkeitsbericht 2017
- 45) BBI, 2018, S. 2253 ff.
- 46) Bericht BR vom 14.9.18; Moser (2017). Stellungnahme zu Fragen des Tarifrechts; Rüttsche (2018). Genehmigung und Festsetzung von Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife.
- 47) Monitoring 2017 zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung
- 48) Tätigkeitsbericht 2018
- 49) Faktenblatt zur INFRAS-Studie; Medienmitteilung GDK vom 8.8.19; Trageser, Gschwind und von Stocker (2019). Einbezug der Pflege. Schlussbericht
- 50) Bericht in Erfüllung des Postulats der SGK-NR
- 51) Bericht BR zur Entlastung der Krankenversicherungen vom 21.10.20
- 52) AB NR, 1998, S. 1556f.; Lit. Aepli.
- 53) Presse vom 25.5.00
- 54) Jahresrechnung 2020 der ALV; Medienmitteilung SECO vom 9.4.21