

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>19.04.2024</b>
Thema	<b>Keine Einschränkung</b>
Schlagworte	<b>Leistungen der Krankenversicherung</b>
Akteure	<b>Keine Einschränkung</b>
Prozesstypen	<b>Bericht</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2024</b>

# Impressum

## Herausgeber

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

## Beiträge von

Heidelberger, Anja

## Bevorzugte Zitierweise

Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Leistungen der Krankenversicherung, Bericht, 2016 - 2022*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 19.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	<b>1</b>
<b>Sozialpolitik</b>	<b>1</b>
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	3

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>SGV</b>	Schweizerischer Gewerbeverband
<b>BVG</b>	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
<b>OR</b>	Obligationenrecht
<b>SAV</b>	Schweizerischer Arbeitgeberverband
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
<b>KVV</b>	Verordnung über die Krankenversicherung
<b>MFE</b>	Haus- und Kinderärzte Schweiz

---

<b>AVS</b>	Assurance-vieillesse et survivants
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>USAM</b>	Union suisse des arts et métiers
<b>LPP</b>	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
<b>CO</b>	Code des obligations
<b>UPS</b>	Union Patronale Suisse
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
<b>OAMal</b>	Ordonnance sur l'assurance-maladie
<b>MFE</b>	Médecins de famille et de l'enfance Suisse

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Sozialversicherungen

### Sozialversicherungen

#### Jahresrückblick 2022: Sozialversicherungen

BERICHT  
DATUM: 31.12.2022  
ANJA HEIDELBERGER

Im Zentrum des Themenbereiches «Sozialversicherungen» standen im Jahr 2022 – wie in den meisten Jahren zuvor – die Altersvorsorge und die Krankenkassen.

Bei der **Altersvorsorge** wurde insbesondere über die **AHV21** diskutiert, insbesondere vor der Abstimmung im September, wie Abbildung 1 der APS-Zeitungsanalyse 2022 verdeutlicht. Das Parlament hatte die neuste AHV-Reform im Dezember 2021 fertig beraten und dabei entschieden, das Rentenalter der Frauen auf 65 Jahre zu erhöhen und somit demjenigen der Männer anzupassen. Als Kompensation sollten die am stärksten von der Änderung betroffenen neun Jahrgänge entweder einen Rentenzuschlag erhalten oder bei einem frühzeitigen Rentenbezug geringere Renteneinbussen hinnehmen müssen. Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer um 0.4 Prozentpunkte sollte zusätzliche Mehreinnahmen für die AHV generieren. Nachdem die SP vor allem aufgrund der Rentenaltererhöhung der Frauen das Referendum ergriffen hatte – sie störte sich insbesondere am Umstand, dass die Renten der Frauen noch immer um einen Drittel tiefer liegen als diejenigen der Männer –, sprachen sich die Stimmberechtigten im September 2022 mit Ja-Anteilen von 50.6 Prozent und 55.1 Prozent für die Änderung des AHV-Gesetzes und für die Mehrwertsteuererhöhung zugunsten der AHV aus. Laut Nachbefragungen hatten sich Frauen mehrheitlich gegen die Erhöhung ihres Rentenalters ausgesprochen, waren aber von einer Mehrheit der Männer überstimmt worden.

Weil Frauen vor allem in der zweiten Säule deutlich tiefere Renten erhalten als Männer, wurde die Diskussion um die Angleichung des Rentenalters auch mit der Besserstellung der Frauen in der **beruflichen Vorsorge** verknüpft. Deren Revision war 2021 erstmals vom Nationalrat beraten worden. Im Zentrum stand dabei eine Senkung des Mindestumwandlungssatzes. Für Frauen besonders zentral war die vom Bundesrat geplante Senkung des Koordinationsabzugs sowie die von der SGK-NR ergänzte Senkung der Eintrittsschwelle, welche den versicherten Lohn von Teilzeiterwerbstätigen erhöhen sollen. Statt die BVG21-Revision in der Frühjahrsession 2022 merklich voranzutreiben, schickte der Ständerat das Geschäft für vertiefte Abklärungen zurück an die Kommission. Damit verärgerte er jene Kreise, die ihre Unterstützung der AHV21 von einer Verbesserung der Situation von Teilzeiterwerbstätigen in der beruflichen Vorsorge abhängig machten. Für neuerliche Enttäuschung sorgte in diesen Kreisen dann die Meldung der Kommission, die Vorlage nicht in der Herbstsession, also noch vor der Abstimmung über die AHV21, zur Beratung bereit zu haben. Der Ständerat setzte sich also erst nach erfolgter Annahme der AHV21-Reform in der Wintersession mit der BVG-Reform auseinander und entschied sich dabei unter anderem für einen Mittelweg zwischen Bundesrat und Nationalrat bei der Eintrittsschwelle und für einen prozentualen Abzug beim Koordinationsabzug anstelle der vom Nationalrat geplanten Halbierung des bisherigen Abzugs.

Neben dem Gleichstellungsargument betonten die Gegnerinnen und Gegner der AHV21 im Abstimmungskampf auch ihre Befürchtung, dass die Rentenaltererhöhung der Frauen nur ein erster Schritt für weitere Erhöhungen des Pensionsalters sei. Dabei verwiesen sie unter anderem auf die Initiative der Jungfreisinnigen «**Für eine sichere und nachhaltige Altersvorsorge (Renteninitiative)**», welche eine automatische Anpassung des Rentenalters an die Lebenserwartung fordert. Diese empfahl der Bundesrat im Juni zur Ablehnung. Zudem beklagten die Gegnerinnen und Gegner der AHV21 die steigenden Lebenshaltungskosten – auch im Rahmen der Teuerung – und forderten einen Leistungsausbau bei der AHV. Dies bezweckt etwa die vom Gewerkschaftsbund eingereichte Initiative «**Für ein besseres Leben im Alter (Initiative für eine 13. AHV-Rente)**». Der Bundesrat empfahl jedoch auch dieses Anliegen zur Ablehnung und der Nationalrat teilte diesen Antrag in der Wintersession. Stattdessen behandelte das Parlament die **Teuerung** in einer ausserordentlichen Session, wobei eine Motion für einen vollständigen Teuerungsausgleich bei der AHV vom National- und Ständerat angenommen wurde.

Bei den **Krankenversicherungen** standen – nach einer dreijährigen Erholungspause, in der die Krankenkassenprämien jeweils weniger als 0.6 Prozent pro Jahr angestiegen waren – 2022 die Gesundheitskosten und Prämien im Mittelpunkt des Interesses. Bereits Mitte Jahr wurde aufgrund der steigenden Gesundheitskosten darüber spekuliert, dass die **Krankenkassenprämien auf das Jahr 2023** hin wohl einen grossen Sprung machen würden – und tatsächlich musste Gesundheitsminister Berset Ende September eine Erhöhung der mittleren Prämie um 6.6 Prozent bekannt geben. Dies führte in den Medien einmal mehr zur Forderung an die Politik, den Anstieg der Gesundheitskosten endlich in den Griff zu bekommen, was gemäss APS-Zeitungsanalyse insbesondere im September ausführlich diskutiert wurde.

Bundesrat und Parlament beschäftigten sich in der Tat auch 2022 mit verschiedenen Projekten zur **Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen**, etwa im Rahmen des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Im Jahr zuvor hatte das Parlament bereits das Teilpaket 1a gutgeheissen und unter anderem entschieden, auch ambulante Behandlungen zukünftig durch Patientenpauschalen abzurechnen und dafür eine neue Tarifstruktur zu schaffen. Die Frage der **Tarifstrukturen im ambulanten Bereich** beschäftigte die Tarifpartner denn auch während des ganzen Jahres.

Im Teilpaket 1b, welches das Parlament im Jahr 2022 verabschiedete, wurde unter anderem ein Beschwerderecht der Krankenversicherungen gegen Spitalplanungsentscheide der Kantone sowie ein «Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten» geschaffen. Ein ausführlicheres Kostenmonitoring mit verpflichtenden Massnahmen bei zu starkem Kostenanstieg schlug der Bundesrat zudem als indirekten Gegenvorschlag zur **Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei** vor. Eine solche Massnahme war zuvor im zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung vorgesehen gewesen.

Auch zur **Prämien-Entlastungs-Initiative der SP**, die gleichzeitig zur Debatte stand, schuf der Bundesrat einen indirekten Gegenvorschlag, mit dem er zukünftig einen Mindestbeitrag an Prämienverbilligungen für die Kantone festsetzen wollte. Der Nationalrat hiess diesen Vorschlag in der Sommersession gut, der Ständerat trat in der Wintersession jedoch nicht auf den Gegenvorschlag ein.

Einen anderen Ansatz zur Kostendämpfung verfolgte das Parlament schon seit mehreren Jahren: Seit 2011 wird an einer **einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen** (EFAS) gearbeitet. Im Jahr 2022 nahm sich der Ständerat dieses Themas an und schuf zahlreiche gewichtige Differenzen zum Erstrat: So entschied er unter anderem, bereits jetzt die Integration der Pflegeleistungen in EFAS zu regeln und mehr Steuerungsmöglichkeiten und Pflichten für die Kantone zu schaffen.

Eine Möglichkeit, die Prämien zu senken, sahen verschiedene Kantone der Romandie sowie das Tessin in den hohen Reserven der Krankenversicherungen. Ihre Standesinitiativen sowie weitere Vorstösse für eine **verbindlichere Rückzahlung der zu hohen Reserven** scheiterten 2022 jedoch allesamt im Parlament. Vielmehr wurden die im Vorjahr erfolgten Rückzahlungen der Reserven in verschiedenen Kommentaren als Mitgrund für den hohen aktuellen Prämienanstieg erachtet: Einerseits hätten die Rückzahlungen den Anstieg der Gesundheitskosten überdeckt, andererseits seien deshalb für das neue Jahr weniger Reserven zur Prämienreduktion vorhanden gewesen.

Nicht in erster Linie eine Senkung der Gesundheitskosten, sondern weniger Ärger für die Versicherten erhofften sich Bundesrat und Parlament durch das **Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit**. Damit soll der Bundesrat Branchenlösungen der Krankenversicherungen im Bereich der Vermittlertätigkeit allgemeinverbindlich erklären können, wodurch Werbeanrufe für Krankenversicherungen bei Personen, die nicht bereits bei der entsprechenden Krankenkasse versichert sind, verboten würden. Strittig war hier zwischen den Räten insbesondere, ob die Branchenlösungen zu Entschädigungen und Ausbildung neben den externen auch für interne Mitarbeitende gelten sollen. Nach der Durchführung einer Einigungskonferenz lenkte der Nationalrat diesbezüglich ein und das Parlament verzichtete auf die Schaffung einer entsprechenden Unterscheidung.<sup>1</sup>

## Krankenversicherung

BERICHT  
DATUM: 31.12.2016  
ANJA HEIDELBERGER

Zum ersten Mal überhaupt erschien im April 2017 nach der Schaffung des KVAG 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.<sup>2</sup>

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-Solvenzttest 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.<sup>3</sup>

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-Solvenzttest 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.<sup>4</sup>

**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 verlangen, entstehen.

Der Bundesrat erachtete es als schwierig, die Kostenfolgen durch entsprechende Zeugnisse abzuschätzen. Das Ausstellen eines Zeugnisses sei nur ein Neben aspekt 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 Kinderärzteverband 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.<sup>5</sup>

**BERICHT**  
DATUM: 07.09.2022  
ANJA HEIDELBERGER

Mit Annahme eines Postulats der SGK-NR hatte der Nationalrat einen Bericht über die **Praxis zur Vergütung von Medikamenten für krebskranke Kinder** durch die Krankenkassen gefordert. Ziel war es, «Ungleichbehandlungen zu vermeiden», die dadurch entstehen könnten, dass einige Krankenkassen bei der Kostenübernahme kulanter sind als andere. Die Studie von BSS Volkswirtschaftliche Beratung Basel konzentrierte sich insbesondere auf die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall gemäss KVV, wobei die Bewilligungsquote gemäss Krankenkassen und Kinderonkologinnen und -onkologen fast bei 100 Prozent liege. In den seltenen Fällen, in denen die Finanzierung nicht übernommen werde, hätten andere Finanzierungsmöglichkeiten, etwa über Stiftungen, gefunden werden können. Bei «verhältnismässig tiefen Kosten» hätten teilweise jedoch auch die Familien die Finanzierung übernommen. Folglich bestehe diesbezüglich kein Handlungsbedarf, schloss der Bericht.



Gemäss Le Temps reagierten verschiedene Pädiatrie-Verbände mit Unverständnis auf diesen Bericht. Einerseits kritisierte etwa Pierluigi Brazzola, Leiter der Abteilung für Hämatologie und Onkologie des Spitals Bellinzona, der an der Studie teilgenommen hatte, dass die Resultate im Bericht nicht mit seinen Aussagen übereinstimmten, da sie zu stark vereinfacht und verallgemeinert worden seien. Allgemein seien die Aussagen der pädiatrischen Onkologinnen und Onkologen von der Studienautorenschaft vereinfacht worden. Andererseits wurden auch die Schlussfolgerungen des Berichts kritisiert, insbesondere die Angabe, dass die Kosten in fast 100 Prozent der Fälle von den Krankenkassen übernommen würden. «Diese Aussage steht in klarem Widerspruch zu dem, was Kinderonkologen und betroffene Eltern im Alltag erleben», erklärte der Verein «Kinderkrebs Schweiz» in einer Medienmitteilung. Allgemein hätten die betroffenen Familien regelmässig Probleme aufgrund der hohen Therapiekosten, zumal sich die Krankenversicherungen häufig viel Zeit liessen mit der Entscheidung, ob sie die Kosten für die Medikamente, welche mangels Forschung häufig nur für Erwachsene, nicht aber für Kinder zugelassen seien, übernehmen. Das BAG setzte in der Folge ein Treffen mit dem Verein «Kinderkrebs Schweiz» an. Dabei habe man auf die «Schwächen des Berichts» hingewiesen, gab Kinderkrebs Schweiz in der Folge bekannt. Zudem habe man erfahren, dass die fast hundertprozentige Übernahmequote der Behandlungskosten aufgrund von nur acht Rückmeldungen zustande gekommen sei.<sup>6</sup>

---

1) APS-Zeitungsanalyse 2022 – Sozialversicherungen

2) Tätigkeitsbericht 2016

3) Tätigkeitsbericht 2017

4) Tätigkeitsbericht 2018

5) Bericht BR zur Entlastung der Krankenversicherungen vom 21.10.20

6) Bericht vom 7.9.22 in Erfüllung des Postulats der SGK-NR; Medienmitteilung von Kinderkrebs Schweiz; LT, 21.9.22