

Schwerpunkt:

*Die Reform der Kranken-
versicherung – eine
unendliche Geschichte?*

Vorsorge:

*Zehnte AHV-Revision:
Wo stehen wir?*

Sozialpolitik:

*Warum ein Bericht
über Kindsmisshandlungen?*

Mosaik	
Rundschau, Kurzchronik	2-3
Schwerpunkt	
Die Reform der Krankenversicherung – eine unendliche Geschichte?	4-14
Von Dr. iur. Markus Moser, Vizedirektor und Chef der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung im BSV	
Krankenversicherung – immer unterwegs	15-17
Von Ständerat Hans Jörg Huber	
Vorsorge	
Zehnte AHV-Revision: Wo stehen wir?	18-20
Wohneigentumsförderung als berufliche Vorsorge	21-22
Bald eine bessere Regelung für die Freizügigkeit in der beruflichen Vorsorge	23
Gesundheit	
Die dringlichen Massnahmen gegen die Kostensteigerung und gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung	24-28
Die Entwicklung der Gesundheitskosten. Von Dr. Peter Kunz, BSV	29-31
Sozialpolitik	
Arten und Ansätze der Familienzulagen am 1. Januar 1993	32
Kindesmisshandlung in der Schweiz	33-35
Warum ein Bericht über Kindesmisshandlung? Von Nationalrätin Judith Stamm	36-37
Die Arbeitslosenversicherung in der Bewährung Von Judith Wild, BIGA	37-40
International	
Die schweizerische Sozialversicherung nach dem Nein zum EWR	41
Daten und Fakten	
Agenda (wichtige Daten, Veranstaltungen)	42
Neue Erlasse (Gesetze, Verordnungen, Bundesbeschlüsse)	42-43
Gesetzgebungsverfahren: Vorlagen des Bundesrates	43
Parlamentarische Vorstösse	44-49
Statistik auf einen Blick: Krankenpflegekosten im Vergleich	49-50
Der Bundesrat ernannt	51-52
Bibliographie	52

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir freuen uns, Ihnen unsere neue Zeitschrift «Soziale Sicherheit» vorzustellen. Wir wollen damit einer breiteren Öffentlichkeit Einblick in alle Bereiche der schweizerischen Sozialversicherung bieten, das aktuelle Geschehen dokumentieren und neue Ideen, Vorstösse im Parlament sowie Lösungen oder Lösungsansätze präsentieren. Dabei sprechen wir nicht allein Fachleute, sondern alle daran Interessierten an, insbesondere auch die Verantwortungsträger in Politik und Wirtschaft.

In jeder Ausgabe der «Sozialen Sicherheit» werden wir uns in der Rubrik «Schwerpunkt» mit einem Thema der Alters-, Hinterlassenen- und Behindertenvorsorge, der Kranken- und Unfallversicherung oder der beruflichen Vorsorge intensiver auseinandersetzen und dabei auch den Blick auf die Sozialversicherung in anderen Ländern weiten. Das BIGA und das Bundesamt für Militärversicherung werden über die Entwicklung der Arbeitslosen- und der Militärversicherung orientieren.

Der Begriff der Sozialen Sicherheit umfasst indessen mehr als nur die Sozialversicherung. Die neue Zeitschrift soll daher auch die Belange der Familie, die Betreuung der Betagten und Behinderten sowie die Probleme der Armut miteinbeziehen. Sie will ein möglichst aktuelles Spiegelbild der Sozialen Sicherheit in der Schweiz sein.

Wir wollen die oft beklagte «Informationsflut» nicht steigern. Die «Soziale Sicherheit» ersetzt deshalb die bisherige «Zeitschrift für die Ausgleichskassen» (ZAK). Die in der ZAK veröffentlichten Informationen für die Durchführungsorgane und die Rechtsprechung werden in einem besonderen Organ «AHI-Praxis» publiziert. Die Mitteilungen zur Rechtsprechung und Verwaltungspraxis in der Kranken- und Unfallversicherung (RKUV) erscheinen weiterhin in neuem grafischem Kleid.

Unsere Zeitschrift soll Ihnen dienen. Deshalb hoffen wir auf ein reges Echo. Ihre Anregungen werden wir soweit wie möglich berücksichtigen.

W. Seiler, Direktor BSV

Hinweis

Die Rechtsprechung des EVG zur AHV, IV, EO und den EL wird in der BSV-Publikation «AHI-Praxis» publiziert, zu beziehen bei der EDMZ, 3000 Bern.

Die Rechtsprechung des EVG zur Kranken- und Unfallversicherung wird wie bisher in der «RKUV» wiedergegeben, erhältlich ebenfalls bei der EDMZ.

Impressum

Herausgeber
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 31
3003 Bern
Telefon 031 / 61 90 11
Telefax 031 / 61 78 80

Redaktion
Informationsdienst BSV
Redaktion: René Meier (Tel. 61 91 43),
Brigitte Dumas (Tel. 61 91 39)

Redaktionskommission:
Alfred Flessenkämper, Anita Flessenkämper, Ludwig Gärtner, Ruth Maeder, Cyril Malherbe, Claudine Marcuard, Stefan Müller, Benno Schnyder, Christian Sieber, Daniel Stufetti

Die Meinung BSV-externer Autoren muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen

Nachdruck von Beiträgen
mit Zustimmung der Redaktion erwünscht

Abonnementspreise
Jahresabonnement (6 Ausgaben):
Inland Fr. 50.-, Ausland Fr. 55.-,
Einzelheft Fr. 9.-

Vertrieb
Eidgenössische Drucksachen- und
Materialzentrale, 3000 Bern

Satz, Gestaltung und Druck:
Cavelti AG, Wilerstrasse 73, 9202 Gossau

Die Sozialversicherung vor neuen Herausforderungen

Sicherheit bedeutet uns Schweizerinnen und Schweizern sehr viel. Unfall, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter, Behinderung und Tod des Versorgers treffen viele unserer Mitmenschen sehr hart. Die wirtschaftlichen Folgen dieser meistens schicksalhaften Wechselfälle des Lebens übersteigen in der Regel die Kraft des Einzelnen. Er sucht und sucht Schutz in der Gemeinschaft. In der vorindustriellen Gesellschaft übernahm die Grossfamilie diese Aufgabe. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden in allen Staaten Europas Sozialversicherungen, so auch in der Schweiz. Alle diese Systeme fassen auf dem Gedanken der Solidarität, d.h. die Last des Einzelnen wird von einer Vielzahl oder von allen Staatsewohnern mitgetragen.

Das soziale Sicherungsnetz unseres Landes ist nicht auf dem Reissbrett entstanden. Der Gesetzgeber antwortete auf besondere, jeweils gegenwartsbezogene soziale Fragen mit besonderen Sozialwerken. Dennoch besitzt die Schweiz heute ein Netz von Sozialversicherungen, das in bezug auf die erfassten Risiken, die Leistungen und die finanzielle Abdeckung den internationalen Vergleich ausgezeichnet zu bestehen vermag.

Das ist aber kein Grund, die Hände in den Schoss zu legen. Jeder Zweig der Sozialversicherung ist in einem bestimmten gesellschaftlichen Umfeld entstanden. Dieses Umfeld ändert sich mit dem Wandel der Generationen und mit deren Lebensauffassung. Die Sozialversicherung unterliegt somit der Dynamik der gesellschaftlichen Entwicklung. Niemand wird bestreiten, dass sich die Lebensformen unseres Volkes seit dem Zweiten Weltkrieg geändert haben. Die Stellung der Frau in Familie und Beruf, die Haushalts-

und Partnerschaftsstrukturen haben sich gewandelt, und ein Ende dieser Entwicklung ist nicht absehbar. Neue Technologien bauen Arbeitsplätze ab und erfordern zusätzliche Aus- und Weiterbildung. Die Menschen unserer Zeit und ihre Kinder rufen nach neuen Arbeitsformen; sie wollen ihre Tages-, Wochen- und Lebensarbeitszeit mitbestimmen. Diese Entwicklung stellt manche Regelungen unserer einer traditionellen Lebens- und Arbeitsweise verpflichteten Sozialversicherung in Frage.

Unsere Bevölkerung wird älter. Das ist sehr erfreulich. Die längere Lebenserwartung ist ein Zeichen höheren Wohlstandes und höherer Qualität für unsere Gesellschaft. Die demographische Entwicklung bringt aber Probleme für die Sozialversicherung mit sich. 1900 waren 6 Prozent unserer Einwohner älter als 65; im Jahre 2000 werden es voraussichtlich 16 Prozent sein. Die Zahl der über 80jährigen hat sich in den letzten 30 Jahren verdoppelt. Nach einer OECD-Studie dürfte die Schweiz im Jahre 2030 über den höchsten Rentneranteil aller Industriestaaten verfügen. Immer weniger Erwerbstätige werden demnach die wachsenden Gesundheits- und Rentenkosten tragen müssen. Der Sozialversicherung stellen sich deshalb längerfristig vielschichtige Probleme der Pflege von Betagten und der Finanzierung unserer Sozialwerke. Sie in den Bereichen unserer Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und unserer Krankenversicherung zu vermeiden, ist eine ganz besondere Herausforderung an unser Sozialversicherungssystem. Ausserdem scheinen die Armutsstudien einiger Kantone und Städte unseres Landes eine neue und wachsende Armut zu bestätigen. Auch diese Fragen müssen kreativ und effizient, wie es zur Tra-

dition unserer Sozialpolitik gehört, angegangen werden.

Diese Herausforderungen setzen sehr viel bei der Sozialversicherung in Bewegung. Einige sozialpolitisch dringende Postulate der 10. AHV-Revision wurden vom Parlament im vergangenen Jahr beschlossen. Die Revision der Krankenversicherung hat im Ständerat Zustimmung gefunden. Die Verbesserung der Freizügigkeit beim Stellenwechsel und die Wohneigentumsförderung aus Mitteln der beruflichen Vorsorge werden voraussichtlich dieses Jahr von den eidgenössischen Räten beraten. Der Bundesrat ist daran, wegleitende Grundsätze für die Weiterentwicklung der Alters-, Hinterlassenen- und Behindertenversorgung festzulegen. Sie werden Leitlinien für die während der laufenden Legislatur vorgesehenen punktuellen Anpassungen der einzelnen Gesetzeswerke sein.

Unser soziales Sicherungsnetz baut auf eine gesunde Wirtschaft. Geht es ihr schlecht, so spürt das auch die Sozialversicherung. Machbar ist nicht alles, sondern nur, was zwar sozialpolitisch notwendig ist, was aber auch wirtschaftlich und für die Bundesfinanzen tragbar erscheint. Bundesrat und Parlament tragen deshalb eine grosse Verantwortung. Es gilt nämlich, im Einsatz für die Schwachen unserer Gesellschaft die Grenzen des Machbaren tatsächlich zu erreichen. Und ich bin meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Bundesamt für Sozialversicherung dankbar, dass sie mich in dieser wichtigen und edlen Verantwortung fachkundig und mit hohem Einsatz unterstützen. Die Sozialversicherung steht vor neuen Herausforderungen, die nicht ohne Solidarität des ganzen Volkes bewältigt werden können. Unser Volk ist zweifellos gewillt, diese Solidarität zu tragen. Dies ist eine besonders günstige Voraussetzung für eine geeinte und selbstbewusste Schweiz der Zukunft. —

Flavio Cotti, Bundesrat

Neue kantonale Krankenversicherungsgesetze

Im Kanton Waadt wie auch im Kanton Genf sind am 1. Januar 1993 neue Gesetze über die Krankenversicherung in Kraft getreten. Die beiden Regelungen stimmen in folgenden Punkten überein:

- Die Krankenversicherung ist obligatorisch (Verstärkung der Solidarität unter den Versicherten).
- Die Prämien sind innerhalb jeder Kasse für alle Mitglieder einheitlich.
- Es herrscht Freizügigkeit zwischen den Kassen für die Grundversicherung.
- Es wird ein Fonds für den Ausgleich zwischen den Kassen errichtet.

Wer Näheres erfahren möchte, findet dies im «Bulletin de la FEAS – Aspects de la sécurité sociale» Nr. 3/92 (erhältlich unter Case postale 171, 1213 Petit-Lancy 2) sowie im «Feuille d'avis officielle du canton de Vaud» vom Dezember 1992 (erhältlich bei Publicitas, rue de l'Etraz 4, 1002 Lausanne).

SIDOS – ein Hilfsdienst für die Sozialwissenschaften

In Neuenburg ist am 11. Januar 1993 unter dem Namen «Schweizerischer Informations- und Datenarchiv-Dienst für die Sozialwissenschaften» (SIDOS) ein wissenschaftlicher Hilfsdienst eröffnet worden. Er soll vorab drei Funktionen erfüllen:

- Grundlagen für die Sozialforschung wie auch für die Praktiker zur Verfügung stellen;
- sozialwissenschaftliche Forschungsdaten archivieren;
- Sekundärforschung und Zeitreihenanalysen fördern bzw. erleichtern helfen.

SIDOS hofft damit einen Beitrag zur Effizienzsteigerung der Forschung sowie zur Senkung der Kosten empirischer Forschung zu leisten.

SIDOS ist eine Gründung der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften

(SAGW) und wird vom Bund sowie vom Kanton Neuenburg finanziell unterstützt. Er soll jedoch soweit als möglich nach unternehmerischen Grundsätzen geführt werden, wobei aber die Leistungen des Dienstes unter Beachtung der wirtschaftlichen Kraft seiner Partner verrechnet werden. SIDOS wird eng mit der Universität Neuenburg sowie mit dem Bundesamt für Statistik zusammenarbeiten.

Nähere Informationen: SIDOS, ruelle Vaucher 13, 2000 Neuenburg, Tel. 038 / 21 18 21.

Spielbanken-Millionen für die AHV

Nebst den Erträgen aus der Tabak- und der Alkoholbelastung sollen inskünftig auch die Einnahmen aus dem Betrieb von Spielbanken der AHV zufließen. Dies wird mit einer Änderung von Artikel 34^{quater} Absatz 2 Buchstabe b der Bundesver-

fassung beabsichtigt, über welche Volk und Stände am 7. März 1993 abstimmen werden. Die eidgenössischen Räte haben der Änderung, die im Rahmen der Sanierung des Bundeshaushalts behandelt wurde, mit grosser Mehrheit zugestimmt. Dabei wurde das seit 1928 in der Verfassung verankerte Spielbankenverbot als nicht mehr zeitgemäss beurteilt. Mit der Zulassung solcher Einrichtungen können nicht nur der Abfluss von Geldern in ausländische Casinos (besonders in Grenznähe) vermindert, sondern auch eine Attraktivitätssteigerung für schweizerische Fremdenverkehrsorte erzielt werden. Und insbesondere wird damit für die AHV ein jährlicher Zustupf von etwa 150 Mio Franken erwartet. Dies wird allerdings frühestens ab 1996 möglich sein, denn vorgängig müssen – bei Annahme der Verfassungsvorlage – die Voraussetzungen für den Spielbankenbetrieb in einem Gesetz geregelt werden.



Das Spielbankenverbot ist nicht mehr zeitgemäss. Aus der Schweiz kann man mühelos Spielbanken jenseits der Grenze aufsuchen.

• Die *Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates* hat am 7. Januar ihre Beratungen zur Vorlage des Bundesrates für die Revision der Krankenversicherung aufgenommen. Sie beschloss einstimmig Eintreten. Anlässlich einer Doppelsitzung vom 25./26. Januar führte sie ein Hearing mit der Kartellkommission durch und trat dann in die Detailberatung der Gesetzesvorlage ein.

Über die Beratungen und Beschlüsse des Ständerates sowie die lange Vorgeschichte der Revision informieren ausführlich die Schwerpunktbeiträge in diesem Heft.

• Die *Kommission des Nationalrates für die Vorberatung der Gesetzesvorlage über die Wohneigentumsförderung durch die Mittel der beruflichen Vorsorge* hat am 25. Januar ihre Arbeiten abgeschlossen. Sie verabschiedete den Entwurf zuhanden des Ratsplenums mit 11 zu 5 Stimmen bei einer Enthaltung. Weitere Informationen zu diesem Geschäft auf Seite 21.

• Mit 23 zu 3 Stimmen bei 3 Enthaltungen hat die *Kommission des Nationalrates zur Vorberatung der zehnten AHV-Revision* ihre Vorschläge zuhanden des Ratsplenums am 29. Januar 1993 verabschiedet. Die wichtigsten Anträge:

– Die Einkommen der Ehepartner werden zur Rentenberechnung aufgeteilt und je zur Hälfte gegenseitig gutgeschrieben (sogenanntes Splitting), wobei für die Kindererziehung und die Betreuung Angehöriger Gutschriften angerechnet werden.

– Eine steilere lineare Rentenformel führt dazu, dass die Höchstrente bereits bei einem Einkommen von rund 50 000 Franken erreicht wird (heute bei 67 680 Franken).

– Für Witwer mit Kindern unter 18 Jahren soll neu Anspruch auf Witwerrente entstehen.

– Die Zusatzrente der AHV (für die Ehefrau) wird schrittweise aufgehoben, jene der IV jedoch beibehalten und geschlechtsneutral ausgestaltet.

– Das Rentenalter der Frauen wird in zwei Schritten voraussichtlich bis zum Jahr 2004 auf 64 erhöht.

– Für Männer und Frauen wird das flexible Rentenalter ab 62 ermöglicht, dies bei einer Rentenkürzung von 6,8 Prozent pro Vorbezugsjahr.

– Der Beitragssatz für Selbständig-erwerbende soll auf 8,1 Prozent angehoben werden (der Bundesrat hatte eine Erhöhung auf 8,4% beantragt).

Weiteres zur zehnten AHV-Revision auf Seite 18. —

Zur Pensionierung von Dr. Robert Kistler, Ausgleichskasse des Kantons Glarus

Ende 1992 ist Dr. Robert Kistler als Leiter der Ausgleichskasse des Kantons Glarus in den Ruhestand getreten. Nach seiner Promotion zum Dr. rer. pol. an der Universität Bern war Robert Kistler zuerst in der Privatwirtschaft tätig. Am 1. November 1975 übernahm er dann die Leitung der kantonalen Ausgleichskasse Glarus. Nebst den eigentlichen Aufgaben als Kassenleiter war eine seiner ersten Herausforderungen die Errichtung und Organisation der kantonalen Familienausgleichskasse. Ebenso trägt das am 1. September 1991 in Kraft getretene kantonale Gesetz über Erwerbsersatzleistungen für einkommensschwache Eltern seine Schriftzüge. Weiter nahm er auch Einsitz im Vorstand der Beamtenversicherungskasse des Kantons. Über all die Jahre seiner Amtszeit rüstete er mit grossem Engagement Kasse und IV-Sekretariat mit modernsten EDV-Einrichtungen aus. Sein Fachwissen hielt er jederzeit gerne der Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen zur Verfügung. Seine Kollegialität und Kompetenz stellte er mit der Organisation der Plenarkonferenz 1991 in seinem Kanton ein weiteres Mal eindrücklich unter Beweis.

Mit dem Dank für seine geleistete Arbeit und den besten Wünschen für seine Zukunft hofft die Konferenz auf ein häufiges Wiedersehen in den künftigen Plenarkonferenzen. —

Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen

PS: Neuer Leiter der Ausgleichskasse Glarus ist seit Jahresbeginn 1993 *Konrad Landolt*.

Hinweis an die Adressaten/Adressatinnen der «Sozialen Sicherheit» (CHSS)

Sollten Sie die CHSS in zwei oder mehr Exemplaren erhalten haben, so bitten wir Sie um Nachsicht. (Vielleicht geben Sie das überzählige Exemplar an interessierte Bekannte weiter. Danke!)

Ab der Nummer 3 wird die CHSS nur noch in der von Ihnen gewünschten Anzahl bei Ihnen eingehen. Benützen Sie für Ihre Bestellung bitte die Karte in der Heftmitte.

Die Reform der Krankenversicherung – eine unendliche Geschichte?

Die Geschichte der schweizerischen Krankenversicherung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl gescheiterter Versuche der Neuschöpfung oder Umgestaltung gesetzlicher Regelungen. In den letzten Jahren ist infolge der galoppierenden Kostenentwicklung einerseits und der unsoziale Ausmasse annehmenden Entsolidarisierung andererseits der Reformdruck derart gestiegen, dass die zurzeit in der parlamentarischen Behandlung stehende Totalrevision des Gesetzes verbesserte Chancen hat, verwirklicht zu werden.

Dr. Markus Moser, Chef der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung im Bundesamt für Sozialversicherung, vermittelt im folgenden einen kurzen Abriss der mühseligen Krankenversicherungs-Geschichte und erläutert dann die Hintergründe und die Ziele der aktuellen Revisionsvorlage des Bundesrates. Im Anschluss daran gibt Dr. Hans Jörg Huber, Präsident der vorberatenden Kommission des Ständerates für die KV-Revision, einen Stimmungsbericht über die Arbeiten seiner Kommission sowie über die Behandlung der Vorlage im Ratsplenum.

VON DR. IUR. MARKUS MOSER

«Das Problem der Kranken- und Unfallversicherung ist an sich schon ein sehr verwickeltes. Aber die gesetzliche Lösung wird noch bedeutend erschwert durch die grosse Verschiedenheit der Tendenzen und der in Frage stehenden Interessen. Die Meinungen gehen bezüglich aller Hauptfragen auseinander: Gleichzeitigkeit der Gesetzgebung für beide Versicherungszweige, oder Priorität des einen oder des anderen, obligatorischer oder fakultativer Charakter der einen oder anderen Versicherung, Umfang des Versicherungszwanges, Form der Versicherungsorgane, Verteilung der Lasten u.s.w.». Die Sätze stammen aus der Botschaft des Bundesrates vom 10. Dezember 1906 (BB1 1906 VI 246), die zum heute noch geltenden Gesetz über

die Krankenversicherung führte. Sie haben im Grunde nichts von ihrer Aktualität eingebüsst. Man muss aus heutiger Sicht höchstens noch beifügen, dass das Problem der Krankenversicherung inzwischen ein sehr altes und trotzdem noch immer ungelöstes ist. Dabei hat die Geschichte der Krankenversicherung im schweizerischen Bundesstaat vielversprechend begonnen.

I. Bisherige Reformversuche

Das Scheitern der Lex Forrer im Jahre 1900

Am 26. Oktober 1890 haben Volk und Stände mit grosser Mehrheit einen Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung angenommen (mit 283 000 zu 92 000 Stimmen, ablehnenden

Mehrheiten in den Kantonen AI und VS). Damit erhielt der Bund eine umfassende Kompetenz zur Gesetzgebung im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung. Es ist dies die älteste Kompetenz des Bundes im Bereich der Sozialversicherung.

Die Gesetzgebung über die Krankenversicherung stand hingegen von Beginn an unter einem schlechten Stern. Das Bundesgesetz vom 5. Oktober 1899 «über die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluss der Militärversicherung» die sogenannte *Lex Forrer*, ist in der Volksabstimmung vom 20. Mai 1900 deutlich verworfen worden (342 000 zu 148 000 Stimmen). Die *Lex Forrer* sah für Arbeitnehmer bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze eine obligatorische Krankenversicherung (Krankenpflege und Krankengeld) sowie eine obligatorische Unfallversicherung vor. Die Krankenversicherung wäre durch öffentlichrechtliche Kreiskrankenkassen und Betriebskrankenkassen sowie durch bereits bestehende oder neue private Krankenkassen durchgeführt worden. Die Finanzierung sollte über lohnprozentuale Beiträge sowie über Bundesbeiträge erfolgen. Es wäre also ein in sich geschlossenes und weitgehend durch den Bund organisiertes System der Kranken- und Unfallversicherung geschaffen worden.

Das KUVG von 1911, revidiert 1964

Nachdem die sehr stark von der deutschen Gesetzgebung der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts (Bismarcksche Sozialgesetze) beeinflusste *Lex Forrer* gescheitert war, besann sich der Bundesrat sozusagen auf den «schweizerischen Weg». In der bereits erwähnten Botschaft vom 10. Dezember 1906 bezeichnete sich der Bundesrat zwar immer noch ausdrücklich als Anhänger einer obligatorischen Krankenversicherung. Er nahm aber das Verdikt des Volkes zur Kenntnis und entschloss sich, «etappenweise vorzugehen und heu-

Wichtige Daten in der Geschichte der Krankenversicherung

- 26. Oktober 1890:**
Annahme des Artikels 34^{bis} der Bundesverfassung durch Volk und Stände.
- 5. Oktober 1899:**
Verabschiedung der «Lex Forrer» (BG über die Kranken- und Unfallversicherung mit Einschluss der Militärversicherung) durch die eidg. Räte.
- 20. Mai 1900:**
Verwerfung der «Lex Forrer» durch das Volk
- 13. Juni 1911:**
Verabschiedung des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) durch die eidg. Räte.
- 4. Februar 1912:**
Bestätigung des KUVG durch das Volk
- 1921, 1947 und 1952:**
Expertenkommissionen für die Revision der Krankenversicherung; führten zu keiner Vorlage des Bundesrates
- 13. März 1964:**
Erste und bisher einzige wirkliche Revision des KUVG.
- 20. März 1969:**
Beginn der Arbeiten der Expertenkommission «für die Neuordnung der Krankenversicherung».
- 31. März 1970:**
Einreichung der Volksinitiative «für die soziale Krankenversicherung».
- 11. Februar 1972:**
Bericht der Expertenkommission «für die Neuordnung der Krankenversicherung» (sog. Flimsler Modell).
- 19. März 1973:**
Botschaft des Bundesrates zur Volksinitiative «für die soziale Krankenversicherung» mit einem Gegenvorschlag
- 22. März 1974:**
Bundesbeschluss über die Volksinitiative und den grundlegend geänderten Gegenvorschlag
- 8. Dezember 1974:**
Ablehnung der Initiative und des Gegenvorschlags durch Volk und Stände.
- 31. Januar 1975:**
Bundesbeschluss über den Abbau von Bundesbeiträgen
- 26. Mai 1976:**
Beginn der Arbeiten der Expertenkommission «für die Teilrevision der Krankenversicherung».
- 5. Mai 1977:**
Bundesgesetz über Massnahmen zum Ausgleich des Bundeshaushaltes, Plafonierung der Bundesbeiträge an die Krankenkassen auf dem Stand des Jahres 1976.
- 5. Juli 1977:**
Bericht der Expertenkommission «für die Teilrevision der Krankenversicherung»
- November 1978:**
Vorentwurf des EDI für eine Teilrevision der Krankenversicherung.
- 19. August 1981:**
Botschaft des Bundesrates über die Teilrevision der Krankenversicherung.
- 8. November 1982:**
Einberufung einer Nationalen Sparkonferenz im Gesundheitswesen durch den Vorsteher des EDI.
- 30. April 1985:**
Einreichung der Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung (Krankenkasseninitiative)».
- 17. März 1986:**
Einreichung der Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» durch SP und SGB.
- 20. März 1987:**
Verabschiedung der KVMVG-Vorlage durch die eidg. Räte (sog. Sofortprogramm).
- 6. Dezember 1987:**
Ablehnung der KVMVG-Vorlage in der Volksabstimmung.

S C H W E R P U N K T

te nur das anzustreben, was praktisch erreichbar ist» (Botschaft vom 10. Dezember 1906, BBl 1906 VI 247). Der neue Entwurf des Bundesrates verzichtete deshalb auf die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung. Er sah im wesentlichen lediglich eine Unterstützung und Beaufsichtigung von privaten Krankenkassen und von solchen des kantonalen öffentlichen Rechts vor. Diese anerkannten Krankenkassen erhalten Bundesbeiträge zur Abgeltung der von ihnen übernommenen Verpflichtungen (nämlich insbesondere Aufnahmepflicht, zeitlich begrenzte Versicherungsvorbehalte, Gewährung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen). Dieses Konzept eines Rahmen- und Subventionsgesetzes wurde von den eidgenössischen Räten als *Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG)* angenommen. Ein dagegen ergriffenes Referendum scheiterte im Jahre 1912 nur knapp. Dieses in seinen Grundzügen noch heute geltende Gesetz hat bisher erst eine wirkliche Revision erfahren, nämlich jene durch das Bundesgesetz vom 13. März 1964. Die wichtigsten Änderungen bestanden in einer Erleichterung des Beitritts zur Krankenversicherung, in Verbesserungen bei den Leistungen, in einer Anpassung des Tarif- und Arztrechts (der eigentlichen *Pièce de résistance* jener Revision) und in einer Erhöhung der Bundesbeiträge sowie deren Kopplung an die Entwicklung der Krankenpflegekosten.

Gescheiterte Revisionversuche

Zahlreichen früheren und späteren Revisionsversuchen hat das KUVG sozusagen erfolgreich widerstanden (vgl. dazu die Übersicht im Kasten). Die Revisionsversuche nach dem Jahre 1965 lassen sich in zwei Etappen untergliedern, nämlich in den Versuch einer grundlegenden Neuordnung der Krankenversicherung in den Jahren 1969–1974 und in den anschliessenden Versuch eines Vorgehens in kleinen und immer kleiner

gewordenen Schritten in den Jahren 1976–1987 mit einem Nachspiel in den Jahren 1988–1990.

Versuch einer Neuordnung der Krankenversicherung 1969–1974

Die im Jahre 1969 eingesetzte Expertenkommission «für die Neuordnung der Krankenversicherung» unterbreitete im Jahre 1972 ihren unter dem Namen «*Flimser Modell*» bekanntgewordenen Bericht. Er sah die Einführung einer für die ganze Bevölkerung obligatorischen Spitalversicherung, finanziert durch einen Zuschlag zu den AHV-Beiträgen, die Beibehaltung der freiwilligen Versicherung für die übrigen Kosten der Krankenpflege und eine für alle Arbeitnehmer obligatorische Krankengeldversicherung vor. Das Flimser Modell fand in der Vernehmlassung eine sehr geteilte Aufnahme. Bereits vor Abschluss der Arbeiten der Expertenkommission reichte die Sozialdemokratische Partei eine *Volksinitiative* «für die soziale Krankenversicherung» ein. Diese verlangte ein umfassendes Obligatorium für die Krankenpflege- und die Krankengeldversicherung mit einer ähnlichen Finanzierung über Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten wie in der AHV/IV. Mit seiner *Botschaft vom 19. März 1973* (BBl 1973 I 940 ff.) unterbreitete der Bundesrat einen Gegenvorschlag zur SP-Initiative. Dieser sah ausgehend von der Grundphilosophie des Flimser Modells, die Einführung einer für die ganze Bevölkerung obligatorischen Grossrisikoversicherung (Spitalaufenthalte und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen), eine freiwillige Versicherung für die übrigen Kosten bei Krankenpflege sowie eine für alle Arbeitnehmer obligatorische Krankengeldversicherung vor. Das Parlament rückte von diesen Anträgen deutlich ab. Sein Gegenvorschlag sah eine freiwillige Krankenpflegeversicherung vor, die jedoch teilweise durch einen obligatorischen Beitrag nach den Regeln der AHV von höchstens 3 Prozent des Erwerbsein-

kommens finanziert worden wäre. Das Obligatorium der Krankengeldversicherung wurde beibehalten. Am 8. Dezember 1974 lehnten Volk und Stände sowohl die Initiative wie den Gegenvorschlag ab.

Versuch einer Teilrevision der Krankenversicherung 1976–1990

Nachdem diese Neuordnung der Krankenversicherung gescheitert war, versuchte man es mit einer Teilrevision des bestehenden Gesetzes. Eine *Expertenkommission* «für die Teilrevision der Krankenversicherung» unterbreitete im Juli 1977 ihren Bericht. Sie schlug wiederum die Einführung einer für Arbeitnehmer obligatorischen Krankengeldversicherung vor. Die Krankenpflegeversicherung sollte dagegen freiwillig bleiben und zur Hauptsache weiterhin durch individuelle Beiträge der Versicherten finanziert werden. Als neue Finanzierungsquelle wurde ein lohnprozentualer Zuschlag von höchstens 1 Prozent des Erwerbseinkommens vorgeschlagen. Im Gegenzug sollten die Subventionen des Bundes stark reduziert werden. Die lohnprozentuale Finanzierung der freiwilligen Krankenpflegeversicherung stiess im Vernehmlassungsverfahren auf starke Ablehnung. Dieser Vorschlag wurde in der Folge fallengelassen. Im übrigen stützte sich die *Botschaft vom 19. August 1981* (BBl 1981 II 1117 ff.) weitgehend auf die Vorschläge der Expertenkommission.

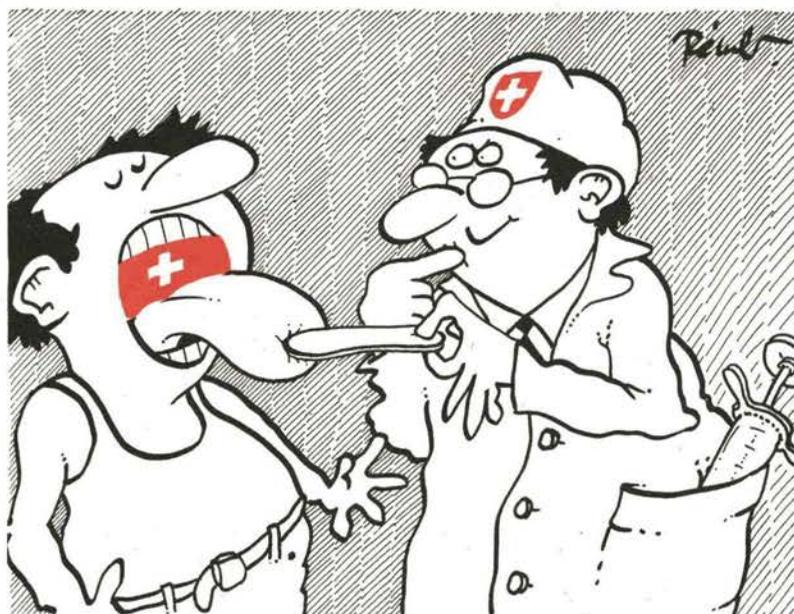
Das vom Parlament nach fünfeinhalb Jahren am 20. März 1987 als sogenanntes *Sofortprogramm* verabschiedete Gesetz hatte am Entwurf des Bundesrates einige Abstriche vorgenommen. Am stärksten ins Gewicht fiel der Verzicht auf die Einführung der obligatorischen Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer und ihr Ersatz durch die Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung bei Mutterschaft nach dem Vorbild der Erwerbsersatzordnung. Im Bereich der freiwilligen Krankenpflegeversicherung waren dagegen eine Reihe

von Massnahmen zur Kosteneindämmung vorgesehen. Zudem wurde die Kostenbeteiligung verstärkt (Selbstbehalt von 20%), andererseits aber auch die Leistungen ausgebaut. Im weiteren hätte das Gesetz auch die Schaffung von sogenannten Gesundheitskassen (Health Maintenance Organizations, HMO) ermöglicht. Es wurde indessen am 6. Dezember 1987 in einer Volksabstimmung abgelehnt.

In praktisch allen politischen Lagern war man sich nach dem 6. Dezember 1987 einig, dass damit das Thema Revision der Krankenversicherung keineswegs vom Tisch war. Bereits über das weitere Vorgehen gingen aber die Meinungen auseinander. Während der Bundesrat nun darauf tendierte, eine völlig neue Vorlage vorzubereiten, übernahm der Ständerat wesentliche Teile im Bereich der Krankenpfle-

In praktisch allen politischen Lagern war man sich nach dem 6. Dezember 1987 (Ablehnung des «Sofortprogramms») einig, dass damit das Thema Revision der Krankenversicherung keineswegs vom Tisch war.

geversicherung aus dem abgelehnten Gesetz in eine neue Vorlage. Damit sollte die Zeit bis zum Inkrafttreten eines neuen Gesetzes überbrückt und gleichzeitig der am 30. April 1985 von Konkordat der Krankenkassen eingereichten Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung» ein indirekter Gegenvorschlag gegenübergestellt werden. Dieser Vorschlag scheiterte indessen im Nationalrat. Eine in dieser Form sicher nicht erwartete Bestätigung, dass das geltende Recht bis zum Inkrafttreten einer «grossen Revision» der Krankenversicherung nicht genügte, erhielt der Ständerat durch die



Gesundheitswesen Schweiz: Wie krank ist es?
(Zeichnung: pécut)

dringlichen Bundesbeschlüsse vom 13. Dezember 1991 und vom 9. Oktober 1992.

II. Inhalte und Ziele der gegenwärtigen Vorlage für die Revision der Krankenversicherung

Die Vorgeschichte zur gegenwärtigen Vorlage für die Revision der Krankenversicherung dürfte noch weitgehend in Erinnerung und bekannt sein (Vier Expertenberichte aus dem Jahre 1988; Grundsätze des Bundesrates für die Revision der Krankenversicherung aus dem Jahre 1989; Bericht der «Expertenkommission Schoch» aus dem Jahre 1990). Sie ist im übrigen in der *Botschaft vom 6. November 1991* (BB1 1992 I 93 ff. Die Darstellung der Vorgeschichte findet sich in Ziff. 14.) eingehend dargestellt. Im folgenden seien die wichtigsten Grundzüge der Vorlage des Bundesrates hervorgehoben. Die Darstellung lässt sich in drei Teile gliedern, nämlich in die Bereiche Solidarität, Kosteneindämmung und Leistungen.

1. Solidarität

Mängel des heutigen Systems

Die Krankenversicherung ist eine Sozialversicherung. Die wichtigsten

Unterschiede zwischen privater und sozialer Krankenversicherung bestehen darin, dass in der sozialen Krankenversicherung die Krankenkassen verpflichtet sind, grundsätzlich jeden Bewerber zu versichern (Aufnahmepflicht) und ihm gewisse durch das Gesetz garantierte Mindestleistungen zu gewähren. Es ist den Krankenkassen auch nicht gestattet, die Prämien nach dem Krankheitsrisiko bestimmter Gruppen von Versicherten oder gar individuell abzustufen. Im Vergleich zu den übrigen Sozialversicherungen ist bei der Krankenversicherung das soziale Element aber sehr schwach. Zum einen ist der Grundsatz der Aufnahmepflicht durch Ausnahmen abgeschwächt. Die Krankenkassen dürfen in ihren Statuten nach eigenem Ermessen ein Höchstalter für die Aufnahme von Bewerbern vorsehen. Sie dürfen ihre Tätigkeit auch auf einen bestimmten Personenkreis (z.B. eine Berufsgruppe oder einen Betrieb) beschränken. Sie dürfen bei der Aufnahme Auskünfte über den Gesundheitszustand einholen und für bestehende Krankheiten Versicherungsvorbehalte (beschränkt auf höchstens fünf Jahre) anbringen und die Versicherungsbeiträge nach dem Eintrittsalter der

Versicherten abstufen. Schliesslich fehlt der Krankenversicherung ein Merkmal, das in allen übrigen Sozialversicherungen vorhanden ist: Die Beiträge der Versicherten sind nicht nach deren Einkommen abgestuft, sondern es werden individuelle Kopfbeiträge erhoben. Es fehlt mit anderen Worten die Solidarität Reich/Arm. Etwas aufgewogen wird dieser Mangel durch Beiträge der öffentlichen Hand an die Krankenkassen und den hohen Anteil der Beiträge der Kantone an die Finanzierung von Spitälern.

Dieses noch sehr stark von privatwirtschaftlichen Elementen durchdrungene System der freiwilligen Krankenversicherung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten relativ gut bewährt. War die Krankenversicherung anfänglich für Personen in bescheideneren Verhältnissen gedacht, so entwickelte sie sich mit der Zeit zu einer eigentlichen Volksversicherung. Im Jahre 1945 war bei den Krankenkassen knapp die Hälfte der Bevölkerung versichert. Zwanzig Jahre später waren es bereits über 80 Prozent, und heute dürfte fast die ganze Bevölkerung bei einer Krankenkasse versichert sein. Dazu beigetragen hat sicher der Umstand, dass mit den steigen-

Im Vergleich zu den übrigen Sozialversicherungen ist bei der Krankenversicherung das soziale Element sehr schwach.

den Gesundheitskosten das Risiko Krankheit auch für wirtschaftlich besser gestellte Personen nicht mehr ohne Versicherung tragbar war. Zudem hatten die Krankenkassen dank der Bundesbeiträge und des im Gesetz enthaltenen Grundsatzes des Tarifschutzes einen entscheidenden Konkurrenzvorteil gegenüber den rein privatwirtschaftlichen Versicherern. Die soziale Krankenversicherung verschafft heute praktisch der

gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer in unserem Land sehr hochstehenden medizinischen Versorgung.

In den vergangenen Jahren sind die Schwächen unseres Systems der Krankenversicherung indessen drastisch zutage getreten. Sie werden oft unter dem Stichwort Entsolidarisierung zusammengefasst. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass der Versicherte seine Krankenkasse nicht ohne weiteres wechseln kann. Wechselt der Versicherte seine Kasse aus freien Stücken, wird er nämlich wie ein Bewerber behandelt, der bisher nicht versichert war, das heisst die Regelungen über Höchsteintrittsalter, Versicherungsvorbehalte und Abstufung der Versicherungsbeiträge nach Eintrittsalter werden angewendet. Ist der Versicherte indessen aus bestimmten Gründen gezwungen, seine bisherige Krankenkasse zu verlassen, beispielsweise wegen eines Wechsels seines Wohnortes oder seiner beruflichen Tätigkeit oder weil die Kasse sich auflöst, hat er zwar das Recht, ohne neue Versicherungsvorbehalte einer anderen Kasse seiner Wahl beizutreten. Die Kasse kann ihm nicht ihre Regelung über das Höchsteintrittsalter entgegenhalten, sie kann aber die Versicherungsbeiträge nach dem Eintrittsalter abstufen. Der Versicherte entrichtet also nach einem Wechsel der Kasse, sei es aus freien Stücken oder auf-

grund eines Anspruches auf Freizügigkeit, einen höheren Versicherungsbeitrag als Versicherte, die der betreffenden Kasse bereits in jüngeren Jahren beigetreten sind. Ab einem bestimmten Alter ist deshalb ein freiwilliger Wechsel der Krankenkasse nur noch mit grossen Nachteilen, das heisst praktisch nicht mehr möglich. Gleiches gilt für Personen, die bereits einmal ernsthaft erkrankt sind.

Jede Auflösung einer Krankenkasse benachteiligt also die älteren Versicherten dieser Kasse. Wieviele Personen davon betroffen sind, ist nicht bekannt. Wenn man jedoch weiss, dass es im Jahre 1970 noch über 800 Krankenkassen gab und heute noch etwa 200 Krankenkassen existieren, kann man davon ausgehen, dass die Zahl der so Benachteiligten in die Hunderttausende geht. Ältere Versicherte werden aber auch durch die Neugründung von Krankenkassen benachteiligt. Einerseits können sie diesen Krankenkassen praktisch nicht beitreten, andererseits verschlechtern die jüngeren Versicherten durch ihren Austritt die Zusammensetzung ihrer bisherigen Krankenkasse, das heisst der Altersdurchschnitt der Kasse steigt, sie überaltert und wird damit für die verbleibenden Versicherten teurer. Seit dem Jahre 1970 wurden neben 8 Betriebskrankenkassen insgesamt 11 für alle offene Krankenkassen neu anerkannt. Letztere umfassen

heute zusammen etwa 250 000 Versicherte. Diese Zahlen sind bei insgesamt 6,8 Mio Versicherten nicht sehr spektakulär. Dabei ist aber zu beachten, dass auch schon längst bestehende Krankenkassen sich ähnlich Vorteile verschaffen können wie neu gegründete Krankenkassen, nämlich einerseits durch die Ausdehnung ihrer faktischen Tätigkeit in Gebieten, in welchen sie bisher keine oder fast keine Versicherte hatten, und andererseits durch die Kollektivversicherung. Die Kollektivversicherung bildet nämlich in-

Jede Auflösung einer Krankenkasse benachteiligt die älteren Versicherten dieser Kasse.

nerhalb einer Krankenkasse eine eigene Risikogemeinschaft. Sie umfasst zudem meistens nur erwerbstätige Personen. Das Erstaunliche ist im Grunde genommen, dass diese Mängel unseres Systems der Krankenversicherung erst seit einigen Jahren mit aller Deutlichkeit zutage getreten sind. Beschrieben sind sie bereits in der Botschaft des Bundesrates vom 10. Dezember 1906 (vgl. Kasten).

Behebung der Mängel

Die oben beschriebenen Mängel des heutigen Systems machen im Grunde von selbst deutlich, was geändert werden muss, um die Solidarität zugunsten der älteren und bereits erkrankten Personen zu festigen und zu sichern. Zunächst sind die Nachteile beim Übertritt in eine andere Krankenkasse durch Einführung der vollen und uneingeschränkten Freizügigkeit der Versicherten zu beseitigen. Jeder Versicherte soll das Recht erhalten, seinen Versicherer frei zu wählen und zu wechseln. Höchsteintrittsalter, Abstufung der Versicherungsbeiträge nach dem Eintrittsalter und Versicherungsvorbehalte sollen deshalb abgeschafft werden. Da Versicherungsvorbehal-

Aus der Botschaft des Bundesrates vom 10. Dezember 1906 (BBI 1906 VI 259)

«Die ältern Mitglieder, die ausserstande sind, sich anderswo zu versichern, sind eben genötigt, sich diese Verschlimmerung ihrer Lage (*gemeint ist die Kürzung von Leistungen*) gefallen zu lassen. Dagegen wird die Rekrutierung junger Elemente von Jahr zu Jahr schwieriger, das Durchschnittsalter der Versicherten nimmt zu und die Katastrophe wird beschleunigt. Lieber, als einer wegen des hohen Durchschnittsalters ihrer Mitglieder kostspieligen Kasse beizutreten, gründen die jungen Leute unter sich eine neue Kasse. Sie verfallen dabei oft in dieselben Irrungen wie ihre Vorgänger und gehen so demselben Schicksale entgegen. Daher kommt im Leben so vieler Kassen die unvermeidliche Aufeinanderfolge dreier Perioden vor: die allzu grosse Billigkeit und der scheinbar blühende Stand beim Beginn, wenn das Durchschnittsalter der Versicherten ein niedriges ist, die laufenden Ausgaben infolgedessen gering sind, und man nicht in Voraussicht auf das Älterwerden der Versicherten die nötigen Reserven bestellt, – dann die Erhöhung des Durchschnittsalters, und also der Ausgaben, die Notwendigkeit, die Beiträge zu erhöhen oder die Leistungen herabzusetzen, stationärer Zustand, steigende Schwierigkeit bei der Rekrutierung, – endlich der Zusammenbruch, plötzlich oder langsam, aufsehenerregend oder unauffällig.»

te und Prämienabstufungen nach dem Eintrittsalter aber typische und auch notwendige Regelungen einer freiwilligen Versicherung sind, kann die volle Freizügigkeit nur im Rahmen einer obligatorischen Versicherung ohne Einschränkungen verwirklicht werden.

Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ist also kein Ziel an sich, sondern Mittel zum Zweck, ein notwendiges Mittel zur Sicherung der Solidarität. Das Obligatorium soll aber nicht dazu führen, alles über den gleichen Leisten zu schlagen. Es wird weiterhin eine Vielzahl von privatrechtlich organisierten und autonomen Versicherern geben. Neben den Krankenkassen sollen auch private Versicherungsgesellschaften die soziale Krankenversicherung durchführen können, wenn sie bereit sind, dies zu den gleichen Bedingungen zu tun (Grundsatz der gleich langen Spiese). Die Versicherer werden die Prämien der Versicherten autonom festlegen, das heisst es wird weiterhin Prämienunterschiede zwischen den einzelnen Versicherern geben. Unangetastet bleibt auch die Möglichkeit von Prämienabstufungen nach Kantonen und innerhalb eines Kantons. Im weiteren sieht der Entwurf ausdrücklich vor, dass die Versicherer für alternative Versicherungsformen (höhere Kostenbeteiligungen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer, Bonusversicherung) Prämienermässigungen anbieten können. Die Einführung eines Versicherungsobligatoriums muss also nicht mit einer einheitlichen und starren Form der Versicherung gleichgesetzt werden. Die vorgeschlagene obligatorische Krankenversicherung setzt Rahmenbedingungen, innerhalb deren sich der Versicherte bewegen und wählen kann. Damit soll gleichzeitig zum Zwecke der Kosteneindämmung die Konkurrenz unter den Versicherern verstärkt werden (vgl. unten Ziff. 3).

Das Versicherungsobligatorium festigt nicht nur die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, es

ermöglicht auch, die Solidarität zugunsten der wirtschaftlich Schlechtergestellten einzuführen. In einer freiwilligen Versicherung müssen nämlich die Bundesbeiträge zur Abgeltung der gesetzlichen Auflagen (Aufnahmepflicht, Leistungskatalog, Ausgleich der Kostenunterschiede Mann/Frau) eingesetzt werden. In einer obligatorischen Versicherung ist dies nicht mehr nötig, weil das Ausweichen in Versicherungen, die diese Auflagen nicht kennen, nicht möglich ist. Die Bundesbeiträge können deshalb zur gezielten Prämienverbilligung zugunsten von wirtschaftlich schwächeren Versicherten eingesetzt werden. Der Entwurf sieht denn auch vor, dass sowohl die Bundesbeiträge (insgesamt 2 Mia Fr.) wie auch die Beiträge der Kantone (insgesamt 1 Mia Fr.) ausschliesslich zur individuellen Prämienverbilligung eingesetzt werden.

2. Kosteneindämmung

Dass die Kosteneindämmung ein wichtiges Element einer Revision der Krankenversicherung sein muss, bedarf keiner langen Begründung. Die Zahlen sprechen für sich. Im Jahre 1966 betragen die Kosten der Krankenkassen je Versicherten noch Fr. 141.91, im Jahre 1991 lagen diese Kosten bei Fr. 1453.90. Dies entspricht einer Zunahme um 924,5 Prozent. Im gleichen Zeitraum ist der Index der Konsumentenpreise um 171,7 Prozent und der BIGA-Lohnindex um 314,5 Prozent angestiegen. Von Bedeutung ist vor allem das Auseinanderklaffen von Lohnindex und Steigerung der Krankenpflegekosten. Die Zahlen bedeuten, dass die Versicherten einen immer grösseren Teil ihres Einkommens für die Krankenversicherung aufbringen mussten. Die Prämien für die Krankenkasse sind heute zu einem bedeutenden Ausgabeposten und deshalb zu einem Politikum geworden.

So einfach es ist, die Notwendigkeit der Kosteneindämmung in der Krankenversicherung zu begrün-

den, so schwierig ist es, die Kosten tatsächlich einzudämmen, weil die Ursachen der Kostensteigerung sehr vielfältig sind. Einige der Ursachen können und wollen wir zudem gar nicht ändern. Ich denke an den medizinischen Fortschritt und an die Zunahme der Lebenserwartung. Zudem sind wir alle in unserer Haltung gegenüber den Kosten der Krankenversicherung, genauer des Gesundheitswesens, ambivalent. Als Prämienzahler sind uns die Kosten zu hoch. Sind wir aber selber ernsthaft krank, erwarten wir die beste Versorgung und Betreuung und fragen nicht nach deren Kosten. Es besteht ein grosser Konsens über die Notwendigkeit der Kosteneindämmung und ein ebenso grosser Dissens über die zu ergreifenden Massnahmen. Man ist sich höchstens darin einig, dass die Kosteneindämmung «bei den anderen» stattfinden muss. Daraus kann man eine wichtige Erkenntnis gewinnen: Eine wirksame Kosteneindämmung muss alle treffen. Bleibt noch die

Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ist kein Ziel an sich, sondern Mittel zum Zweck, ein notwendiges Mittel zur Sicherung der Solidarität.

Frage, wie die Kosten am besten eingedämmt werden. Hier gibt es, etwas typisiert gesprochen, zwei divergierende Ansichten. Die einen setzen ihre Hoffnung auf den Markt, die anderen auf den Staat. Der Entwurf des Bundesrates gibt beiden Seiten und damit keiner von beiden recht. Der Entwurf will sowohl bei den Versicherern wie bei den Leistungserbringern das Element der Konkurrenz fördern. Er will im weiteren die Selbstverantwortung der Versicherten verstärken. Damit setzt der Entwurf zunächst auf den Markt. Wenn man aber den Zweck einer sozialen

Krankenversicherung nicht verfehlen will, nämlich der ganzen Bevölkerung den Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Versorgung zu tragbaren Bedingungen zu ermöglichen, kann man auf ein ordnendes Eingreifen des Staates nicht verzichten.

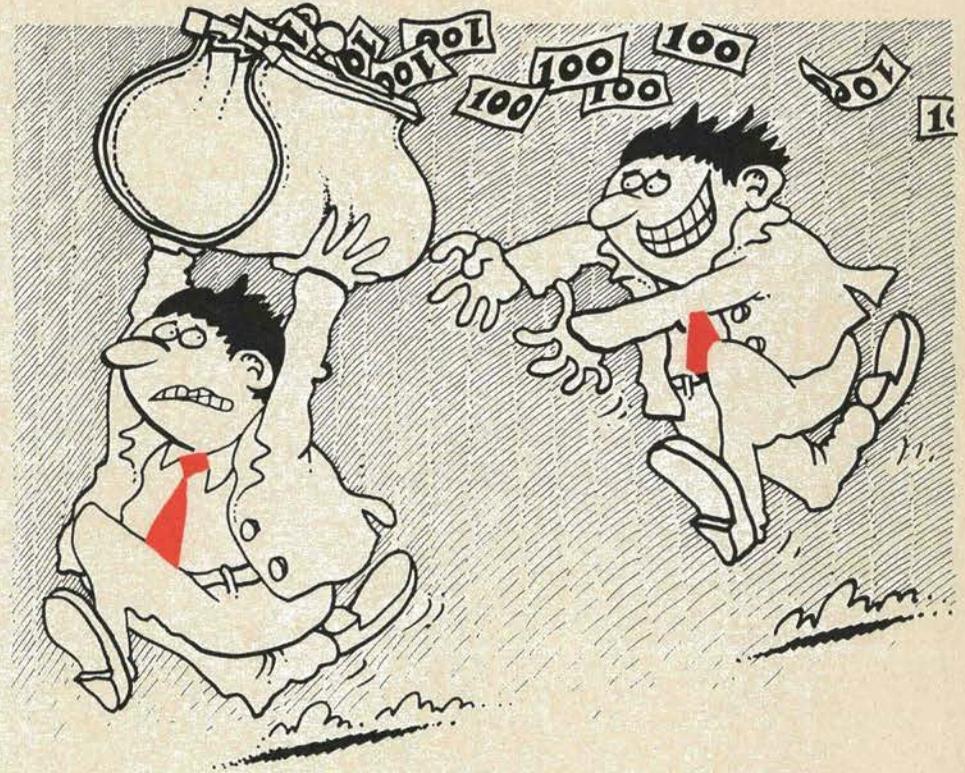
Marktwirtschaftliche Elemente zur Kosteneindämmung

Konkurrenz zwischen den Versicherern

Die Freizügigkeit der Versicherten

(Art. 7 des Entwurfes) wird die Konkurrenz unter den Versicherern ohne Zweifel verstärken. Jener Versicherer, der die Kosten am besten im Griff hat, sei es aufgrund günstiger Tarifverträge oder durch eine effiziente Kontrolle der Leistungsmenge, wird auch günstigere Prämien offerieren können. Der für eine Übergangszeit von 10 Jahren vorgesehene Risikoausgleich zwischen den Versicherern (Art. 97) wird daran nichts ändern, weil der Ausgleich nicht gestützt auf die konkreten Kostenunterschiede zwischen den einzelnen Versicherern, sondern aufgrund objektiver Kriterien (Zusammensetzung der Bestände der Versicherer nach Alter und Geschlecht) vorgenommen wird.

Bereits dem geltenden Recht entspricht, dass die Leistungen gestützt auf Tarife zu vergüten sind (Tarifschutz, Art. 38). Diese Tarife kommen in erster Linie gestützt auf *Tarifverträge* zwischen Versicherern und Leistungserbringern zustande (Art. 37 Abs. 4). Behördlich festgelegte Tarife wird es wie im geltenden Recht nur bei den Arzneimitteln und den Laboranalysen geben (Art. 44). Der Tarifvertrag soll stärker als heute zu einem Element der Konkurrenz zwischen den Versicherern und damit auch zwischen den Leistungserbringern werden. Der Entwurf erwähnt deshalb ausdrücklich neben dem heute in der ambulanten Behandlung praktisch ausschliesslich angewendeten (aber durch das heutige KUVG nicht etwa vorgeschriebenen) Einzelleistungstarif auch den Zeittarif und den Pau-



Die Kosten laufen immer schneller davon... (Zeichnung: pécut)

schaltarif (Art. 37 Abs. 2 und 3). Diese Konkurrenz wird nur spielen, wenn die bestehenden Tarifkartelle zwischen den Verbänden der Krankenkassen und jenen der Leistungserbringer aufgebrochen werden. Der Entwurf schliesst zwar die Möglichkeit von Tarifverträgen zwischen Verbänden auch künftig nicht aus. Aber diese Verbandsverträge sollen für die Mitglieder der Verbände nicht mehr automatisch, sondern erst gestützt auf eine ausdrückliche Beitrittserklärung gelten (Art. 39 Abs. 2). Es wird also nicht mehr möglich sein, im Tarifvertrag die Verbandsmitglieder zum Vertragsbeitritt zu verpflichten. Der Tarifvertrag zwischen Verbänden soll auch Versicherern und Leistungserbringern, die nicht Verbandsmitglieder sind, offenstehen (Art. 39 Abs. 2). Damit ist gleichzeitig auch gesagt, dass im Gegensatz zum geltenden Recht (Art. 16 KUVG) die Ärzte kein Beitrittsrecht zu allen Tarifverträgen haben.

Den zweiten Faktor der Kosten bildet die Menge der in Anspruch genommenen Leistungen. Hier soll

die Konkurrenz zwischen den Versicherern einen Anreiz zu vermehrter *Kostenkontrolle* bilden. Eine wichtige Rolle werden dabei die Vertrauensärzte spielen. Der Vertrauensarzt ist eine Art Mittler zwischen Versicherer und Leistungserbringer, weil er vom Leistungserbringer medizinische Angaben erhalten kann, die er in dieser «Originalform» aus Gründen des Schutzes der Persönlichkeit des Versicherten nicht unbedingt an die übrigen Stellen beim Versicherer weiterleiten darf. Die Voraussetzungen für die Wahl des Vertrauensarztes durch den Versicherer sowie seine Rechte und Pflichten werden deshalb im Entwurf eingehend geregelt (Art. 49). Eine wirksame Kostenkontrolle wird den Versicherern aber nur möglich sein, wenn ihnen durch entsprechende gesetzliche Vorschriften und behördliche Massnahmen die nötigen Instrumente zur Verfügung gestellt werden. Zudem muss zur Begrenzung der Menge der Leistungen auch das Verhalten der Versicherten und der Leistungserbringer beeinflusst werden.

Anreize zur Kosteneindämmung bei den Versicherten

Anreize zur Kosteneindämmung durch die Versicherten können darin bestehen, dass diese bei der Inanspruchnahme von Leistungen einen Teil der Kosten selber tragen müssen, die Versicherung also die Leistungen nicht vollständig deckt. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass der Versicherte durch sein Verhalten die Höhe seiner Prämie beeinflussen kann.

Bereits das geltende Recht kennt die *Kostenbeteiligung* der Versicherten. Der Entwurf übernimmt diese Regelung weitgehend (vgl. Art. 56), insbesondere soll der Selbstbehalt weiterhin bei 10 Prozent bleiben. Die Kostenbeteiligung soll aber auch bei Spitalbehandlung gelten. Damit wird vermieden, dass eine in der Regel teurere stationäre Behandlung einer ambulanten Behandlung nur deshalb vorgezogen wird, weil keine Kostenbeteiligung entrichtet werden muss. Zudem sollen die Versicherten bei stationärer Behandlung einen Beitrag an die Aufenthaltskosten entrichten. Neu ist auch, dass der Bundesrat in einer Verordnung die Höhe der Kostenbeteiligung variieren kann, indem für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung erhöht (die Botschaft nennt als Beispiel die Physiotherapie) und für andere herabgesetzt oder völlig aufgehoben werden kann (die Botschaft nennt als Beispiel die Hämodialysen).

In den Bestimmungen, dass die Krankenversicherung bei bestimmten Leistungen – nämlich bei Badekuren, bei den Transportkosten sowie bei Mitteln und Gegenständen – nicht unbedingt die vollen Kosten, sondern nur einen Beitrag an die Kosten übernimmt (Art. 19 Abs. 2 Bst. c und d und Art. 44 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), liegt ebenfalls ein Element der Kostenbeteiligung, aber auch ein Anreiz für die Tarifpartner beziehungsweise die Leistungserbringer, die effektiven Kosten für diese Leistungen in Grenzen zu halten.

An sich beeinflusst der Versicherte durch sein Verhalten immer auch

die *Höhe der Prämie*, nur liegt dieser Zusammenhang heute höchstens noch in kleinen überschaubaren Krankenkassen unmittelbar auf der Hand. Die ständig steigenden Prämien können heute sogar einen negativen Einfluss auf die Kostenentwicklung haben, indem die Versicherten für ihre hohen Prämien auch einen Gegenwert haben möchten. Eine kostendämmende Wirkung über die Prämie ist deshalb praktisch nur möglich, indem dem Versicherten die Möglichkeit gegeben wird, besondere Formen der Versicherung zu wählen, in welchen die Prämien günstiger angesetzt werden können.

Die heute am stärksten verbreitete und auch im Entwurf vorgesehene *besondere Versicherungsform* ist die Möglichkeit der Wahl einer höheren Jahresfranchise. Ähnlich wirkt die sogenannte Bonusversicherung, bei welcher sich die Prämie vermindert, wenn während einer bestimmten Zeit keine Leistungen in Anspruch genommen werden (Art. 54 Abs. 2). Bei beiden Versicherungsformen besteht die Gefahr, dass sie nur von Personen gewählt werden, die ohnehin gesund sind und deshalb gar keine Leistungen in Anspruch nehmen müssen. Die Prämienverminderung könnte deshalb auch zu einer Entsolidarisierung zwischen gesunden und kranken Versicherten führen. Aus diesem Grund soll der Bundesrat Höchstgrenzen für die Prämienvermindierungen vorsehen können (Art. 54 Abs. 3).

Eine besondere Versicherungsform kann auch darin bestehen, dass der Versicherte sich verpflichtet, seine Leistungen nur bei bestimmten Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen (Art. 36 Abs. 4). Er kann also beispielsweise auf seine freie Arztwahl verzichten, indem er nur eine bestimmte Gruppe von Ärzten aufsucht. Das ist die Versicherungsform der HMO. Denkbar wäre aber beispielsweise auch, dass sich der Versicherte bei einem Hausarzt einschreibt und sich verpflichtet, Spezialärzte nur nach

einer Zuweisung durch diesen Hausarzt aufzusuchen. Im Gegensatz zu höherer Jahresfranchise und Bonusversicherung liegt bei diesen Versicherungsformen der Grund für die Prämienverminderung nicht sogleich auf der Hand. Der kostendämmende Effekt liegt hier darin, dass der Versicherer mit ausgewählten Leistungserbringern einen besonderen Tarifvertrag abschliessen kann. In diesem Tarifvertrag kann ein Vergütungssystem vorgesehen werden, das auch für die Leistungserbringer Anreize zu Kosteneindämmung enthält, beispielsweise in Form von pauschalen Vergütungen, bei welchen der Verdienst des Leistungserbringers nicht mehr direkt von den im einzelnen erbrachten Leistungen abhängt.

Staatliche Vorschriften und Eingriffe

Instrumente zur Kostenkontrolle

Ausgangspunkt für die Kostenkontrolle durch die Versicherer bildet der bereits im geltenden Recht enthaltene Grundsatz, dass sich die Leistungserbringer an das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu halten haben. Verletzen die Leistungserbringer dieses Gebot, kann der Versicherer die Vergütung verweigern oder bereits erbrachte Leistungen zurückfordern. Dies soll künftig im Gesetz ausdrücklich festgehalten werden (Art. 48). Heute beruht diese Sanktion lediglich auf der Gerichtspraxis. Die Versicherer können die Kosten nur kontrollieren, wenn ihnen die nötigen Angaben zur Verfügung stehen. Den Leistungserbringern wird deshalb vorgeschrieben, dass sie in ihren Rechnungen alle Angaben machen müssen, die zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nötig sind. Darunter fallen ausdrücklich auch medizinische Angaben. Diese dürfen aber, wenn der Versicherte es verlangt, nur dem Vertrauensarzt der Kasse gemacht werden (Art. 36 Abs. 3–5). Überhaupt bildet das Vorhandensein von gesicherten Angaben eine wichtige Grundlage für die Kosteneindämmung. Aus diesem Grund soll die

Statistik über die Krankenversicherung ausgebaut werden (Art. 18). Schliesslich werden die Spitäler verpflichtet, ihre Kosten und ihre Leistungen an die Versicherer nach einer einheitlichen Methode zu erfassen (Art. 42 Abs. 6). Dies erlaubt die Durchführung von Betriebsvergleichen zwischen den Spitalern. Gestützt auf solche Betriebsvergleiche können die Versicherer den Tarifvertrag mit einem unwirtschaftlich arbeitenden Spital kündigen und eine Senkung des Tarifes verlangen (Art. 42 Abs. 7).

Massnahmen im Tarifrecht

Die Tarifverträge bedürfen der Genehmigung durch die Kantonsregierung oder im Falle von gesamtschweizerisch gültigen Verträgen der Genehmigung des Bundesrates (Art. 39 Abs. 3). Diese Genehmigungspflicht entspricht dem geltenden Recht. Im Dreiecksverhältnis zwischen Versicherern, Leistungserbringern und Versicherten ist es nämlich nicht ausgeschlossen, dass sich die Tarifpartner sozusagen zu Lasten des abwesenden Dritten einigen. Aus diesem Grund ist es nur folgerichtig, wenn die Legitimation zur Beschwerde gegen solche Genehmigungsbeschlüsse weiterhin auch den Versicherten zusteht (Art. 45 Abs. 5).

Neu ist die Bestimmung, dass der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen kann (Art. 37 Abs. 6). Es geht darum, durch gewisse Leitlinien sicherzustellen, dass das allgemeine Gebot der Wirtschaftlichkeit auch bei den Tarifen beachtet wird. Zudem soll der Bundesrat auch für die Koordination mit den Tarifordnungen anderer Sozialversicherungen (obligatorische Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung) sorgen. Eine spezielle Bestimmung ist für die Einzelleistungstarife vorgesehen. Hier soll die Tarifstruktur, also die Bewertung der einzelnen Leistungen im Verhältnis zuein-

ander (Taxpunkte), in der ganzen Schweiz einheitlich sein (Art. 37 Abs. 4). Es wird Sache der Tarifpartner sein, diese Struktur zu vereinbaren. Lediglich wenn eine solche Vereinbarung nicht zustandekommt, hat sie der Bundesrat festzulegen (Art. 40 Abs. 4). Gestützt auf diese einheitliche Tarifstruktur wird in den einzelnen Tarifverträgen die Höhe der Vergütung (Taxpunktwert) vereinbart. Bezüglich der Tarifverträge mit den Spitalern ist im Entwurf vorgesehen, dass die Krankenversicherung höchstens 50 Prozent der Betriebskosten der öffentlichen Spitäler zu tragen hat (Art. 42 Abs. 1). Dies aus zwei Gründen. Die Spitalträger, welche mit ihren Entscheidungen die Höhe der Betriebskosten beeinflussen, sollen diese im Interesse der Kosteneindämmung nicht voll abwälzen können. Zudem hat die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Spitalkosten auch einen sozialen Aspekt, der bei einer Finanzierung der Krankenversicherung über individuelle Kopfbeiträge nötig ist.

Aus dem Grundsatz des Tarifschutzes folgt schliesslich, dass bei Fehlen eines Tarifvertrages eine Behörde, nämlich die Kantonsregierungen, die nötigen Vorkehren zu treffen hat. Die entsprechenden Regelungen (Art. 38 Abs. 3, Art. 40 und 41) entsprechen weitgehend dem geltenden Recht.

Spitalplanung

Während für Leistungserbringer in der ambulanten Behandlung weiterhin der Grundsatz gilt, dass zur Tätigkeit für die Krankenversicherung zugelassen ist, wer die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt, soll bei den Spitalern dieser Grundsatz nicht mehr gelten. Die Kantone haben eine Spitalplanung aufzustellen. Nur jene Spitäler, die dieser Planung entsprechen, können für die Krankenversicherung tätig sein. Die Kantone haben in ihren Planungen private Spitäler in angemessener Weise zu berücksichtigen. Sie dürfen diese also nicht zum vorneherein aus-

ihrer Planung ausschliessen (Art. 33 Abs. 1 Bst. d).

Ausserordentliche Massnahmen zur Kosteneindämmung

Im Grunde genommen stellt der Entwurf lediglich Instrumente zur Kosteneindämmung zur Verfügung. Es wird Sache der Versicherer, der

Die Beteiligung der öffentlichen Hand an den Spitalkosten hat auch einen sozialen Aspekt, der bei einer Finanzierung der Krankenversicherung über individuelle Kopfbeiträge nötig ist.

Leistungserbringer und der Versicherten sein, diese Instrumente zu benützen. Der Entwurf setzt also auf die Selbstverantwortung aller Beteiligten. Für den Fall, dass die Selbstverantwortung und die Eigeninitiative der Beteiligten nicht zum Ziel führt, enthält der Entwurf aber auch ausserordentliche Massnahmen zur Kosteneindämmung. Diese geben dem Bundesrat die Möglichkeit zu Eingriffen, welche die im ordentlichen Recht bestehenden Freiheiten, insbesondere die Tarifautonomie, weitgehend aufheben.

Vorgesehen ist, dass der Bundesrat für eine beschränkte Zeit in der Krankenversicherung ein *Globalbudget* einführen könnte. Damit würde der Umfang der Kosten, welche die Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung während eines bestimmten Zeitraumes (in der Regel eines Jahres) verrechnen können, zum vorneherein festgelegt. Wird am Ende der Budgetperiode festgestellt, dass das Budget wegen der Menge der in Rechnung gestellten Leistungen nicht eingehalten werden kann, müssen die Vergütungen für die einzelnen Leistungen entsprechend gekürzt werden. Das Globalbudget hätte also praktisch zur Folge, dass die Tarife für die ein-

zelen Leistungen vorerst nicht erhöht und am Ende des Jahres, je nach der Menge der erbrachten Leistungen, sogar gesenkt werden. Innerhalb eines gesamtschweizerischen Globalbudgets wären Unterbudgets für bestimmte Kantone und bestimmte Leistungserbringer denkbar. Möglich wäre auch, dass das Globalbudget zum vorneherein nur für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern (z. B. für Spitäler) oder in bestimmten Kantonen eingeführt wird.

Die zweite ausserordentliche Massnahme ist die Möglichkeit von Zulassungsbeschränkungen für neue Leistungserbringer. Auch diese Massnahme kann nur für eine befristete Zeit eingeführt werden. Neben der strikten Beschränkung der Zahl der Leistungserbringer im Verhältnis zur Zahl der Versicherten (Bedürfnisklausel) wären auch andere Massnahmen denkbar, beispielsweise die Verlängerung von Praktika oder die Tätigkeit im Rahmen von Sozialeinsätzen vor der Zulassung zur selbständigen Ausübung des Berufes.

3. Leistungen

In einer Sozialversicherung sind die Leistungen, die diese Versicherung gewährt, in der Regel durch das Gesetz vorgegeben. Dies ist in der heutigen Krankenversicherung nicht abschliessend der Fall. Die Krankenkassen sind lediglich verpflichtet, gewisse im Gesetz definierte Mindestleistungen zu übernehmen. Allerdings ist gleich beizufügen, dass dieser Katalog von Mindestleistungen sehr umfangreich ist. Er garantiert den Versicherten den Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Versorgung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Die grösste Lücke dürfte heute in der zeitlichen Beschränkung der Leistungspflicht bei stationärer Behandlung liegen. Die Krankenkassen haben die Leistungen bei stationärer Behandlung nur während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen zu entrichten. Minderjährige und

Bezüger einer Rente der Invalidenversicherung sind von dieser Beschränkung ausgenommen. Sie trifft also praktisch nur Personen im Rentenalter der AHV. Eine weitere Besonderheit unserer Krankenversicherung ist, dass sie die Zahnbehandlung nicht umfasst. Die Krankenkassen sind berechtigt, gestützt auf ihre eigenen Bestimmungen mehr als die Mindestleistungen zu versichern. Sie können dies auf zwei Arten tun, nämlich durch Einschluss dieser Leistungen in die Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) oder durch das Angebot von besonderen Zusatzversicherungen. In der Praxis werden beide Wege gleichzeitig gewählt. Dies und die Autonomie der Krankenkassen führt dazu, dass das Leistungsangebot der Krankenkassen sehr unübersichtlich ist, was beispielsweise Prämienvergleiche zwischen den Krankenkassen erschwert. Für die Zusatzversicherungen gilt das Krankenversicherungsgesetz einschliesslich der Bestimmungen über das versicherungsgerichtliche Verfahren. Die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) hält indessen fest, dass für die Zusatzversicherungen nicht alle, sondern nur die wichtigsten Grundsätze des Gesetzes zu beachten sind, insbesondere der Grundsatz der Gegenseitigkeit. Daraus folgt beispielsweise, dass die Vorschriften über die Prämien (bisher die Differenz zwischen Männer- und Frauenprämie von 10%, nun die Prämienungleichheit Mann/Frau) auch für die Zusatzversicherungen gelten. Einzelne Bestimmungen des Gesetzes sind nach der Rechtsprechung für die Zusatzversicherungen hingegen nicht anwendbar, beispielweise die Aufnahmepflicht. Die Krankenkassen können also den Abschluss einer Zusatzversicherung wegen eines hohen Krankheitsrisikos ablehnen. Schliessen sie eine Zusatzversicherung ab, müssen sie aber die Vorschriften über die beschränkte Dauer von Versicherungsvorbehalten (5 Jahre) beachten.

In der obligatorischen Krankenversicherung kann diese Vermischung zwischen gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen, statutarischen Zusatzleistungen in der Grundversicherung und Zusatzversicherungen nicht mehr weiterbestehen. Vor allem der Grundsatz der Freizügigkeit verlangt, dass auch klar definiert ist, auf welche Leistungen sich die Freizügigkeit bezieht. Zudem dient eine klare Trennung zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherungen auch der Transparenz. Der Entwurf umschreibt deshalb die Leistungen der obligatorischen Versicherung abschliessend und verbindlich (Art. 28 Abs. 1). Die Zusatzversicherungen sollen sich nach dem Vertragsrecht, das heisst nach dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag richten (Art. 9 Abs. 2 und 3). Das gilt auch für den Rechtsweg. Jede andere Lösung würde bedeuten, dass die Zusatzversicherungen nicht von allen Versicherten nach den gleichen Grundsätzen durchgeführt werden. Die privaten Versicherungsgesellschaften führen nämlich die Zusatz-

Die grösste Lücke dürfte heute in der zeitlichen Beschränkung der Leistungspflicht bei stationärer Behandlung liegen.

versicherungen auf jeden Fall nach dem privaten Vertragsrecht durch.

Der Ausschluss von statutarischen Zusatzleistungen in der Grundversicherung bedeutet, dass bestehende Lücken im Versicherungsschutz, die als stossend empfunden werden, durch die Erweiterung des gesetzlichen Leistungskatalogs geschlossen werden müssen. Dazu zählt in erster Linie die Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Leistungspflicht bei stationärer Behandlung. Dies wiederum hat zur

Folge, dass klar unterschieden werden muss zwischen Leistungen im Spital und Leistungen im Pflegeheim. Aus dem Grundsatz des Tarifschutzes folgt nämlich, dass mit den tariflich festgelegten Vergütungen die Behandlungskosten vollständig abgegolten sind, dem Versicherten also für den Aufenthalt im Spital nicht noch zusätzliche Kosten in Rechnung gestellt werden können (Art. 42 Abs. 4). Im Pflegeheim würde dieser Grundsatz indessen zu weit gehen, das heisst er würde die Krankenversicherung überfordern. Dort ist deshalb vorgesehen, dass die Krankenversicherung die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Behandlung übernehmen muss (Art. 43). Darin eingeschlossen sind auch die Leistungen bei Hauskrankenpflege, die nach dem Entwurf ebenfalls deutlich erweitert werden sollen, insbesondere durch den Einbezug von allgemeinen pflegerischen Leistungen (Art. 19 Abs. 2 Bst. a). Dem Versicherten können also im Pflegeheim weitergehende Pensions- und Aufenthaltskosten separat verrechnet werden. Neu sollen auch präventive Massnahmen zum Leistungskatalog der Krankenpflegeversicherung zählen (Art. 20), und im Bereich der Zahnbehandlung sollen gewisse Behandlungen von Zahnärzten übernommen werden können, insbesondere solche, die auf schwere Erkrankungen zurückzuführen sind, die die Zähne indirekt mitgeschädigt haben (Art. 25). Ausgeschlossen bleibt aber weiterhin die Zahnbehandlung im klassischen Sinn (Behandlung von Karies).

Wie im geltenden Recht, bedeutet der gesetzliche Leistungskatalog noch nicht, dass jede Behandlung eines zugelassenen Leistungserbringers automatisch auch von der Krankenversicherung übernommen werden muss. Es gilt der Grundsatz, dass die Leistungen nur übernommen werden müssen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Art. 26). Für Ärzte und Chiropraktoren gilt die gesetzliche Ver-

mutung, dass ihre Leistungen diese Voraussetzungen erfüllen, das heisst die Leistungspflicht entfällt nur, wenn das Fehlen einer dieser Voraussetzungen (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) für eine bestimmte Form der Therapie ausdrücklich festgestellt worden ist. Bei den übrigen Leistungserbringern werden hingegen nur jene Leistungen übernommen, die ausdrücklich in einer Verordnung als solche definiert worden sind. Gleiches gilt für Leistungen der Prävention und für zahnärztliche Behandlungen. Bei seinen Entscheiden über die Leistungspflicht wird sich der Bundesrat (faktisch dürfte es sich wie heute um Entscheide des Departementes des Innern handeln) wie heute auf die Beratungen von Fachkommissionen abstützen.

Schlusswort

Die Mängel der heutigen Krankenversicherung sind offensichtlich, und sie werden praktisch von Tag zu Tag deutlicher sichtbar. Eine Revision des Gesetzes ist daher dringend geboten. Ob es nun die hier dargestellte Vorlage sein soll, wird der Gesetzgeber zu entscheiden haben. Gewisse Änderungen sind sicher noch möglich, aber die Grundrichtung der Vorlage könnte nur um den Preis einer neuen Vorlage und damit einer erheblichen Verzögerung der Revision des Gesetzes erreicht werden. Ziel der angestrebten Revision ist es, die positiven Aspekte unserer heutigen Krankenversicherung zu erhalten und zu festigen. Dazu zählt in erster Linie, dass die Krankenversicherung Voraussetzung und gleichzeitig Konsequenz eines föderalistisch ausgestalteten Gesundheitswesens bleiben soll. Eine möglichst dezentrale Organisation von Gesundheitswesen und Krankenversicherung entspricht nicht nur dem menschlichen Bedürfnis, bei Krankheit nicht von einer grossen, zentral gelenkten Organisation, sondern von Menschen behandelt zu werden,

die bereit und in der Lage sind, auf die konkreten Bedürfnisse des Kranken einzugehen. Dezentrale Strukturen des Gesundheitswesens und eine Vielfalt von Trägern der Krankenversicherung bieten überdies die Grundlage, dass das optimale Verhältnis zwischen Kosten und Qualität des Gesundheitswesens

Die Mängel der heutigen Krankenversicherung sind offensichtlich, und sie werden praktisch von Tag zu Tag deutlicher sichtbar.

auch mit den Mitteln der Konkurrenz und der Selbstverantwortung angestrebt werden kann. Das ist der entscheidende Vorteil der Vorlage des Bundesrates im Vergleich zum Gegenmodell einer nach dem Vorbild der AHV finanzierten Krankenversicherung. Die vermeintliche Einfachheit in der Struktur und der Finanzierung der Krankenversicherung würde dort eingetauscht gegen sehr komplexe staatliche Instrumente zur Kostenkontrolle. Das andere denkbare Gegenmodell, die von Regelungen durch den Staat konsequent und vollständig befreite und nur noch dem Vertragsrecht und den Mechanismen des Marktes unterworfenen Krankenversicherung, wäre eine ihres sozialen Charakters beraubte Krankenversicherung. Der seit dem Jahre 1890 bestehende Verfassungsauftrag würde damit nicht mehr erfüllt. —

Krankenversicherung – immer unterwegs

VON STÄNDERAT HANS JÖRG HUBER*

* Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Zurzach (AG)

Es gibt wohl keinen modernen Wohlfahrtsstaat, bei dem die Belange der sozialen Krankenversicherung nicht ständig in Bewegung sind, sei sie nun für die Gesamtheit der Einwohner, obligatorisch oder freiwillig, oder auch nur für einzelne soziale Schichten eingerichtet. Mit einem Verfassungsartikel aus dem Jahre 1890, mit einem Gesetz von

1911, in Kraft getreten 1914, gilt das uneingeschränkt auch für die Schweiz. Der Bundesrat macht in seiner Botschaft zu Recht darauf aufmerksam, dass alle nur möglichen Reformansätze zu allen möglichen Zeiten behandelt, geändert, verworfen wurden. Nur eines ist bis heute nicht gelungen: eine mit neuem Inhalt ausgestattete Totalrevisi-

Reform der Krankenversicherung

Die wichtigsten Beschlüsse des Ständerates vom 17. Dezember 1992

1. Solidarität

Hier ist der Ständerat den Anträgen des Bundesrates gefolgt. Keine Änderungen, die den Grundgehalt der Vorlage berühren würden.

2. Kosteneindämmung

Das Konzept des Bundesrates, die marktwirtschaftlichen Elemente zur Kosteneindämmung zu verstärken und diese durch staatliche Vorschriften und Eingriffe zu ergänzen, wird ohne grundlegende Änderungen übernommen. Zu erwähnen sind folgende Änderungen:

- Die Abgabe von Medikamenten durch die Ärzte (Selbstdispensation) soll weiterhin ausschliesslich durch die Kantone geregelt werden. Nach dem Entwurf des Bundesrates könnte dieser die Voraussetzungen näher umschreiben.
- Die Versicherer sollen ihre Vertrauensärzte nur nach Zustimmung der kantonalen Ärztesellschaften einstellen dürfen. Der Bundesrat verlangt lediglich eine Anhörung der kantonalen Ärztesellschaften.
- Das Beschwerderecht der Versicherten gegen die Genehmigung von Tarifverträgen durch die Kantonsregierung wird entgegen den allgemeinen Grundsätzen der Beschwerdelegitimation und entgegen dem Antrag des Bundesrates ausgeschlossen.
- Die staatlichen Vorschriften zur Kosteneindämmung werden ergänzt durch eine Verpflichtung der Tarifpartner, in den Tarifverträgen Massnahmen gegen eine unnötige Wiederholung von diagnostischen Massnahmen vorzusehen (Art. 48 Abs. 5). Im Rahmen der Qualitätssicherung sollen besondere Auflagen an die Leistungserbringer für die Durchführung von sehr aufwendigen Behandlungen gemacht werden können (Art. 50 Abs. 3 Bst. b).
- Kinder bis zum 6. Altersjahr werden von der Kostenbeteiligung ausgenommen.

Die bedeutendste Änderung betrifft die ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung (Art. 46 und 47). Das Instrument der Globalbudgetierung wird nur noch für den stationären Bereich vorgesehen. Diese soll zudem durch die Kantone und nicht durch den Bundesrat eingeführt werden können. Das Instrument der Zulassungsbeschränkung wird gestrichen. An seine Stelle tritt die Möglichkeit der Einführung eines Tarifstopps. Zuständig wäre jene Behörde, die den Tarifvertrag genehmigt hat, in der Regel also die Kantonsregierung und bei gesamtschweizerischen Tarifen der Bundesrat, oder das Eidgenössische Departement des Innern bei den von ihm oder vom Bundesamt für Sozialversicherung festgelegten Tarifen (Arzneimittel, Analysen, Mittel und Gegenstände).

3. Leistungen

Der Grundsatz (abschliessende Umschreibung der Leistungspflicht im Gesetz, Zusatzversicherungen nach Vertragsrecht) wird übernommen, ebenso die Umschreibung des Leistungskatalogs. Die beiden einzigen Änderungen bei den Transportkosten und den zahnärztlichen Behandlungen werden geringe praktische Auswirkungen haben.

sion der Krankenversicherung zu schaffen, die eine breite Akzeptanz findet.

Dabei ist die Qualität unserer Gesundheitsversorgung anerkannt: Medizin, Pflege, Pharmazie, Versicherung, ihre Nähe zum Bürger, die soziale Zugänglichkeit haben sich gut entwickelt. Aber es ist zuzugeben auf der anderen Seite: die demographischen Umschichtungen in der Bevölkerung, die Kostenentwicklung und die für unsere Zeit typische Desolidarisierung bedrängen das System intensiv. Und weil die Kosten letztlich zum grossen Teil nicht über anonyme Steuern, wie etwa bei der Bildungspolitik, sondern über handfeste Eigenleistung der Bürger gedeckt werden müssen, bleiben die politische und soziale Unrast, die Interessengegensätze und die fatalen Verteilungskämpfe nicht aus. Im politischen Bereich folgen sich die Reformvorstösse, die Reformprojekte – ohne Erfolg schon im Parlament, geschweige denn in der Volksabstimmung.

Im Rückblick kann gesagt werden, dass die entsprechende Zäsur, die strategische Weichenstellung des Bundesrates nach dem erneuten Scheitern einer guten Vorlage am 6. Dezember 1987 erfolgte: in einem gründlichen Verfahren sollte eine Totalrevision versucht werden.

Der neue Anlauf

Bundesrat Flavio Cotti verordnete eine formelle und materielle Totalrevision vor allem der Krankenpflegeversicherung, mit Zeitplan und einem sanften, aber beharrlichen Realisierungsdruck. Dabei muss gesehen werden, dass diese Totalrevision beileibe nicht das einzige Geschäft der Sozialpolitik war, nicht einmal in der Krankenversicherung, wo zweimal mit Notrecht auf dringende Lageentwicklungen reagiert werden musste. Da war ja auch noch die AHV-Revision mit ihren Irrungen und Windungen. Das «Dreisäulenprinzip» wird in Frage gestellt. Die Freizügigkeitsinitiative beim BVG

stand auf der Tranktandenliste. Und dazwischen kam noch Eurolex, das gut und schnell behandelt sein wollte.

Immerhin: der Start zum neuen KVG gelang vorzüglich. Vier Experten aus «allen Schulen» der Krankenversicherung unterbreiteten ihre Stellungnahmen: Steinbrüche für die, die später kamen. Dann lotete Ständerat Otto Schoch als Präsident eine 26köpfige Expertenkommission in einem Jahr in den sicheren Hafen: ein Expertenentwurf stand, der – um im Bild zu bleiben – den Kursvorgaben des Bundesrates folgte, aber den navigatorischen Freiraum kräftig nutzte.

Mit publizistischem Getöse – Schalmeienklänge oder Schlachtgeheul – wurde in den Novembertagen 1991 das Geschäft 91.071 «Botschaft über die Revision der Krankenversicherung» vom 6. November 1991 entgegengenommen.

Das Echo war gemischt: die einen massen den Entwurf an den Abweichungen zur Kommission Schoch, andere wiederum liessen durch leises Schnurren Zustimmung erahnen. Alle aber sprachen sie davon, dass noch viel passieren könne, dass die Zeit bis zum Wirksamwerden einer Totalrevision in Jahren gerechnet werden müsse. Was sich alles als zutreffend erweisen wird, meine ich.

In den Mühlen einer Kommission

Erstrat für die Behandlung der Vorlage wurde der Ständerat, mithin wurde die nicht allzulange vorher neu auf die Beine gestellte «Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit» mit dem Geschäft befasst. Das bedeutete Schwerarbeit in relativ kurzer Zeit, denn nach der wuchtigen Verwerfung der «Krankenkasseninitiative» hatten die politisch mit dem Geschäft Befassten in Aussicht gestellt, dass der Ständerat im Winter 1992 im Plenum das Geschäft behandeln werde. So machten sich die Damen Beerli, Meier Josi,

Simmen, Weber Monika und die Herren Onken, Coutau, Loretan, Roth, Schiesser, Schoch, Schüle, Seiler Bernhard unter meiner Leitung auf den Weg.

Die monatelangen Verhandlungen, die nur dank dem neuen Kommissionssystem, der tatkräftigen Mithilfe des Fachdienstes IV der Parlamentsdienste und dem unermüdlichen BSV, das zahllose ergänzende Texte vorlegen musste, gelingen konnten, waren neben dem EWR, Eurolex und einem miserablen Budget Last genug.

Wir haben in der Kommission alle Elemente einer gründlichen Kommissionsarbeit durchgeführt: zuerst eine umfangreiche Anhörung von Interessierten, ein Brainstorming mit zwei Professoren der Gesundheitsökonomie. Unsere Stabsstelle sammelte dieweilen die zahllosen Eingaben zum Thema, katalogisierte sie, ordnete sie den Themen und Paragraphen zu; am Schluss war es ein Manuskript von an die 50 Seiten. Rührend war es nachgerade, wie noch Tage vor der Verhandlung neue Papiere auf den Tisch des Hauses gelangten: sie konnten die Ergebnisse nicht mehr beeinflussen.

Eintreten wurde mit eindeutiger Mehrheit beschlossen, die Detailberatung in tagelangen Sitzungen durchgeführt, die zweite Lesung war dabei nicht kürzer als die erste. Nicht übersehen werden soll, dass in drei Subkommissionen die Themen SUVA, Taggeld und Petitionen behandelt wurden. Die Schlussabstimmung, die Behandlung von zwei Petitionen und zwei Postulaten, die Bearbeitung der Abschreibungsliste von parlamentarischen Vorstössen rundeten die Arbeit ab.

Man kann leicht feststellen, dass die Kommission an einigen Orten den bundesrätlichen Antrag modifiziert hat, dass die Zahl der Differenzen aus der Kommission klein war, die Geschlossenheit der Reihen relativ gross. Das war für uns und die Öffentlichkeit eine Überraschung, aber sie hat gute Gründe. Die Vorar-

beiten waren seriös betrieben worden, die Kommission Schoch und das bundesrätliche Vernehmlassungsverfahren hatten den Handlungsspielraum erkennen lassen. Im Hintergrund lauert immer noch die Initiative der SP und der Gewerkschaften mit ganz anderen, tief einschneidenden Lösungen. Alle Kommissionsmitglieder waren von der Reformbedürftigkeit, aber auch von der Reformfähigkeit des KVG überzeugt.

Eigene Wege gegangen

Trotz allem wäre es meines Erachtens falsch, wollte man behaupten, die Kommission wäre dem Bundesrat gemächlich hinterher getrottet. Sie hat die «Fahne» – die parlamentarische Darstellung des Gesetzgebungsverfahrens – mit über 50 eigenen Anträgen bereichert bei einem Umfang von 99 Paragraphen. Sie sind unterschiedlicher Natur, geben aber einen Eindruck des Gestaltungswillens der Kommission.

In den Hauptpunkten der Vorlage gab es keine Änderungen grundsätzlicher Art. Obligatorium und Freizügigkeit wurden unter dem Stichwort «Stärkung der Solidarität»

Der Start zum neuen KVG gelang vorzüglich.

ebenso akzeptiert wie die Gleichstellung von Mann und Frau. Die Kosteneindämmung, das heisst das Schliessen der «Schere» zwischen den Gesundheitskosten und den Löhnen, soll mit einer Unsumme von gezielten Massnahmen und durch den Markt erfolgen. Krankenkassen und Privatversicherer agieren zukünftig auf dem öffentlich-rechtlich geregelten Markt der obligatorischen, klar definierten Grundversicherung ebenso wie bei den dem Zivilrecht unterstellten Zusatzversicherungen.

Überfällige Anpassungen des Leistungskatalogs wurden in Grenzen, die der Bundesrat noch enger ziehen kann, akzeptiert: Prävention, Spitex, verbesserte Mutterschaftsleistungen auch bei der freiwilligen Taggeldversicherung. Die Leistungserbringer kommen gewiss nicht ungeschoren davon: nur ist meines Erachtens die Bereitschaft da, diesmal die Zeichen der Zeit zu erkennen und mitzuziehen. Sie dürfen das auch, hat doch die Kommission das 1982 von der Privatassekuranz vorgeschlagene neue Finanzierungssystem übernommen, das die vielgescholtene «Giesskanne» ins Museum verbannen und einkommensbezogene Subventionen will. Bund und Kantone werden dafür im Einführungsjahr rund 1,2 Milliarden mehr an Subventionen zahlen müssen. Gewiss nicht eine leichte Aufgabe bei der Finanzlage der öffentlichen Hände. Es darf aber nicht übersehen werden, dass die Leistungen der Versicherten über Prämien und Selbstbehalte immer noch hoch sind im Vergleich zu ähnlichen Staaten. Es wird – alles in allem – bei der Erkenntnis bleiben: für den Einzelnen hat die Gesundheit einen relativ kleinen Preis, für die Gemeinschaften aber einen grossen. Das ist vor allem richtig, wenn man beachtet, was aus unseren 26 kantonalen Haushalten – und sie sind ja besonders dem Ständerat nahe – ins Gesundheitswesen fliesst.

Schliesslich bei der freiwilligen Taggeldversicherung, der Erwerbsausfallversicherung, sind wir von Staates wegen beim wohl indizierten Mittelweg geblieben: weder Abschaffung noch Obligatorium, aber Freiwilligkeit.

Am Schluss einer immer von Fairness getragenen, wenn auch zeitweise harten Beratung stimmte die Kommission mit 9:0 bei einer Enthaltung ihrem Werke zu, 8 namentliche Minderheitsanträge und ein Paket von Vorstössen des Kollegen Morniroli, Arzt und Ständerat, liessen eine intensive und längere Beratung im Rat erwarten.

Die dritte Woche in der Wintersession

Es zeigte sich bald, dass der Ständerat sich für die Fassung der Kommission engagieren wollte. Andererseits wurde klar, dass die vier Sitzungen, wovon eine eingeschobene Sondersitzung, für die Kommissionsmitglieder und den Präsidenten der Kommission nicht zu einem Honiglecken würden. Es darf aber einem aufmerksamen und kompetenten Beobachter gefolgt werden, der nach der Beratung im Plenum schrieb:

«Der Rat folgte in eindrucklicher Geschlossenheit nahezu ausnahmslos den Anträgen der vorberatenden Kommission.» (Wf-Dok. Gygi)

Das hängt nicht damit zusammen, dass der Ständerat seine juristische und sachliche Kritikfähigkeit nicht zum Tragen gebracht hätte. Es war aber deutlich, dass das Ringen in der Kommission Früchte trug: wo Kommissionsmehrheit und -minderheit einander gegenüberstanden, waren die Abstimmungsergebnisse knapp, wo die geschlossene Kommission Anträge aus dem Plenum bekämpfte, setzte sie sich mit klaren Mehrheiten durch. In der Gesamtabstimmung, allerdings bei gelichteten Reihen, erzielte die gemeinsame Arbeit ein überaus deutliches Resultat: 27:0 Stimmen. Präsident Piller wies dem Dossier den Weg: «Die Vorlage geht an den Nationalrat.»

Lagebeurteilung nach getaner Arbeit

Für eine gründliche Lagebeurteilung ist es noch zu früh. Einerseits steht man unter dem Eindruck der geleisteten Arbeit, andererseits hat man den Abstand vom Werk noch nicht geschafft. Zuerst und vor allem muss man sich im klaren darüber sein, dass mit dieser Beratung der Ständerat als Erstrat in erster Lesung das Geschäft behandelt hat. Der Nationalrat wird den Fächer der Vorlage öffnen, was ihr nicht schadet. Er sollte aber auch die Kraft finden, sich dann wieder zurückzufin-

den zu den zentralen Punkten, zur Ausgewogenheit, die die Vorlage jetzt prägt. Ich kann mir vorstellen, dass Themen wie Psychotherapie, Alternativ- oder Komplementärmedizin, Selbstbehalt, Selbstdispensation, Kostenverteilung unter den Gemeinwesen, Stellung der Vertrauensärzte, Organisation der Rechtspflege zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung, das Recht

«Wir bewegen uns auf dünnem Eis!»

bei ausserordentlichen Lagen und vielleicht sogar das Obligatorium zur Debatte stehen. Zum letzteren Punkt kann ich nur das Zitat von Otto Schoch wiederholen, das ich dem Ständerat mit Erfolg unterbreitet habe: «Es ist Etikettenschwindel, wenn jemand für eine zeitgemässe, solidarische Krankenversicherung eintritt, gleichzeitig aber das Obligatorium ablehnt.»

Kommission und Ständerat waren sich eines Wortes bewusst, das wir in der Kommission in kritischen Lagen uns immer wieder in Erinnerung gerufen haben: «Wir bewegen uns auf dünnem Eis!» Mit dieser Grundhaltung, mit dem Willen zu einem notwendigen Erfolg und mit einer sorgfältigen Vorbereitung haben wir eine Vorlage verabschiedet, die seit 1964 – der letzten geglückten Teilrevision – eine echte Chance hat, zum neuen Recht der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz zu werden. —

10. AHV-Revision: Wo stehen wir?

Am 5. März 1990 hat der Bundesrat seine Botschaft zur 10. AHV-Revision verabschiedet. Diese Vorlage stiess im Parlament nicht auf ungeteilte Zustimmung. In der Folge wurden sozialpolitisch dringende Massnahmen der bundesrätlichen Vorlage (Verbesserung der Rentenformel, Entschädigung für Hilflosigkeit mittleren Grades) mit einem bis Ende 1995 befristeten Bundesbeschluss auf den 1. Januar 1993 in Kraft gesetzt. Die erweiterte Kommission für soziale Sicherheit des Nationalrates hat ihre Arbeiten an der 10. AHV-Revision am 29. Januar dieses Jahres beendet. Ihr Entwurf sieht insbesondere die Einführung des Splitting und die Neuregelung des Rentenalters vor.

Anlass zur Teilung der Vorlage

Auf den 1. Januar dieses Jahres ist der erste Teil der langersehnten 10. AHV-Revision in Kraft getreten.

Die Anfänge dieser Revision reichen ins Jahr 1979 zurück. Die Botschaft des Bundesrates lag im Frühjahr 1990 vor. Grund für diese lange Vorbereitungszeit waren die unterschiedlichen Erwartungen, die an diese Revision gestellt wurden. Einerseits sollte die Revision die notwendigen Anpassungen der AHV an die gewandelten sozialen Gegebenheiten, vor allem an die Gleichstellung von Frau und Mann, bringen, andererseits wurde lange Zeit eine kostenneutrale Revision angestrebt. Als der Bundesrat die Vorlage 1990 verabschiedete, machte er deutlich, dass die 10. AHV-Revision zwar nicht eine Globalrevision sei, aber wichtige punktuelle Verbesserungen bringe. Einen seit Mitte der 80er Jahre von verschiedenen Seiten geforderten Wechsel zu einem Splitting-System wollte der Bundesrat im Rahmen der nächsten grundlegenden 11. Revision im Gesamtzusammenhang der Dreisäulenkonzeption prüfen.

Der Ständerat verabschiedete die Vorlage des Bundesrates im März 1991 fast unverändert. Stimmen, welche die Einführung des

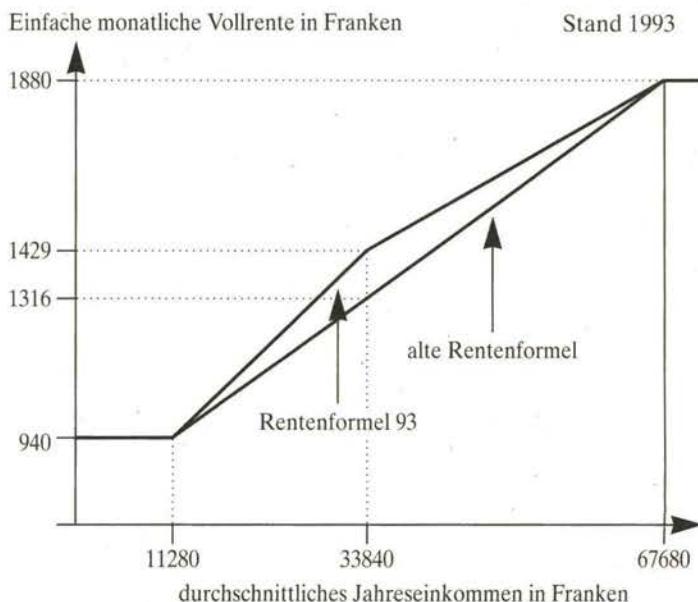
Splitting verlangten, liessen sich aber bereits in der kleinen Kammer vernehmen. Im September 1991 beschloss die vorberatende Kommission des Nationalrates gestützt auf einen Bericht, den das BSV in deren Auftrag über die bekannten Splitting-Modelle verfasst hatte, den Wechsel zu einem Splitting-Modell genauer zu prüfen. Zu diesem Zweck wurde aus der Mitte der Kommission eine Arbeitsgruppe eingesetzt, der ein halbes Jahr zur

Ausarbeitung eines sozialverträglichen Splitting-Modells eingeräumt wurde. Die Kommission erachtete es allerdings als unverantwortbar, die Verwirklichung von sozialpolitisch notwendigen Verbesserungen, welche der Bundesrat in seiner Botschaft vorgeschlagen hat, auf die lange Bank zu schieben. Anfang 1992 beschloss daher die Kommission die Aufteilung der 10. AHV-Revision in zwei Teile. Das erste Paket, das den Namen «Bundesbeschluss über Leistungsverbesserungen in der AHV und der IV sowie ihre Finanzierung» trägt und auf den 1. Januar 1993 in Kraft getreten ist, wurde am 19. Juni 1992 von beiden Räten verabschiedet.

Programm und Rahmenbedingungen des Bundesbeschlusses

Das vorgezogene Paket der 10. AHV-Revision beinhaltet sozialpolitisch dringende und unbestrittene Anliegen, die bereits der Bundesrat vorgeschlagen hatte. Auf die Realisierung von Verbesserungen, die das Splitting hätten präjudizieren können, wurde verzichtet. Viele der vom Bundesrat vorgeschlagenen Verbes-

Die alte und die neue Rentenformel



Grad der Hilflosigkeit	Das bedeutet:	Höhe der monatlichen Entschädigung
leicht	trotz Hilfsmitteln <ul style="list-style-type: none"> • in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe Dritter angewiesen sein, <i>oder</i> • einer dauernden persönlichen Überwachung bedürfen, <i>oder</i> • wegen des Gebrechens einer ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedürfen, <i>oder</i> • wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen können 	20 % der minimalen einfachen Altersrente (188 Franken/Monat)
mittelschwer	trotz Hilfsmitteln <ul style="list-style-type: none"> • in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf die Hilfe Dritter angewiesen sein, <i>oder</i> • in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe Dritter angewiesen sein und einer dauernden persönlichen Überwachung bedürfen 	50 % der minimalen einfachen Altersrente (470 Franken/Monat)
schwer	<ul style="list-style-type: none"> • in <i>allen</i> alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe Dritter angewiesen sein <i>und</i> der dauernden Pflege oder persönlichen Überwachung bedürfen 	80 % der minimalen einfachen Altersrente (752 Franken/Monat)

Hilflosenentschädigung mittleren Grades auch für Altersrentnerinnen und -rentner

Bezügerinnen und Bezüger einer Rente der Invalidenversicherung (IV) erhalten eine Hilflosenentschädigung, wenn sie leicht, mittel oder schwer hilflos sind. Wird eine Person, die eine Hilflosenentschädigung der IV bezogen hat, altersrentenberechtigt, wird ihr zur AHV-Rente die Hilflosenentschädigung leichten, mittleren oder schweren Grades weiterhin ausbezahlt. Ist eine Hilflosigkeit dagegen erst im Alter entstanden, so wurde bis anhin eine Hilflosenentschädigung nur ausgerichtet, wenn eine Hilflosigkeit schweren Grades vorlag. Dies wurde durch den ersten Teil der 10. AHV-Revision nun dahingehend geändert, dass der Anspruch auf die Entschädigung auch Altersrentnerinnen und -rentnern zusteht, die im Rentenalter mittelschwer hilflos werden.

Mit dieser Leistungsverbesserung soll den pflegebedürftigen Altersrentnerinnen und -rentnern ermöglicht werden, länger in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können.

Getrennte Auszahlung der Ehepaarrenten

Bereits in der achten AHV-Revision (1973) wurde der Ehefrau die Möglichkeit eröffnet, ohne Angabe von Gründen die Auszahlung der halben Ehepaarrente an sich zu verlangen. Seit dem 1. Januar 1993 werden die neu entstehenden Ehepaarrenten automatisch getrennt ausbezahlt. Die Ehepartner können allerdings gemeinsam verlangen, dass die Rente ungetrennt einem der beiden Ehegatten ausbezahlt wird; es steht ihnen aber frei, jederzeit auf diesen Entscheid zurückzukommen.

Obwohl die Renten geteilt werden, hat diese Bestimmung aber nichts mit dem sogenannten Splitting zu tun. Die Rente wird nach wie vor aufgrund der Beitragsdauer des

serungen im Bereich der Rentenberechnung konnten daher nicht vorgezogen werden.

Trotz dieser Einschränkungen sind nun einige Punkte, die bereits der Bundesrat als sozialpolitisch dringlich betrachtet hat, wie etwa die Verbesserung der Situation von Personen mit bescheidenen Einkommen, die Besserstellung der verschiedenen Frauen und der hilflosen Altersrentnerinnen und -rentner, in das Paket aufgenommen worden.

Gezielte Besserstellung der kleinen Einkommen – eine neue Rentenformel

Die Rentenformel spielt bei der Berechnung der Renten eine zentrale Rolle. Sie legt fest, welche Rente welchem Durchschnittseinkommen entspricht. Rentnerinnen und Rentner mit einem jährlichen Einkommen von 11 280 Franken oder weniger erhalten die Minimalrente von 940 Franken pro Monat. Personen mit einem Einkommen von 67 680 Franken oder mehr erhalten die Maximalrente von 1880 Franken pro Monat. Zwischen diesen beiden

Werten stieg die alte Rentenformel linear an. Die neue Rentenformel dagegen ist geknickt; das heisst, dass die Renten im unteren Einkommensbereich stärker ansteigen als im oberen. Die maximale Verbesserung resultiert bei einem Einkommen von 33 840 Franken. Gegenüber der alten Regelung bewirkt die neue Rentenformel hier eine monatliche Rentenerhöhung von 113 Franken.

Der Bundesrat hat seinerzeit aus bestimmten Gründen nicht einfach eine Erhöhung der Mindestrente vorgeschlagen. Im Bereich der Mindestrente befinden sich zahlreiche nichterwerbstätige Ehefrauen, deren Ehemann noch erwerbstätig ist, und die deshalb nicht auf eine höhere Leistung angewiesen sind. Zudem erhalten viele Personen im Umfeld der Mindestrente Ergänzungsleistungen (EL). Eine Erhöhung ihrer Renten würde zu einer Reduktion der EL führen. Ihr gesamtes Einkommen würde sich daher in vielen Fällen nicht erhöhen.

	Begünstigte	Geschätzte Kosten in Fr.
• Rentenformel AHV	93 000 Männer	76 Mio
	265 000 Frauen	196 Mio
	112 000 Ehepaare	138 Mio
	21 000 Witwen	18 Mio
	Total AHV	428 Mio
IV	53 000 Männer	45 Mio
	34 000 Frauen	21 Mio
	5 700 Ehepaare	7 Mio
	Total IV	73 Mio
		501 Mio
• Hilflosenentschädigung mittleren Grades AHV	22 000 Personen	123 Mio
• Getrennte Auszahlung der Ehepaarrenten	Alle Ehepaare, die ab 1. 1. 1993 Anspruch auf eine Ehepaarrente erhalten	1 Mio
	Total	624 Mio
Entlastung bei den EL.	ca.	58 Mio

Der Bundesbeitrag an die AHV wird um 0,5 Prozentpunkte der Ausgaben erhöht. Dies bedeutet eine Mehrleistung des Bundes von 115 Mio. Franken pro Jahr. Dafür erhält der Bundesrat auch die Kompetenz, die Tabaksteuer anzuheben.

Mannes und der Summe der Einkommen beider Ehegatten ermittelt. Zudem hat weiterhin nur der Mann Anspruch auf die Ehepaarrente.

Ausblick: Splitting – Erziehungsgutschriften für geschiedene Frauen

Der Bundesbeschluss über Leistungsverbesserungen in der AHV und IV wurde vom Parlament auf Ende 1995 befristet, um die Arbeiten am zweiten Teil der Revision durch die Aufrechterhaltung eines gewissen Zeitdrucks etwas zu beschleunigen. Dieser zweite Teil soll nach den Vorstellungen der vorbereitenden Kommission des Nationalrates die Einführung des Einkommenssplittings bei der Rentenberechnung bringen. Es geht dabei um ein anderes Berechnungssystem, dem eine neue Philosophie zugrundeliegt. Während der Ehe soll auch in bezug auf die Vorsorge eine Solidarität zwischen den Ehegatten bestehen, indem die Einkommen, von denen Beiträge entrichtet werden, zur Hälfte dem individuellen AHV-

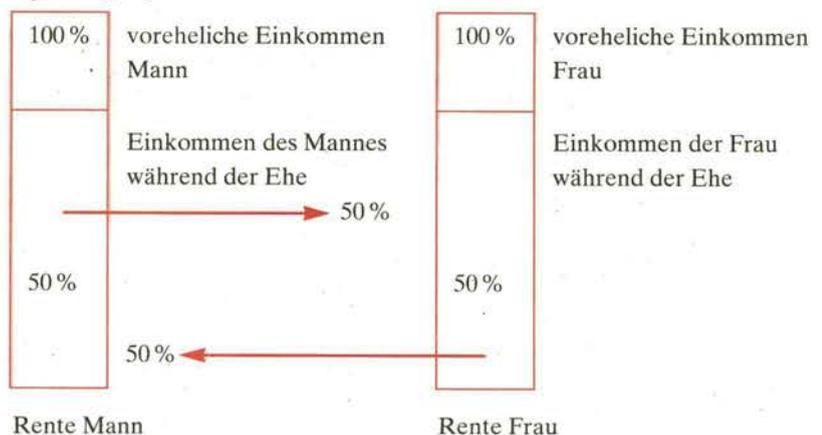
Konto des Ehepartners gutgeschrieben werden.

Zudem soll nicht der Umstand, dass jemand verheiratet (gewesen) ist, von der Versichertengemeinschaft honoriert werden, sondern die Tatsache, dass jemand Kinder erzogen oder pflegebedürftige Angehörige betreut hat. Die Berücksichtigung von Erziehungs- und Betreuungszeiten soll über die Anrech-

nung von fiktiven Einkommen pro Jahr in der Höhe der dreifachen minimalen jährlichen Altersrente (das sind zurzeit 33 840 Fr.) realisiert werden. Als weitere Massnahme im Rahmen des ersten Teils der 10. AHV-Revision wird dieses Element, die Erziehungsgutschrift, trotz des Zusammenhangs mit dem Splittingssystem, in die Berechnung der Renten geschiedener Frauen einbezogen werden. Wegen der nötigen Vorbereitungen für eine reibungslose Durchführung kann dieser Teil allerdings erst am 1. Januar 1994 in Kraft treten. Von dieser Neuregelung werden die geschiedenen Frauen, die keine Kinder hatten oder haben, nicht profitieren.

Wir werden sowohl diese Massnahme als auch das Splitting-Modell in einem späteren Zeitpunkt genauer vorstellen. (Buc) —

Splitting-System



Wohneigentum als berufliche Vorsorge

Am 19. August 1992 hat der Bundesrat zuhanden der eidgenössischen Räte einen Gesetzesentwurf verabschiedet, dessen Ziel es ist, die Finanzierung von Wohneigentum durch Mittel der beruflichen Vorsorge zu erleichtern. Die dafür zuständige Kommission des Nationalrates hat am 25. Januar 1993 die Vorberatungen abgeschlossen. Das Geschäft ist für die Frühjahrsession 1993 traktandiert.

Wohneigentumsförderung? Was bedeutet das?

Die Wohneigentumsförderung ist eine eigenständige Form der beruflichen Vorsorge. Nebst der Rente als primäre Leistungsform und dem Kapitalbezug haben die Versicherten inskünftig einen unmittelbar aus dem Gesetz fliessenden Anspruch, das von ihnen im Rahmen einer Einrichtung der beruflichen Vorsorge geäußerte Vermögen für das selber benutzte Wohneigentum einzusetzen, und zwar für

- a. den Erwerb von Wohneigentum,
- b. die Abzahlung von Hypothekendarlehen,
- c. die Finanzierung wertvermehrender oder werterhaltender Massnahmen an diesem Wohneigentum,
- d. den Erwerb von Anteilscheinen an Wohnbaugenossenschaften.

Von der Wohneigentumsförderung durch die berufliche Vorsorge (WEF) ist die Wohnbau- und Eigentumsförderung, welche aufgrund des entsprechenden Bundesgesetzes (WEG) seit 1975 praktiziert wird, zu unterscheiden. Die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale sind:

- Zweck: WEF = Vorsorgesubstanz verbessern; WEG = Wohnbau fördern, allgemeine Wohnkostenverbiligung.

- Finanzierung: WEF = durch eigene, gebundene Vorsorgemittel der Versicherten; WEG = durch Subventionen des Bundes.

Zudem ist der Kreis der Adressaten bei der WEF auf die BV-Versicherten beschränkt, während vom WEG grundsätzlich jede Person sowie auch Genossenschaften profitieren können.

Zu einer wirksamen Wohnbau- und Eigentumsförderung sind indessen noch weitere Schritte nötig. In diesem Sinne hat der Bundesrat am 11. September 1991 eine breite Palette von Massnahmen nicht nur nachfrage-, sondern auch angebotseitiger Natur ins Auge gefasst. Diese sind niedergelegt im Schlussbericht «Bausteine zur Bodenrechtspolitik» einer interdepartementalen Arbeitsgruppe «Weiterentwicklung des Bodenrechts», die vom Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement eingesetzt wurde.

Wer hat den Anstoss zur WEF gegeben?

Mit der Annahme der parlamentarischen Initiative von Nationalrätin Spoerry und derjenigen von Ständerat Kündig im Frühjahr 1990 (siehe Kasten) haben die eidgenössischen Räte ihren Willen bekundet, das sozial- und staatspolitisch wichtige

Ziel der Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge besser zu verwirklichen. Eine Reihe weiterer parlamentarischer Vorstösse weist ebenfalls auf die Wichtigkeit des Anliegens hin. Auch die Eidgenössische Kommission für die berufliche Vorsorge sprach sich für die Schaffung einer verbesserten Regelung aus.

Was schlägt der Bundesrat vor?

Der Bundesrat hat in seinem Entwurf das Ziel und den grössten Teil der Vorschläge der Initianten übernommen. Nur in einigen Bereichen ist er zur besseren Erreichung dieses Zieles davon abgewichen.

89.232. Parlamentarische Initiative Spoerry/Kündig vom 15./21. Juni 1989 betreffend die Wohneigentumsförderung mit den Mitteln der beruflichen Vorsorge

1. Zur Förderung des selbstgenutzten Wohneigentums sind die in der obligatorischen und ausserobligatorischen beruflichen Vorsorge sowie die in der gebundenen Selbstvorsorge angesparten Vermögen für die Altersvorsorge im Rahmen der Freizügigkeitsleistung (Säule 2a+b), bzw. im Rahmen des vorhandenen Sparkapitals (Säule 3a) ganz oder teilweise zur Verfügung zu stellen.

2. Der Vorsorgezweck der Gelder muss sichergestellt werden. Dies erfolgt durch Anmerkung im Grundbuch. Diese hat beim Verkauf der Liegenschaft den Rückfluss der vorbezogenen Mittel an eine Vorsorgeinstitution zur Folge.

3. Vorsorgegelder können gleichzeitig nur für ein Objekt geltend gemacht werden.

4. Die vorzeitige Auszahlung soll sofort besteuert werden, die Besteuerung hat nach den gleichen Grundsätzen zu erfolgen wie die Besteuerung der Altersleistungen. Geht der vorbezogene Betrag aus den Geldern der Altersvorsorge durch Veräusserung des selbstgenutzten Wohneigentums an eine Vorsorgeinstitution zurück, ist es bei der Auszahlung des Alterskapitals Sache des Steuerpflichtigen, zu beweisen, dass er bereits einen Teil der Leistung versteuert hat.

5. Im Falle eines Stellenwechsels reduziert sich die Freizügigkeitsleistung um den im selbstgenutzten Wohneigentum bereits investierten Betrag. Beim Erbfall wird der ausbezahlte Betrag dem Anspruch der Begünstigten angerechnet.

Die wichtigsten Leitlinien der Vorlage sind:

- Die gesamte berufliche Vorsorge einbeziehen, nicht nur das Obligatorium.
- Die Verpfändung und die Verwendung der Mittel ermöglichen.
- Einen Teil der Vorsorge als Geldleistung behalten.
- Den Vorsorgezweck sichern.
- Die Gleichbehandlung mit den übrigen Versicherten gewährleisten.
- Die Besteuerung so regeln, dass die Massnahme wirksam bleibt und die Interessen des Fiskus trotzdem gewahrt bleiben.

Die Massnahmen der Wohneigentumsförderung beziehen sich einerseits auf eine wesentliche Verstärkung der Verpfändung der Vorsorgevermögen bzw. -ansprüche. Andererseits wird der Versicherte neu auch das Recht haben, sein Vorsorgevermögen direkt für das Wohneigentum einzusetzen. Allerdings besteht insoweit eine Beschränkung, als der Vorbezug und die Verpfändung des Vorsorgeguthabens nur im Rahmen des Freizügigkeitsanspruchs möglich sein soll und erst noch beim Freizügigkeitsanspruch im 50. Altersjahr begrenzt wird. Damit wird ein Teil – d.h. etwa die Hälfte des Vorsorgevermögens – im Vorsorgefall der Versicherten für die Auszahlung einer Rente oder Kapitalabfindung vorbehalten.

Bezüglich der Sicherstellung des Vorsorgezwecks im Falle eines Vorbezugs der Vorsorgegelder geht der Bundesrat davon aus, dass diese Massnahme einerseits durch die Instrumente des Privatrechts durchgeführt wird (z.B. mit dem Schuldbrief) und dass andererseits der damit verbundene Aufwand in Grenzen gehalten werden kann.

Hinsichtlich des Zeitpunktes der Besteuerung der vorbezogenen Vorsorgevermögen ist zu berücksichti-

gen, dass die Besteuerung solcher Bezüge in den Kantonen ganz unterschiedlich gehandhabt wird. In gewissen Kantonen würde durch die geltende Regelung des Vorbezugs von Vorsorgevermögen der mit der vorliegenden Massnahme anvisierte Zweck praktisch vereitelt. So müsste z.B. im Kanton Bern ein Versicherter, der aus seiner Pensionskasse für das Wohneigentum 100 000 Franken herausbekäme, unmittelbar 16 000 Franken an die kantonale Steuerverwaltung abliefern. Dazu kommen bei Kauf eines Wohneigentums noch die grundbuchlichen und die notariellen Kosten, die auch relativ hoch sein können.

Angesichts dieser Umstände schlägt der Bundesrat vor, wenigstens den Zeitpunkt der Besteuerung bundesrechtlich, also einheitlich so festzulegen, dass ein Versicherter, der dringend auf sein Vorsorgevermögen für sein Wohneigentum angewiesen ist, nicht mit einer hohen Steuer «bestraft» wird. Allerdings ist die Besteuerung damit nicht aufgehoben, sondern nur aufgeschoben. Im Vorsorgefall muss der Vorbezug zur Besteuerung gelangen, ansonst die betreffenden Versicherten ein ungerechtfertigtes Steuergeschenk erhielten.

Im Sinne der Gleichbehandlung der Versicherten in den Pensionskassen erachtet es der Bundesrat als sinnvoll, dass diese nicht nur als Eigentümer, sondern auch als Mieter in den Genuss ihrer Vorsorgegelder gelangen können. Diese Bezugsmöglichkeit ist allerdings an die Voraussetzung gebunden, dass damit Anteilscheine von Wohnungsgenossenschaften und ähnlicher Institutionen finanziert werden, um einerseits eine Verbilligung der Wohnkosten und andererseits einen verstärkten Kündigungsschutz zu erzielen.

Welche Richtung weist die Kommission des Nationalrates?

Die vorberatende Kommission des Nationalrates ist auf die Vorlage eingetreten und hat am 25. Januar 1993 ihre Beratungen beendet. Sie schliesst sich dem Entwurf des Bundesrates im wesentlichen an, ändert aber hauptsächlich folgende Punkte:

- Die Sicherstellung des Vorsorgezweckes wird nicht durch ein Grundpfand, sondern durch eine Beschränkung bezüglich der Veräusserung des Wohneigentums geregelt.
- Die Besteuerung des Vorbezugs erfolgt nicht erst im Vorsorgefall, sondern bereits im Zeitpunkt des Vorbezugs.
- Die übliche Vermietung des Wohneigentums im Laufe der Erwerbstätigkeit des Versicherten hat nicht die Rückzahlungspflicht zur Folge.

Die Vorlage wird in der Frühjahrssession 1993 vom Ratsplenum behandelt werden.

Schlussbemerkung

Die vorgeschlagenen Massnahmen werden mithelfen, die Eigentümerquote im Sinne der Vorsorge- und Sozialpolitik der Bevölkerung anzuhoben. Allerdings dürfen daran nicht überspannte Erwartungen geknüpft werden. Es darf aber angesichts der vorhandenen Vermögen in der Zweiten Säule und der bestehenden Bedürfnisse immerhin damit gerechnet werden, dass die Eigentümerquote von heute 30 Prozent auf etwa 35 Prozent steigen wird. Damit ist die Schweiz gemessen an vergleichbaren Ländern immer noch am Schluss. (Nu) —

Bald eine bessere Regelung für die Freizügigkeit in der beruflichen Vorsorge

In zügigem Tempo hat sich der Nationalrat im vergangenen Jahr eines Problems angenommen, welches seit langem einer Lösung harrt und wofür zahlreiche Vorstösse unternommen wurden: die Freizügigkeit beim Wechsel der Vorsorgeeinrichtung. Die Botschaft zu einem entsprechenden Bundesgesetz datiert vom 26. Februar 1992 – der Nationalrat hat die Vorlage bereits in der Dezembersession 1992 als Erstrat behandelt.

Das Freizügigkeitsgesetz ist am 8. Dezember 1992 im Nationalrat beraten worden. Die Vorlage des Bundesrates bzw. die entsprechenden Änderungen der Kommissionsmehrheit wurden mit leichten Modifikationen angenommen.

Die wichtigsten Punkte des Freizügigkeitsgesetzes nach der Beratung durch den Nationalrat:

1. Es wird ein eigenes Freizügigkeitsgesetz geschaffen und nicht bloss eine Ergänzung des Obligationenrechts. Dieses neue Gesetz fällt damit für den Vollzug in die Zuständigkeit des Eidgenössischen Departements des Innern.
2. Die bundesrätliche Idee der kassenübergreifenden Regelung der Freizügigkeit hat obsiegt. Insbesondere besteht nun das Prinzip Eintrittsleistung = Austrittsleistung.
3. Die Mindestaustrittsleistungen richten sich nach dem Alter des Austretenden.

Vom 25. bis zum 45. Altersjahr wird pro Jahr ein Zuschlag von 5 Prozent gewährt. Sonst besteht der Anspruch auf die Leistungen nach dem Finanzierungsprinzip der be-

treffenden Vorsorgeeinrichtung, d.h. nach dem Beitrags- oder dem Leistungsprimat.

4. Um die Ansprüche der Versicherten aus einem Scheidungsverfahren befriedigen zu können, wird das Abtretungsverbot in der beruflichen Vorsorge aufgehoben. Wieviel den geschiedenen Parteien zusteht, wird jedoch nach dem heute noch geltenden Scheidungsrecht (Art. 151/152 ZGB) beurteilt. Die in Gang gesetzte ordentliche Scheidungsrechtsrevision wird in diesem Punkt nicht vorgezogen werden.

5. Im Falle einer Teil- oder einer Gesamtliquidation der Vorsorgeeinrichtung erhalten die Versicherten auch einen Anteil am freien Vermögen der Vorsorgeeinrichtung. Diese Regelung kann insbesondere für die mit einer Liquidation des Unternehmens arbeitslos werdenden Versicherten bedeutsam sein.

6. Der versicherungstechnische Zins kann im Rahmen einer vom Bundesrat noch festzulegenden Bandbreite von einem Prozent durch die Einrichtungen bestimmt werden. Deshalb kann es auch weiterhin Fälle

geben, bei denen der Versicherte für den Eintritt in die neue Vorsorgeeinrichtung aus dem eigenen Sack einen Betrag nachzahlen muss oder gemessen an der Eintrittsleistung für die neue Vorsorgeeinrichtung zuviel Austrittsleistung erhält.

7. Das Freizügigkeitsgesetz wird mit seinem Inkrafttreten wirksam. Daher können die Versicherten ihre Ansprüche gegenüber ihrer Vorsorgeeinrichtung im Freizügigkeitsfall sofort nach dem neuen Recht geltend machen. Mit dieser übergangsrechtlichen Regelung wird der offensichtlichen Dringlichkeit der Regelung sowie dem Gebot der Rechtssicherheit entsprochen, das nicht eingehalten wäre, wenn 30 verschiedene (d.h. kantonale und eidgenössische) Aufsichtsbehörden oder 14000 Vorsorgeeinrichtungen entscheiden könnten, wann und in welchem Umfang das neue Gesetz für sie und ihre Versicherten wirksam werden soll.

Diese Regelung ist auch finanziell verkräftbar, da

- der Sicherheitsfonds während fünf Jahren im Falle einer Teil- oder Gesamtliquidation der Einrichtung allfällige Deckungslücken schliesst und der finanzielle Aufwand dafür relativ gering ist (40 Mio Franken pro Jahr, was pro Versicherten im Monat Fr. 1.20 ausmacht).
- im übrigen die Finanzierungsbasis der Vorsorgeeinrichtung angepasst werden kann und die zusätzliche Belastung der in der Vorsorgeeinrichtung verbleibenden Versicherten zumutbar ist.

Den Vorsorgeeinrichtungen steht für die formelle Anpassung ihrer Reglemente eine Frist von fünf Jahren zur Verfügung.

Die Weiterbehandlung der Gesetzesvorlage obliegt nun dem Ständerat. (Nu) —

Die dringlichen Massnahmen gegen die Kostensteigerung und gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung

Die unaufhörliche Steigerung der Gesundheitskosten machte Gegenmassnahmen im Kosten- und Prämienbereich notwendig. Im folgenden Beitrag werden die bisherigen und die noch zu erwartenden Wirkungen der beschlossenen Massnahmen auf die Tarife der verschiedenen Leistungserbringer und auf die Entsolidarisierung aufgezeigt.

Die Kosten des Gesundheitswesens sind in den letzten Jahren beträchtlich gestiegen. So verursachte Herr Schweizer seiner Kasse im Jahre 1990 mehr als doppelt so hohe Kosten wie 1980. Sein Lohn und die Preise für seinen Warenkorb stiegen im gleichen Zeitraum weniger stark an, siehe Abbildung 1.

Die Spirale der Beitragserhöhungen für die Krankenkassen drehte sich in der Folge immer schneller. Einer der Gründe für die Explosion der Beiträge liegt in der Umverteilung der Kosten zwischen den ver-

schiedenen Zahlern, welche in den letzten 15 bis 20 Jahren stattgefunden hat (Abb.2). Herr Schweizer übernimmt nahezu unverändert ungefähr ein Drittel der von ihm verursachten Gesundheitskosten als selbstzahlender Patient, während der Anteil der Krankenkassen von 1975 bis 1988 beträchtlich gestiegen, derjenige der öffentlichen Hand entsprechend gesunken ist. Die Kosten wurden also fast ausschliesslich zulaften der Krankenkassen umverteilt.

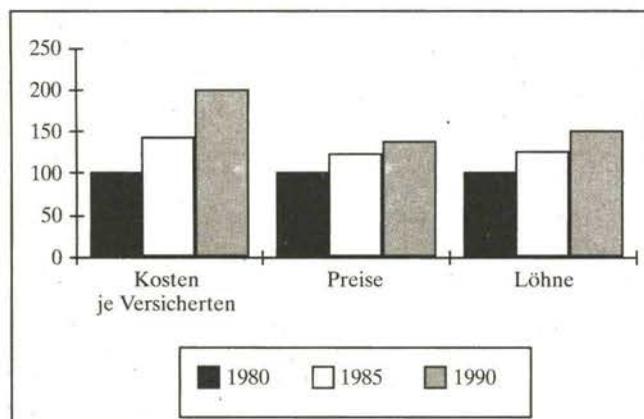
Versicherte mit bescheidenem Einkommen leiden besonders dar-

unter, dass die Gesundheitskosten schneller steigen als die andern Preise und die Löhne. Auch das System der Pro-Kopf-Beiträge und die unabhängig von der wirtschaftlichen Situation des Versicherten ausgerichteten Bundessubventionen verhindern die Solidarität zwischen den finanziell besser und den schlechter Gestellten.

Im Vergleich mit andern Zweigen der Sozialversicherung scheint die Solidarität in der Krankenversicherung am wenigsten entwickelt zu sein. Zudem gehört Herr Schweizer einer Kasse an, welche stark unter dem Wechsel vieler junger Mitglieder zu Billigkassen gelitten hat. Einen solchen Wechsel können sich meist nur junge Leute erlauben, da die Kassen die Prämien nach dem Eintrittsalter festlegen. Für Herrn Schweizer würde ein Kassenwechsel also viel zuviel kosten. Einige Kassen mit einem sehr hohen Anteil betagter Mitglieder sahen sich gezwungen zu fusionieren, was die Entsolidarisierung noch verschärfte. Für einen guten Teil der Bevölkerung sind die Steigerungen der Krankenkassenkosten unerträglich geworden: zum Beispiel Betagte, die durch Kassenfusionen betroffen sind, Familien mit mehreren Kindern und Personen mit kleinem Einkommen.

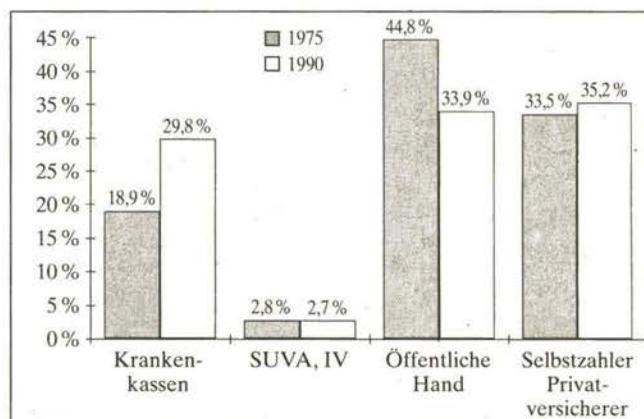
G E S U N D H E I T

Abbildung 1: Entwicklung der Kosten je Versicherten, der Preise und der Löhne 1980-1990



Quelle: BSV; Krankenversicherungsstatistik 1990; Bern 1992

Abbildung 2: Ausgabenfinanzierung nach der Herkunft der Mittel 1975-1990



Quelle: Frei/Hill, Das schweizerische Gesundheitswesen, Ausgabe 1992

Diese Probleme haben eine Tragweite erlangt, welche den Bund gezwungen hat, mit dringlichen Bundesbeschlüssen zu intervenieren. Diese bezwecken ein rasches Einwirken für die Zeit, bis im Rahmen einer Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes tiefgreifendere Massnahmen beschlossen werden können; sie sollen der Kostensteigerung und der Entsolidarisierung entgegenwirken.

Dringliche Bundesbeschlüsse vom 13. Dezember 1991

Am 13. Dezember 1991 haben die eidgenössischen Räte zwei Bundesbeschlüsse mit unterschiedlicher Gültigkeitsdauer gutgeheissen (Abb. 3).

Vorgeschlagene Massnahmen

Massnahmen gegen die Kostensteigerung

Unter den vorgeschlagenen Massnahmen sind diejenigen zur Eindämmung der Krankenversicherungskosten die wichtigsten. So darf beispielsweise der prozentuale Anstieg der Tarife für ambulante und stationäre Behandlung um höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Konsumentenpreisindex liegen. Es muss hier daran erinnert werden, dass die Tarife zwischen den kantonalen Krankenkassenverbänden einerseits und den ambulanten Leistungserbringern oder den verschiedenen Spitälern (stationärer Bereich) auf der andern Seite vertraglich festgelegt werden. Damit sie gültig werden, müssen diese Verträge durch die Kantonsregierungen genehmigt werden. Abbildung 4 zeigt, wie die Begrenzung der Arztarife für 1992 berechnet wurde.

Auch für die durch die Kasse bezahlte Spitalpauschale wurde die Erhöhung nach der gleichen Berechnungsweise limitiert: Konsumentenpreisindex plus ein Drittel (Abb. 5).

Die gleiche Regel zur Begrenzung der Preiserhöhungen war auch für Medikamente und Analysen gültig (Abb. 6). Daraus ergab sich, dass die Tarife der Analysenliste unver-

ändert blieben, während diejenigen der Spezialitätenliste um 3,9 Prozent erhöht wurden. Ohne die Anwendung des dringlichen Bundesbeschlusses hätte dieser Satz mindestens 6 Prozent betragen, wenn man den Zeitpunkt der letzten Preisangpassung berücksichtigt.

Massnahmen gegen die Entsolidarisierung

Die Bestimmungen über einen Risikoausgleich zwischen den Kassen (in Kraft gesetzt auf den 1. Januar 1993) ermöglichen es einer Kasse mit einem grossen Anteil an Betagten und Frauen unter ihren Versicherten, eine Ausgleichsabgabe zu erhalten von Kassen mit einer grossen Zahl von jungen und männlichen Versicherten. Diese Massnahme dürfte den Konkurrenzkampf beruhigen, den sich die Kassen heute liefern, um junge Versicherte anzuziehen. Zudem kann keine neue Kasse anerkannt werden, und keine der anerkannten Kassen darf ihr Tätigkeitsgebiet ausdehnen, solange der Bundesbeschluss in Kraft ist. Ausserdem sind die Kantone ermuntert worden, individuelle Prämienverbilligungen für Versicherte mit geringem Einkommen zu gewähren, wenn die Prämienhöhe für diese eine besonders schwere Belastung darstellt. Ein finanzschwacher Kanton erhält dann einen Teil der 100 Millionen Franken, welche der Bund für die Prämienreduktion für Versicherte mit kleinen Einkommen bereitgestellt hat; Voraussetzung dafür ist, dass der betreffende Kanton den gleichen Betrag an die Prämienverbilligung für Versicherte mit kleinen Einkommen leistet. Die Prämiensteigerung wird für Herrn Schweizer durch diesen Mechanismus beträchtlich gebremst werden.

Massnahmen zur Begrenzung der Krankenversicherungsprämien

Anders als bei den Kostenbeschränkungsmassnahmen werden hier die Prämien direkt begrenzt. Die Massnahmen wurden ergriffen, nachdem die Krankenkassen im Frühling 1991

Abb. 3: Gültigkeitsdauer der dringlichen Bundesbeschlüsse vom 13. Dezember 1991



Abb. 4: Bewilligte Erhöhung der Arztarife im Kanton X auf den 1. Januar 1992 (letzte Anpassung: 1. Januar 1986)

Tarif 1991 (Taxpunkt-wert)	Entwicklung der Kosten pro Versicherten in den Jahren 1986-1990 (letzte verfügbare Angaben) (ΔC)	Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise in den Jahren 1986-1990 (ΔP)	ΔP plus ein Drittel ($\Delta P +$)	Zulässige Erhöhung des Arztarifes im Kanton X für das Jahr 1992	Tarif 1992 (Taxpunkt-wert)
Fr. 1.75	25,57 %	12,38 %	16,51 %	0 %	Fr. 1.75
				$(\Delta C > \Delta P +)$	

Abb. 5: Bewilligte Tarifierhöhung für das Spital X auf den 1. Januar 1992 (letzte Anpassung: 1. Januar 1991)

Pauschale 1991	Entwicklung der Kosten pro Versicherten in den Jahren 1989-1990 (letzte verfügbare Angaben) (ΔC)	Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise in den Jahren 1989-1990 (ΔP)	ΔP plus ein Drittel ($\Delta P +$)	Zulässige Erhöhung der Pauschale für das Jahr 1992	Pauschale 1992
Fr. 230	6 %	5,4 %	7,2 %	1,13 %	Fr. 232,60
				$(\Delta C < \Delta P +)$	

ΔC	Kostenentwicklung
ΔP	Preisentwicklung
$\Delta P +$	Preisentwicklung + $\frac{1}{3}$
$\Delta C < \Delta P +$	Kostenentwicklung geringer als Preisentwicklung + $\frac{1}{3}$
$\Delta C > \Delta P +$	Kostenentwicklung stärker als Preisentwicklung + $\frac{1}{3}$

Abb. 6: Tarif der Analysenliste und Preis des Medikamentes X für das Jahr 1992

Jahr	Tarif der Analysenliste (Taxpunkt-wert)	Preis des Medikamentes X
1991	Fr. 1.30	Fr. 50. —
1992	Fr. 1.30	Fr. 51.95

Prämien erhöhungen von 15 bis 20 Prozent für das folgende Jahr angekündigt hatten; die Kassen führten diese Erhöhungen auf eine durchschnittliche Steigerung ihrer Kosten um 12 bis 13 Prozent im Jahre 1991 zurück. Um diese Entwicklung zu bremsen, sieht der Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 für das Jahr 1992 höchstens 10 Prozent Prämienhöhung in der individuellen Grundversicherung vor.

Vollzug und Auswirkungen der Bundesbeschlüsse vom 13. Dezember 1991

Zum Vollzug muss festgestellt werden, dass die Bestimmungen des Bundesbeschlusses auf einige Tarifverträge nicht angewendet werden konnten. Diese Verträge waren durch die Kantone genehmigt worden, bevor der entsprechende Bundesbeschluss in Kraft trat. Im Spitalbereich traf das auf ungefähr die Hälfte der Kantone zu. In einigen Kantonen haben die kantonalen Krankenkassenverbände Beschwerde gegen die Entscheide der Kantonsregierung eingereicht. In den Beschwerden wurde geltend gemacht, dass die vom Kanton festgelegten Tarife die Bestimmungen des dringlichen Bundesbeschlusses nicht einhielten.

Einige Kantone wie Waadt und Neuenburg wenden ein System der Globalbudgetierung an, welches ebenfalls Kosteneindämmung zum Ziel hat. In den Kantonen, in welchen der Bundesbeschluss zur Anwendung kam, übte dieser einen Anreiz für eine Politik der Kostenbegrenzung aus. Auch wenn die Bremswirkung bei den Krankenkassentarifen im Gegenzug eine Erhöhung der kantonalen Lasten nach sich ziehen kann, darf man nicht ausser acht lassen, dass damit die Kantone zu einer aktiveren Sparpolitik angeregt werden.

Zurzeit untersuchen die Kantone die Möglichkeiten zur Durchführung von Spitalplanungen. Im Kanton Neuenburg sieht der Bericht des Staatsrates zur Spitalplanung ausser

einer Bettenreduktion auch den Abbau gewisser Pflegebereiche in sieben von acht Spitälern vor. Das Ziel liegt hier in Einsparungen durch Beschränkungen der Leistungsaufträge an die Spitäler. Im Kanton Wallis ist ebenfalls der Abbau von 200 Spitalbetten innerhalb von drei Jahren vorgesehen. Ferner wird empfohlen, dass sich die Spitäler in ihrem Angebot gegenseitig ergänzen.

Die Spitalplanung und ihre praktische Umsetzung sind aber bestimmt keine leichten Aufgaben. So wünschten das Parlament und die Regierung des Kantons Zug, die Zahl der Akutspitäler zu reduzieren; das Volk hingegen entschied, alle vier bestehenden beizubehalten. Ebenso würde die Freiburger Regierung neue Leistungsaufträge an die verschiedenen Distriktspitäler begrüssen; auch hier wird das Volk in letzter Instanz entscheiden.

Trotz Begrenzung der Tarifanpassungen steigen die Gesamtkosten des Gesundheitswesens weiter. Das erklärt sich namentlich aus der Mengenzunahme; diese wird zum Teil durch Elemente bestimmt, welche durch die Politik nicht beeinflusst werden können (demographische Alterung, medizinischer Fortschritt). Der Bundesbeschluss hat den quantitativen Aspekt dennoch nicht ausser acht gelassen, denn im Vergleich der Entwicklung der Gesundheitskosten mit der allgemeinen Preisentwicklung wird indirekt auch die Menge der erbrachten Leistungen berücksichtigt. Tatsächlich zieht jede Zunahme der erbrachten Leistungen eine Kostenerhöhung nach sich, welche sich auf die zugelassenen Tarifanpassungen auswirkt.

Was die Anwendung der Bestimmungen anbelangt, welche den Anstieg der Krankenkassenprämien begrenzen sollen, wurden gewisse Ausnahmen von der 10-Prozent-Limite zugestanden: das gilt für Kassen, welche nachweisen konnten, dass ihre Reserven bei Einhaltung der Limite unter das um einen Zehntel erhöhte gesetzliche Minimum sinken würden.

Abbildung 7 zeigt die Anwendung der genannten Bestimmungen.

Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992

Der Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung sah vor, dass der Bundesrat vor Ablauf seiner Gültigkeit ein neues Massnahmenprogramm gegen die Kostensteigerung zu unterbreiten hatte. Dieses Programm sollte die Interessen der Kantone im Rahmen des Möglichen besser berücksichtigen und die Kostensteigerung entschiedener bekämpfen als der Bundesbeschluss von 1991. Die im Rahmen des Bundesbeschlusses vom 9. Oktober 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung ergriffenen Massnahmen betreffen einerseits den Bereich der Tarife und Preise und andererseits denjenigen der Beiträge. Der Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 trat Anfang 1993 in Kraft; die Gültigkeit seiner verschiedenen Massnahmen, in Ab-

Abb. 7: Anwendung der Beitragslimite in der Einzelversicherung für Krankenpflege im Jahre 1992

- 1) 69 Kassen = 750 000 Versicherte
- 2) 76 Kassen = 1 700 000 Versicherte
- 3) 34 Kassen = 300 000 Versicherte
- 4) 5 Kassen = 2 710 000 Versicherte

- 1) 10-Prozent-Limite für Beitragserhöhungen eingehalten.
 - 2) 10-Prozent-Limite für Beitragserhöhungen nach Intervention durch das BSV eingehalten.
 - 3) Genehmigung einer Beitragserhöhung über 10 Prozent durch das BSV.
 - 4) Ablehnung einer Beitragserhöhung über 10 Prozent durch das BSV. Die Beschwerden dieser Kassen beim Eidgenössischen Departement des Innern wurden ebenfalls abgelehnt. Drei Kassen haben beim Bundesrat rekurrert. Zwei dieser Beschwerden wurden ebenfalls abgewiesen, die dritte ist noch hängig.
- Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung

hängigkeit vom Ausgang der Referendumsabstimmung, wird in Abbildung 8 dargestellt.

Die Massnahmen des Bundesbeschlusses vom 9. Oktober 1992

Massnahmen im ambulanten Bereich

Verschiedene Massnahmen wurden ergriffen, um die oben genannten Ziele zu erreichen. Im ambulanten Bereich, welcher rund zwei Drittel der Gesamtausgaben der Grundversicherung verursacht, wurden die für die Leistungen der Krankenversicherung massgeblichen Tarife und Preise auf dem Stand vom 30. Juni 1992 eingefroren. Für die Arzneimittel der Spezialitätenliste und der Arzneimittelliste mit Tarif gelten die Preise vom 15. September 1992 als Limite für 1993. Üblicherweise werden die Preise in diesem Bereich jährlich zweimal, am 15. März und am 15. September, angepasst. Deshalb werden die Tarif- und Preiserhöhungen für ambulante Behandlungen hier wirkungsvoller gebremst als durch die Regelungen des dringlichen Bundesbeschlusses vom 13. Dezember 1991. Abbildung 9 zeigt die Tarife für Arztbehandlung, Arzneimittel und Analysen.

Der Bundesrat kann für das Jahr 1994 eine Tarifierhöhung im ambulanten Bereich zulassen, wenn die Zielsetzung des dringlichen Bundesbeschlusses vom 13. Dezember 1991 im Jahre 1992 erreicht wurde (Abb. 10).

Eine Tarifierhöhung ist ausnahmsweise möglich, wenn der Taxpunktwert in den Jahren 1990 bis 1992 nicht angepasst wurde und nachgewiesen ist, dass die Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bei den betreffenden Leistungserbringern gleichzeitig um nicht mehr als der Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind. Der Taxpunktwert darf jedoch nur soweit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landes-

index der Konsumentenpreise im Jahre 1993 liegt (Abb. 11).

Eine weitere Ausnahme kann toleriert werden, wenn Krankenkassen und Erbringer von Leistungen während der Gültigkeitsdauer des Bundesbeschlusses erstmals interkantonale Verträge abschliessen (wenn beispielsweise verschiedene kantonale Verträge durch eine schweizerische Regelung ersetzt werden, was namentlich für die Hebammen vorgesehen ist).

Massnahmen im Spitalbereich

Tarife

Im Spitalbereich werden die Tarifierhöhungen begrenzt, aber nicht gänzlich verhindert. Das Nicht-Einfrieren der Tarife und Preise im Spitalbereich ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die zu treffende Lösung die Interessen der Kantone beachten musste. Die letzteren verlangten in der Tat, dass die Personalkosten besser berücksichtigt werden. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, wird der Teil der Spitalpauschale, welcher durch die Personalkosten bestimmt wird, nach dem Lohnindex des BIGA festgesetzt, während der Teil der Sachkosten dem Konsumentenpreisindex folgt. Abbildung 12 veranschaulicht die Berechnung der Pauschale des Spitals Y für das Jahr 1993.

Während der dringliche Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 die vorhergehende Kostenentwicklung berücksichtigte, ist das hier nicht der Fall. Es ist keine Tarifierhöhung vorgesehen, die über den Anstieg des Lohn- und Preisindex hinausgeht.

Die erlaubte Tarifierhöhung unter Anrechnung der Lohnkosten nach dem Lohnindex des BIGA und der Sachkosten nach dem Konsumentenpreisindex entspricht genau der Berechnungsmethode, die der Bundesrat neuerdings bei Tarifbeschwerden anwendet. Diese Methode wurde vom Bundesrat bei seiner Entscheidung vom 1. Juni 1992 erstmals angewendet (Beschwerde des kantonalen Krankenkassenverbandes

Abb. 8: Gültigkeitsdauer des Bundesbeschlusses vom 9. Oktober 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung

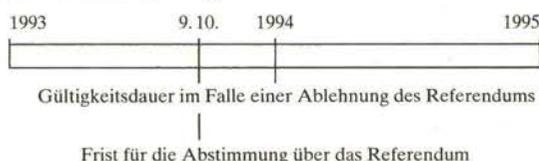


Abb. 9: Tarif für ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Analysen im Kanton X für das Jahr 1993

	1992	1993
Arzttarif im Kanton X (Taxpunktwert)	Fr. 1.75	Fr. 1.75
Medikament X	Fr. 51.95	Fr. 51.95
Analysen (Taxpunktwert)	Fr. 1.30	Fr. 1.30

Abb. 10: Arzttarife im Kanton X im Jahr 1994

Tarif 1993 (Taxpunktwert)	Entwicklung der Kosten pro Versicherten im ambulanten Bereich 1991-1992 (Annahme) (ΔC)	Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise 1991-1992 (ΔP)	ΔP plus ein Drittel (ΔP+)	Zulässige Erhöhung für 1994 (ΔC < ΔP+)	Zulässiger Arzttarif für 1994 (Taxpunktwert)
Fr. 1.75	2%	4,0%	5,3%	3,23%	Fr. 1.81

Abb. 11: Arzttarif für das Jahr 1993 im Kanton X, wenn zwischen 1990 und 1992 keine Anpassungen vorgenommen wurden

Arzttarif im Kanton X für das Jahr 1992 (Taxpunktwert)	Entwicklung der Kosten pro Versicherten in den Jahren 1989-1991 (ΔC)	Entwicklung des Landesindex der Konsumentenpreise in den Jahren 1989-1991 (ΔP)	ΔP plus ein Drittel (ΔP+)	Zulässige Erhöhung des Arzttarifes im Kanton X für das Jahr 1993	Zulässiger Arzttarif im Kanton X für das Jahr 1993 (Taxpunktwert)
Fr. 1.75	11%	11,5%	15,3%	3,9%	Fr. 1.82

Abb. 12: Für das Spital Y bewilligte Pauschale für 1993 (letzte verfügbare Daten: 1991)

Pauschale 1992 des Spitals Y	232.60
Anteil Personalaufwand des Spitals Y im Jahr 1991	75%
Anteil Sachaufwand des Spitals Y im Jahr 1991	25%
Zunahme BIGA-Lohnindex 1990/1991	7%
Zunahme Landesindex der Konsumentenpreise 1990/91	5,8%
Zulässige Pauschale für das Jahr 1993	75% von 232.60 = 174.45 + 7% = 186.70
	25% von 232.60 = 58.15 + 5,8% = 61.50
Total:	Fr. 248.20

Schaffhausen gegen den Entscheid der Schaffhauser Regierung vom 19. Dezember 1989).

Beteiligung an den Spitalkosten

Die Kostenbeteiligung der Spitalpatienten war in der Botschaft des Bundesrates vom 19. August 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung bei der Krankenversicherung nicht enthalten. Sie wurde von den eidgenössischen Räten eingeführt; der Bundesbeschluss sieht nun vor, dass vom Patienten für jeden Tag Spitalaufenthalt ein Beitrag von zehn Franken an die Behandlungskosten verlangt wird. Anstelle eines anteilmässigen Beitrages tritt ein gleichbleibender Beitrag an die Behandlungskosten.

Wenn sich Herr Schweizer für zehn Tage ins Spital Y begibt, übernimmt seine Kasse zehn Tagespauschalen zu 248.20 Franken und verlangt von ihm einen Beitrag von 100 Franken für die zehn Tage.

Dieser Entscheid ist auf den Willen des Parlaments zurückzuführen, auch auf die Nachfrageseite einzuwirken, trägt doch auch diese zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen bei. Eine Kostenbeteiligung soll dem Patienten die Kosten der im Gesundheitswesen geforderten Leistungen bewusst machen. Die Patienten sollen dazu bewogen werden, sich so oft als möglich für die ambulante Behandlung zu entscheiden, da diese nur eine bescheidene Infrastruktur erfordert und folglich weniger kostspielig ist als die Hospitalisierung. Diese Beteiligung an den Spitalkosten bezweckt auch, die bisherige Ungleichbehandlung von Spitalbehandlung und ambulanter Behandlung aufzuheben. Tatsächlich sieht die geltende Gesetzgebung keine Beteiligung an den Spitalkosten vor, was dazu beitragen kann, dass die Versicherten die stationäre Behandlung vorziehen.

Ein Referendum wurde inzwischen eingereicht, welches die Kostenbeteiligung von zehn Franken, im Tag in Frage stellt; betroffen davon ist aber der ganze Bundesbe-

schluss, und die Volksabstimmung darüber muss vor dem 9. Oktober 1993 angesetzt werden. Bei Ablehnung des Referendums werden die Bestimmungen des Bundesbeschlusses offensichtlich nicht in Frage gestellt. Wird es jedoch angenommen, kann die Gesamtheit der Bestimmungen des Bundesbeschlusses vom 9. Oktober 1992 im Jahre 1994 nicht mehr angewendet werden.

Beiträge

Der dringliche Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 sieht eine Beitragsplafonierung für das Jahr 1993 vor. So ergibt sich für Versicherte, die jung in ihre Kasse eingetreten sind (erste Altersgruppe der Erwachsenenkatgorie), je nach Kanton, ein Maximalbeitrag gemäss Abbildung 13. Personen, die älter in die Kasse eingetreten sind, bezahlen höhere Prämien. Andererseits können diese Maximalbeiträge um 5 bis 10 Prozent unterschritten werden, wenn die Kassen die Prämien nach Regionen innerhalb eines Kantons abstufen.

War der Beitrag eines Versicherten 1992 höher als der oben aufgeführte Wert, wird er 1993 auf diesem Niveau eingefroren.

Schlussbemerkung

Der Anstieg der Gesundheitskosten und der Krankenkassenprämien hat in den letzten Jahren ein so bedeutendes Ausmass angenommen, dass der Bundesrat nicht mehr untätig bleiben konnte. Indem er auf die Tarife einwirkt und Massnahmen gegen die Entsolidarisierung, die wir in den letzten Jahren beobachten mussten, ergreift, setzt er bei zwei Faktoren an, welche massgeblich zur Verschlechterung der Situation der Krankenversicherung und insbesondere der Versicherten beigetragen haben. Der Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 ist restriktiver als derjenige vom 13. Dezember 1991, insofern er namentlich im ambulanten Bereich ein Einfrieren der Tarife verfügt. Die Kosten werden also

entschiedener gebremst. Andererseits werden die Interessen der Kantone besser berücksichtigt. Eine echte Lösung muss sich jedoch aus einer vollständigen und langfristigen Umgestaltung unseres Gesundheitswesens ergeben. Der Bundesrat ist sich wohl bewusst, dass eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes das einzige Mittel ist, durch welches die grundlegenden Probleme der Krankenversicherung gelöst werden können. Das Parlament hat die Beratungen über diese Revision der Krankenversicherung schon aufgenommen. Sie wird aber auf jeden Fall einige Zeit beanspruchen; mit dem Erlass von Bundesbeschlüssen lassen sich zumindest provisorische Lösungen für die dringendsten Probleme finden. (Gr/Fa/Cy/Bx) —

Abbildung 13: Maximalbeiträge nach Kantonen für die erste Altersgruppe der Erwachsenenkatgorie

Kanton	Fr.	Kanton	Fr.	Kanton	Fr.
Zürich	130.20	Freiburg	141.75	Aargau	108.15
Bern	140.80	Solothurn	122.10	Thurgau	101.50
Luzern	117.75	Basel-Stadt	149.00	Tessin	153.80
Uri	101.85	Basel-Land	131.90	Waadt	222.10
Schwyz	104.30	Sch'hausen	114.30	Wallis	152.20
O'walden	104.40	Appenzell AR	89.30	N'burg	131.10
N'walden	101.50	Appenzell IR	88.45	Genf	207.00
Glarus	101.00	St.Gallen	106.75	Jura	142.90
Zug	109.30	G'bünden	89.70		

Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung

Die Entwicklung der Gesundheitskosten

Die Gesundheitskosten steigen übermässig an. Der Öffentlichkeit, insbesondere den Versicherten, ist diese Entwicklung vor allem durch die Prämien erhöhungen der letzten Jahre bewusst. Im folgenden wird die Entwicklung für den Zeitraum 1980-1990 aufgezeigt, dies im Bewusstsein, dass alle Anzeichen auf eine erhöhte Beschleunigung der Kosten in den Jahren 1991 und 1992 hinweisen.

VON PETER KUNZ, DR. PHIL. NAT., VIZEDIREKTOR BSV

Fast laufend werden in jüngster Zeit Wachstumsraten verschiedenster gesundheitsrelevanter Kostengrössen publiziert, die diese Entwicklung illustrieren. So werden Indikatoren der Kosten, Tarife, Medikamentenpreise, Spitalaufenthaltsangaben u.a.m. genannt. Sucht man aber nach Analysen, die Ursachen oder Hintergründe aufzeigen, findet man verschiedene Aussagen, die eher den Charakter von Mutmassungen haben. Die ausgewiesenen Wachstumsraten sind durchaus zutreffend; sie zeigen aber wenig konkrete oder direkt umsetzbare Ansatzpunkte auf. Zweckmässige Korrekturen sind daher schwer erkennbar.

Dabei sind Entwicklungsraten nicht nur ein Illustrationsmittel oder ein Indikator, sondern ebenso ein Analyseinstrument, indem durch Zerlegungen solcher Entwicklungswerte eigentliche Ursachen erkannt werden können. Man muss nur solche Zerlegungen suchen oder einen geeigneten zerlegbaren Ansatz wählen.

Abgrenzung der Kostenelemente

Die gesamten Krankenpflegekosten lassen sich in die drei Kostengruppen «Ambulante Behandlung», «Hospitalisierungskosten» und «Medikamentenkosten» aufteilen, mit Anteil

von rund 40, 45 und 15 Prozent an den Gesamtkosten. Die Unterteilung in weitere Kostensätze ist schwierig, zumal die Abgrenzungen nicht hinreichend gelingen.

Gesundheitspflege ist aber vor allem personalintensiv. Die verschiedenen Kostensätze sind Entschädigungen für Dienstleistungen, die weitgehend Personalkosten finanzieren. Im Spitalbereich sind etwa 80 Prozent der Kosten Personalkosten, in der ambulanten Behandlung einschliesslich Praxiskosten wohl 100 Prozent.

So stützen wir uns auf die entsprechenden Lohnkosten ab, womit vor allem Kosten der medizinischen Versorgung und Betreuung, die den Krankenkassen obliegen, betrachtet werden, während Investitionskosten, wie Baukosten oder Ausrüstungen von Spitälern, von der öffentlichen Hand übernommen werden. Dadurch kann die Entwicklung der Gesamtkosten durch diejenige der Lohnkosten der Ärzte und des Spitalpersonals sowie der Medikamentenkosten annäherungsweise ermittelt werden.

Die Basisdaten

Zur Beurteilung der Entwicklung werden für die 10-Jahres-Periode 1980-1990 durchschnittliche jährliche Zuwachsraten ermittelt. Da-

durch sollen kurzfristige Schwankungen geglättet und vermieden werden.

Verwendet werden Grunddaten der VESKA sowie allgemeine Wirtschaftsdaten. Die VESKA erfasst und publiziert solche Werte über Jahre hinweg, womit eine gleichbleibende Erfassung sichergestellt ist.

Die Veränderung der Lohnsumme setzt sich aus der Veränderung der Bestände und der Lohnzuwachsrate zusammen. Für die beiden Berufsgruppen liegen keine Lohnerhebungen vor, da das BIGA diese nicht erfasst. Als Ersatz wählen wir für das Spitalpersonal den AHV-Lohnindex, der auch karrieremässige Lohnverbesserungen – insbesondere im Altersbereich 20-40 – enthält, während für die Ärzte der BIGA-Lohnindex herangezogen wird.

Als Basis erhalten wir für die Periode 1980-1990 folgende jährliche Entwicklungsraten:

Wohnbevölkerung	0,6 %
Krankenversicherte	1,0 %
Ärztzahl	3,4 %
Spitalpersonal	3,2 %
Medikamentenpreise	4,2 %
AHV-Lohn	5,2 %
BIGA-Lohn	4,2 %
Preisentwicklung	3,4 %
Gesamtkosten VESKA	7,6 %
Gesamtkosten KV-BSV	8,0 %

Die Werte sind in Graphik 1 dargestellt.

Berechnung und Folgerungen

Sogleich sei die Berechnung aufgezeigt:

Wachstum Arztkosten = Ärztzahl 3,4 %	x	BIGA-Lohn 4,2 % = 7,7 %
Wachstum Spitalkosten = Spitalpersonal 3,2 %	x	AHV-Lohn 5,2 % = 8,6 %
Wachstum Medikamentenkosten = Krankenversicherte 1,0 %	x	Preisindex 3,4 % = 4,4 %
Kostensteigerung insgesamt = $40\% \times 7,7\% + 45\% \times 8,6\% + 15\% \times 4,4\% = 7,6\%$		

Vorerst ist eine Bemerkung zu den Grunddaten angezeigt. Noch gibt es keine vereinheitlichte Statistik im Gesundheitswesen, so dass

sich je nach Basis unterschiedliche Werte ergeben. So beträgt die Wachstumsrate der Gesamtkosten gemäss VESKA 7,6 Prozent, nach KV-Statistik des BSV 8,0 Prozent. Es besteht ebenfalls zwischen der Zunahme der Wohnbevölkerung (0,6%) und derjenigen der Krankenversicherten (1,0%) eine Differenz. Solche Unstimmigkeiten lassen sich erst durch einheitliche Abgrenzungen und eine verbesserte Datenerfassung bereinigen. Immerhin darf festgehalten werden, dass derartige Abweichungen geringfügig ausfallen und letztlich die Resultate innerhalb eines tolerierbaren Schwankungsbereiches liegen und daher die Folgerungen nicht entscheidend beeinflussen.

Die Ergebnisse mögen überraschend sein:

Die Steigerung der Gesamtkosten lässt sich durch den gewählten Berechnungsmodus in annehmbarem Masse darstellen.

Die Entwicklung der Medikamentenkosten folgt durchaus der Entwicklung der Konsumentenpreise, wenn als Bestandeszunahme das Mittel zwischen Wohnbevölkerung und Krankenversicherten berücksichtigt wird.

Für die Lohnkosten wurden Zuwachsraten eingesetzt, die gesamtschweizerisch gültig sind. Gruppenspezifische Abweichungen dürften bescheiden ausfallen. Dagegen fällt die Steigerung der entsprechenden Bestände markant aus. Für die Entwicklung sind vor allem diese mengenmässigen Ausweitungen verantwortlich. Diese Erkenntnis ist nicht neu; erstaunlich mag sein, wie eindeutig das Ergebnis ausfällt.

Das mengenmässige Wachstum zeigt sich auch auf andere Weise:

Berücksichtigt man die Bevölkerungszunahme von 0,6%, ergibt sich eine Nettozuwachsrate von 2,8% für die Ärztezahl und 2,6% für das Spitalpersonal. Vergleichsweise sei darauf hingewiesen, dass das BIP pro Einwohner in derselben Zeit jährlich real um 1,4% angestiegen ist. Die Differenz ist gross.

Ein anderer Vergleich ergibt sich, wenn die Konsultationshäufigkeit pro Person für die Jahre 1980 und 1990 ermittelt wird.

Wir gehen dazu von einer durchschnittlichen Konsultationsdauer von 15 Minuten aus. Bei 44 Wochenstunden und 40 Wochen pro Jahr erhalten wir für einen Arzt 7040 Konsultationen pro Jahr. Mit den Bestandeszahlen pro 1980 bzw. 1990 der Ärzte (7473 bzw. 10398) und der Wohnbevölkerungszahl pro 1980 und 1990 erhalten wir

1980:
 $7473 \times 7040 : 6385000 = 8,2$ Konsultat. p. P.

1990:
 $10398 \times 7040 : 6796000 = 10,8$ Konsultat. p. P.

Die durchschnittliche Konsultationshäufigkeit hat sich in 10 Jahren um 31,7 Prozent ausgeweitet.

Mit dieser Entwicklung ist in kurzer Zeit zu erwarten, dass jede Person der Wohnbevölkerung durchschnittlich einmal pro Monat ärztliche Assistenz beanspruchen wird.

Es versteht sich von selbst, dass Bestandesausweitung und Konsultationshäufigkeit miteinander verbunden sind.

Für unsere Betrachtung wurden als wirtschaftliche Daten allgemeingültige Angaben verwendet. Sie werden sich kaum wesentlich korrigieren lassen, zumal von Seiten des Spitalpersonals immer wieder Verbesserungen angebeht werden.

Die Entwicklung der Gesundheitskosten ist daher weitgehend auf ein Ansteigen der Bestände der Ärzte und des Spitalpersonals zurückzuführen.

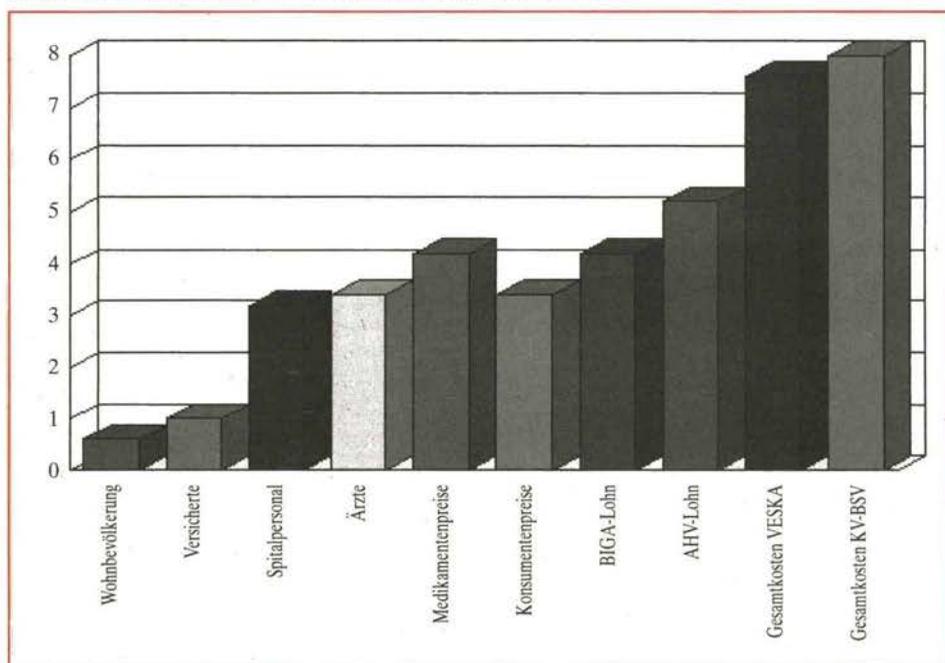
Kann die Entwicklung gebremst werden?

Zur Zeit laufen Bestrebungen, die Entwicklung der Gesundheitskosten zu normalisieren, einerseits durch eine lohnprozentuale Finanzierung, andererseits durch Kostendämpfungsmassnahmen.

Mit Lohnprozenten werden Erwartungen geweckt, die Finanzierung der Gesundheitskosten lasse sich leichter als mit einem Prämiensystem regulieren.

Werden die Gesamtausgaben der Krankenversicherung an der AHV-Lohnsumme gemessen, so führt die lohnprozentuale Finanzierung auf

Graphik 1: Verschiedene jährliche Entwicklungsraten 1980–1990



Prozentsätze von 5,5 Prozent für 1980 und 6,5 Prozent für 1990. Um die Finanzierung im Gleichgewicht zu halten, hätte ein Lohnprozentsatz jährlich um 1 Lohnpromille angehoben werden müssen.

Graphik 2 verdeutlicht die Scheinbewegung zwischen den Ausgaben der Krankenversicherung und der AHV-Lohnsumme.

Würde sich die öffentliche Hand an der Finanzierung beteiligen, resultierten betragsmässig geringere Prämiensätze. Der Anhebungseffekt würde aber bleiben und sich auch auf die Leistung der öffentlichen Hand übertragen.

Der Basiswechsel führt zu einer Änderung der Abgabenstruktur, aber nicht automatisch zu einer Dämpfung der Entwicklung.

Kostendämpfungsmassnahmen wollen den Kostenbereich regulieren. Sie werden aber nur gelingen, wenn sie dauerhaft gültig sind und

vor allem geeignet sind, das Bestandeswachstum abzuschwächen.

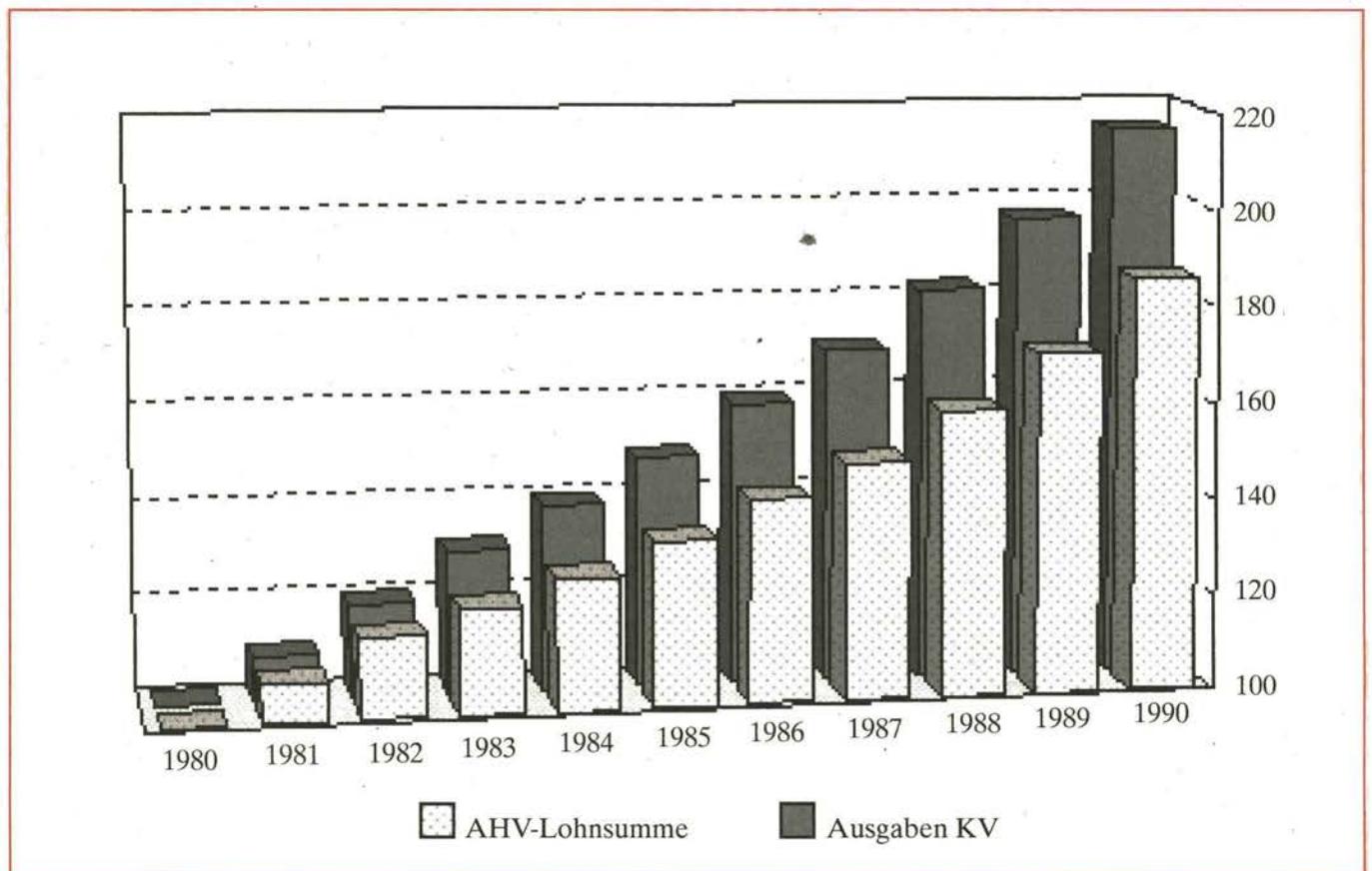
Von direkten Massnahmen zur Mengenbeschränkung wird abgesehen, da diese zweifelsohne unerwünscht, unbeliebt und hart sind. Mit Dämpfungsmassnahmen soll Angebot und Nachfrage auf ein neues Niveau angepasst werden, d.h. die Bestandeshäufigkeiten sollen indirekt beeinflusst werden.

Das bedeutet nicht eine Verschlechterung der Gesundheitspflege: Wer sich krank fühlt, soll zum Arzt gehen. Die Frage stellt sich, wie viele Konsultationen zur Kontrolle der Genesung und Erholung nötig sind. Das bedarf eines Konsenses der Medizinalpersonen und der Versicherten.

So bleibt die Erwartung, dass Kostendämpfungsmassnahmen stimulieren, dass sich Angebot und Nachfrage auf einer entsprechenden neuen Basis einspielen, mit dem Ziel, nicht eine maximale, sondern eine optimale Krankenversicherung zu erreichen. —

Graphik 2: Indexentwicklung der AHV-Lohnsumme und der KV-Ausgaben

Index (1980 = 100)



Arten und Ansätze der Familienzulagen am 1. Januar 1993

Auch wenn im Laufe der Jahrzehnte schon mehrere Versuche zu einer Vereinheitlichung der Familienzulagen – d.h. für eine Bundeslösung – unternommen wurden, sind die Unterschiede in den Leistungen zwischen den Kantonen immer noch beträchtlich, wie die nachfolgende Übersicht zeigt. Diese ist dem Sonderdruck des BSV «Arten und Ansätze der Familienzulagen» entnommen, welcher ausserdem Tabellen enthält über kantonale rechtliche Zulagen für ausländische Arbeitnehmer mit Kindern im Ausland, für Selbständigerwerbende und für die Landwirtschaft.

Der genannte Sonderdruck kann bei der Eidgenössischen Drucksachen- und Materialzentrale, 3000 Bern, unter Bestellnummer 318.820.93 in deutscher und französischer Fassung bezogen werden.

Kantonale rechtliche Familienzulagen für Arbeitnehmer

Beträge in Franken

Stand 1. Januar 1993

Kanton	Kinderzulage	Ausbildungszulage ¹¹⁾	Altersgrenze		Geburtszulage	Arbeitgeberbeiträge der kantonalen FAK in % der Lohnsumme
			allgemeine	besondere ¹⁾		
ZH	150	–	16	20/25	–	1,2
BE	125	–	16	20/25	–	1,5
LU	145	195	16	18/25	600	1,9 ¹⁰⁾
UR	150	–	16	18–25	600	2,0
SZ	150	–	16	18–25 ¹⁷⁾	800	1,8
OW	150	–	16	25/25	–	1,9
NW	150/175 ²⁾	–	16	18/25	–	1,75
GL	145	–	16	18/25	–	1,95
ZG	180/230 ²⁾	–	16	20/25	–	1,6 ¹⁰⁾
FR	190/210 ²⁾	250/270 ²⁾	15	20/25	1000 ⁷⁾	2,25
SO	165	–	18	18/25 ¹²⁾	600	1,5
BS	140	170	16	25/25	–	1,2
BL	140	170 ¹⁸⁾	16	25/25	–	1,5
SH	150	185	16	18/25	660 ⁸⁾	1,5 ¹⁰⁾
AR	130	–	16	18,25	–	1,8
AI	130/140 ²⁾	–	16	18/25	–	2,0
SG	140/175 ²⁾	–	16	18/25	–	1,8 ¹⁰⁾
GR	125	150	16	20/25 ⁶⁾	–	1,75
AG	140	–	16	20/25	–	1,7
TG	135	150	16	18/25	–	1,7
TI	176	–	16	20/20	–	2,0
VD ¹⁴⁾	120 ⁵⁾	165 ⁵⁾	16	20/25 ⁶⁾	1200 ⁷⁾ 16)	1,9
VS	200/280 ²⁾	280/360 ²⁾	16	20/25	1300 ⁷⁾ 19)	– ⁹⁾
NE ¹³⁾	130/155	180/205	16	20/25 ⁶⁾	800	1,8
	180/230	230/280				
GE	120/145 ³⁾	220	15	20/25	1000 ⁷⁾	1,5
JU ¹⁵⁾	138/162 ⁴⁾	186	16	25/25	708 ⁷⁾	3,3

- 1) Die erste Grenze gilt für erwerbsfähige und die zweite für in Ausbildung begriffene Kinder.
- 2) Der erste Ansatz gilt für die ersten beiden Kinder, der zweite für das dritte und jedes weitere Kind.
- 3) Der erste Ansatz gilt für Kinder bis zu 10 Jahren, der zweite für Kinder über 10 Jahre.
- 4) Der erste Ansatz gilt für Familien mit einem oder zwei Kindern, der zweite für solche mit drei und mehr Kindern.
- 5) Ab dem dritten Kind werden zusätzlich 135 Franken pro Kind ausgerichtet, sofern die Kinder in der Schweiz leben. Für erwerbsunfähige Kinder zwischen 16 und 20 Jahren beträgt die Kinderzulage 165 Franken.
- 6) Für Kinder, die eine IV-Rente beziehen, werden keine Zulagen gewährt. Im Kanton Waadt wird bei Ausrichtung einer halben IV-Rente eine halbe Kinderzulage gewährt.
- 7) Wird auch im Falle einer Adoption ausgerichtet.
- 8) Sofern das AHV-pflichtige Einkommen die Grenze von 47 300 Franken nicht übersteigt.
- 9) Keine kantonale Familienausgleichskasse.
- 10) Inklusive Beitrag an Familienzulagenordnung für Selbständigerwerbende.
- 11) Die Ausbildungszulage ersetzt die Kinderzulage; in Kantonen, welche keine Ausbildungszulage kennen, werden die Kinderzulagen bis zum Ende der Ausbildung, längstens jedoch bis zum Erreichen der besonderen Altersgrenze ausgerichtet.
- 12) Die Altersgrenze beträgt 25 Jahre für diejenigen Kinder, die von Geburt oder Kindheit an vollinvalid sind.
- 13) Die Ansätze gelten der Reihe nach für das erste, zweite, dritte und ab dem vierten Kind.
- 14) Verschiedene ausserkantonale Kassen und Arbeitgeber haben die höheren Ansätze der kantonalen Familienausgleichskasse auszurichten: 130 Fr. Kinder-, 180 Fr. Ausbildungszulage und 1 500 Fr. Geburtszulage; siehe auch Fussnote 5).
- 15) Für Bezüger von Kinder- oder Ausbildungszulagen wird eine Haushaltzulage von 120 Franken pro Monat ausgerichtet.
- 16) Bei Mehrlingsgeburten wird die Geburtszulage verdoppelt, ebenso bei gleichzeitiger Adoption von mehr als einem Kind.
- 17) Arbeitnehmer haben für ihre im Ausland wohnenden ehelichen Kinder lediglich Anspruch auf Familienzulagen bis zu deren vollendetem 16. Altersjahr.
- 18) Für im Ausland lebende Kinder in Ausbildung beträgt die Zulage 140 Franken.
- 19) Bei Mehrlingsgeburten oder bei Aufnahme mehrerer Kinder wird die Geburtszulage um 50 Prozent erhöht.

Kindesmisshandlung in der Schweiz

1988 setzte das Eidgenössische Departement des Innern die Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung ein. Sie erhielt den Auftrag, zuhanden des Bundesrates einen Bericht über die Kindesmisshandlungen in der Schweiz zu erstellen. Die Arbeitsgruppe sollte Massnahmen zur Behebung der Missstände vorschlagen, wobei die bestehenden Angebote des öffentlichen Bereiches des Kinderschutzes mitzubersichtigen waren. Der Bericht der Arbeitsgruppe ist am 30. Oktober 1992 in Bern der Presse vorgestellt worden. Die CHSS gibt zunächst eine Zusammenfassung des Berichts; daran anschliessend erläutert deren Urheberin, Nationalrätin Judith Stamm, die Beweggründe, die sie zu ihrem Vorgehen veranlassten, sowie ihre Erwartungen bezüglich der aus dem Bericht zu ziehenden Konsequenzen.

Zusammenfassung des eidgenössischen Kindesmisshandlungsberichts

Der Bericht über die Kindesmisshandlung in der Schweiz, der im Auftrag des Vorstehers des Eidgenössischen Departementes des Innern als Folge eines Postulats von Nationalrätin Judith Stamm vom 18. Juni 1987 erarbeitet wurde, gliedert sich in fünf Kapitel:

- Das *erste Kapitel* beschreibt die Zusammensetzung der Expertengruppe sowie deren Vorgehensweise.
- Im *zweiten* folgen allgemeine Angaben sowie Hinweise auf durchgeführte Studien und Umfragen zur Kindesmisshandlung in der Schweiz.
- Im *dritten Kapitel* wird auf die soziokulturellen, ökonomischen, familiären und individuellen Faktoren hingewiesen, die bei der Entstehung der Kindesmisshandlung zusammenwirken. Während theoretisch den Familien, bzw. den Kindern und Jugendlichen mit Schwierigkeiten, ein dichtes Netz von Beratungsstellen und Hilfsangeboten zur Verfügung steht, wurde in der im Bericht dargestellten gesamtschweizeri-

schen Befragung aufgezeigt, dass 24 Prozent der bei der Vormundschaftsbehörde gemeldeten Kinder erneuten Misshandlungen zum Opfer fallen.

- Im *vierten Kapitel* ist die Darstellung der gegenwärtig praktizierten Interventionen erhellt.
- Die im *fünften Kapitel* vorgeschlagenen Massnahmen implizieren eine Anpassung sozialer, pädagogischer, juristischer, vormundschaftlicher und pflegerischer Institutionen an die Bedürfnisse der Kinder und Angehörigen.

Eine generell bessere Unterstützung von Familien sowie eine Bevorzugung der bis anhin vernachlässigten Prävention kann nur erreicht werden, wenn die Behörden auf Bundes- wie auch auf kantonaler Ebene das Ausmass des Phänomens «Kindesmisshandlung» bzw. deren Konsequenzen für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung anerkennen und den Entschluss fassen, sich koordiniert damit auseinanderzusetzen. Dass es sich dabei um eine Problematik von grosser gesellschaftlicher Bedeutung handelt, verdeutlichen die in einschlägigen Studien gefundenen Zusammenhänge der Kin-

desmisshandlung mit Erkrankungs-raten und Kriminalität von Jugendlichen.

Es stellt sich die Frage, ob unsere Gesellschaft Werte wie elitäres Denken, Individualismus, soziale Ausgrenzung, welche sich nicht bewährt haben, neu überdenkt und sich entscheidet, die Jugend besser zu schützen. Geschieht dies nicht, muss künftig damit gerechnet werden, dass die erwerbstätige Bevölkerung ausserstande sein wird, die Belastungen, die ihr durch hilfsbedürftige Personen erwachsen, von denen viele Misshandlungsfälle sind, weiterhin zu tragen.

Feststellungen und Empfehlungen der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe empfiehlt mit Nachdruck, dass die eidgenössischen Behörden mit der notwendigen Kompetenz ausgestattet werden, um auf nationaler Ebene präventive und therapeutische Massnahmen gegenüber der Kindesmisshandlung aufbauen und koordinieren zu können. Dafür ist u.a. eine Harmonisierung der eidgenössischen und kantonalen Gesetze, die auf dieses Problem bezogen sind, erforderlich. Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Körperstrafe und andere Formen der entwürdigenden Behandlung von Kindern und Jugendlichen über die Bundesverfassung zu verbieten. Sie legt der Regierung und dem Parlament nahe, die Förderung und Unterstützung der Familie deutlich zu verstärken: über die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung sowie über das Fiskalrecht, das den ökonomischen Belastungen der Familie erheblich stärker Rechnung tragen sollte. Ebenso sollten auf schweizerischer Ebene all jene Berufsgruppen, die mit Kindern, Jugendlichen und Familien zu tun haben, eine Aus- und Weiterbildung erfahren, die den gegenwärtigen Erkenntnissen entspricht; davon sind u.a. die Rechtspflegeorgane, das Pflegepersonal, die Ärzte- und Lehrerschaft sowie die Polizei betroffen.

In Anbetracht des grossen Aufwandes, der in der Schweiz auf finanzieller und institutioneller Ebene im psychosozialen und medizinischen Bereich bereits geleistet wird, empfehlen die Experten, die bisherige Struktur, die bisherigen Massnahmen im Umgang mit den Problemen der Kindesmisshandlung systematisch zu evaluieren und konkrete Verbesserungen und Veränderungen nach Massgabe der Ergebnisse in die Wege zu leiten. *Die Expertengruppe geht davon aus, dass durch eine bessere Konzentrierung der Massnahmen und eine qualitative Verbesserung im Umgang mit den Problemen der Kindesmisshandlung nicht nur das Leiden der Betroffenen, Krankheiten und Behinderung vermindert werden könnten, sondern auch enorme finanzielle Einsparungen möglich wären.* Deshalb schlägt die Expertengruppe vor, statt einer Vermehrung der Dienste die bestehenden zu erneuern und dafür zu sorgen, dass die Fachleute zusammenarbeiten und sich wirkungsvoller organisieren.

Anlässlich der Pressekonferenz zum Kindesmisshandlungsbericht

wurden der Öffentlichkeit verschiedene Empfehlungen und Massnahmen im Zusammenhang mit der Prävention und der Bewältigung des Problems Kindesmisshandlung vorgestellt, wovon hier die wichtigsten aufgezählt werden. Von verschiedenen Referenten und Referentinnen wurde hervorgehoben, dass die schweizerische Gesetzgebung an sich über ein ausreichendes Instrumentarium verfüge und dass deshalb von einer weiteren Verrechtlichung des Themas abzusehen sei. Allerdings müsse auch von einem eigentlichen Vollzugsnotstand gesprochen werden, weshalb zusätzliche Massnahmen zur Verbesserung des Vollzugs in den Kantonen und Gemeinden eingeführt werden müssten.

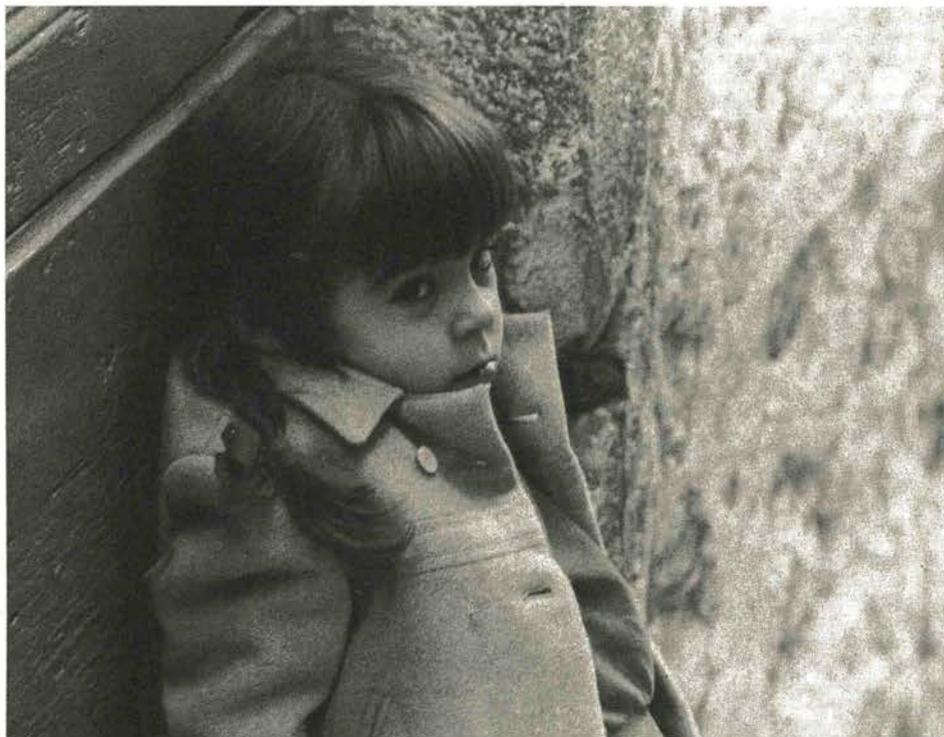
Abgesehen von der rechtlichen Kodifikation steht ein umfangreicher Katalog von sozial- und familienpolitischen, gesamtgesellschaftlich wirksamen Massnahmen zur Diskussion. Hier stellt sich ebenso wie bei rechtlichen Empfehlungen die Frage der direkten Wirksamkeit für die Betroffenen. Eine wohlge-meinte «ganzheitliche» Perspektive kann Gefahr laufen, nicht über das

Niveau allgemeiner und kaum umsetzbarer Absichtserklärungen hinauszukommen. Andererseits sollte auch vermieden werden, das Augenmerk nur auf einige Facetten oder extreme Erscheinungsformen des Problems zu richten. Ganz bedenklich wäre es schliesslich, wenn verschiedene Themen (Kindesmisshandlung, sexuelle Ausbeutung, Gewalt gegen Frauen, Inzest) hinsichtlich ihres vermeintlichen Wichtigkeits- und Aktualitätsgrades gegeneinander ausgespielt würden. Hier sind gerade die Medien auf ihre gesellschaftliche Verantwortung angesprochen. Aber auch jeder einzelne Mensch sollte sich über sein persönliches Sensorium für die Belange seiner Mitmenschen und über seine eigene Bereitschaft, Formen von Gewalt anzuwenden, Rechenschaft ablegen.

Was nun die konkreten Massnahmen betrifft, so wird seitens der Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung betont, dass angesichts des grossen fachlichen und infrastrukturellen Defizits, das bei kommunalen Behörden, Gerichten und sozialen wie medizinischen Diensten festgestellt werden kann, zuerst Anstrengungen zur Verbesserung der Situation an der Basis vorgenommen werden müssen. Hier wäre es denn auch nicht zu vertreten, wenn öffentliche Dienste ebenso wie die Unterstützung privater Einrichtungen Budgetkürzungen zum Opfer fielen.

Konkrete Massnahmen

- In Übereinstimmung mit der *UNO-Konvention* über die Rechte des Kindes fordert der Bericht, die Minderjährigen, bis anhin Objekte des Rechts, als Rechtssubjekte anzuerkennen.
- Von der Einführung von neuen Bestimmungen anlässlich einer *Totalrevision der Bundesverfassung* wird ein besserer Schutz des Kindes und der Mutterschaft erwartet.
- Durch die *Harmonisierung der kantonalen Gesetzgebungen* mit dem



Kindesmisshandlung beschränkt sich nicht auf körperliche Verletzungen. Betroffene Kinder erleiden Schädigungen verschiedenster Art. (Foto: Pro Juventute)

Bundesrecht sowie durch die Professionalisierung und Regionalisierung der Vormundschaftsbehörden sollen Zivilrechtsverfahren ermöglicht werden, welche geeignet sind, gefährdete Minderjährige besser zu schützen.

- Der Bericht empfiehlt ebenfalls eine wirksamere Unterstützung der Familien, indem in den Sozialversicherungen und im Steuerrecht den Familienlasten vermehrt Rechnung getragen wird. Konkrete *familienpolitische Massnahmen* umfassen:

Im rechtlichen Bereich:

- Im Scheidungsverfahren ist die Rechtsstellung des Kindes durch seine Anhörung und durch Bestellung eines Beistandes, welcher es während der Scheidung der Eltern begleitet, zu verbessern.
- Es sollen Vermittlungsstellen geschaffen werden, die scheidungswilligen Ehegatten helfen, sich über die Scheidung und deren Folgen zu verständigen.
- Es sollen eine Mutterschaftsversicherung eingerichtet und eine Unterstützung für Familien, welche Kinder bis zum Alter von zwei Jahren zu Hause betreuen, ermöglicht werden.
- Verbesserungen im Bereich der Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung, der Arbeitslosenversicherung sowie der Krankenversicherung zugunsten der Familie müssen vorgenommen werden.
- Die Familienzulagen sollen für alle Kinder eingeführt und ausgebaut werden.
- Die steuerliche Entlastung der Familien, und besonders von Alleinerziehenden soll verstärkt werden.
- Die Bevorschussung der Alimente für Mütter und Kinder soll ausgebaut werden.

Im sozialen Bereich:

- In der Arbeitswelt ist vermehrt Rücksicht auf die Familie zu nehmen.
- Im Wohnungswesen muss den besonderen Bedürfnissen der Familien Rechnung getragen werden.

- In den Medien soll der Elternbildung, der Prävention von Kindesmisshandlungen und der Eindämmung der Gewalt im allgemeinen vermehrt Raum gewährt werden.
- Es sind Notaufnahmезentren für misshandelte Kinder einzurichten.
- Elternbildung und Beratungsstellen bei besonderen Problemen sind auszubauen.
- Der Situation von Stief- und anderen zusammengesetzten Familien ist vermehrt Beachtung zu schenken.
- Besonderen Belastungssituationen der Familie (Krankheit, Invalidität, Tod, Freiheitsstrafe, Asylanten und Saisoniers) muss Rechnung getragen werden.
- Ein umfangreicher Massnahmekatalog sieht Anpassungen, Umstellungen und Reorganisationen des dichten Netzes von Institutionen und Behörden vor, welche Kindern und Familien in Schwierigkeiten helfen sollen. Es müssen multidisziplinäre Beratungsstellen zur Unterstützung der zivilrechtlichen und strafrechtlichen Kinderschutzböörden errichtet und ausgebaut werden. Die Aufgaben im Pflegekinderwesen gemäss Pflegekinderverordnung sollen an Fachstellen übertragen werden.

Es werden insbesondere die folgenden Ziele angestrebt:

- Die frühzeitige Aufdeckung gefährlicher Situationen für Kinder, insbesondere für Kinder im Vorschulalter.
- Das Ergreifen kohärenter Sorgemassnahmen schon von Anfang an, welche fortgeführt und regelmässig auf ihre Wirksamkeit hin geprüft werden.
- Die Einführung neuer Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die verschiedenen Berufsgruppen, welche mit Kindesmisshandlungen befasst sind. Andere europäische Regierungen haben bereits solche Massnahmen ergriffen. Ihre Verwirklichung ist in der Schweiz jedoch nur möglich, wenn die eidgenössischen Behörden mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattet sind.

- Der Abbau von Tabus und ein schrittweises Vermindern von Handlungsdefiziten wird nur nach entsprechenden politischen Entscheiden und unter Einbezug des Bundes geschehen.
- Das Leiden der misshandelten Säuglinge und Kinder, denen nicht geholfen wird, ist schrecklich. Rechtzeitige Pflegemassnahmen anzubieten ist ein Gebot der Ethik und dient dem Schutz der ganzen Gesellschaft.
- Die Verminderung von Kriminalität, Suizidalität, Toxikomanien und Invalidität, mit anderen Worten, die Unterstützung der gesunden und autonomen Entwicklung einer wachsenden Anzahl von Kindern und Jugendlichen, wird erst durch das Errichten von nationalen Programmen für Prävention und Therapie möglich. — (Hm)

Möchten Sie mehr über das Thema erfahren, bestellen Sie die

Sondernummer des Informationsbulletins «Familienfragen» «Gewalt gegen Kinder»

Diese erscheint Ende März und ist gratis bei der Zentralstelle für Familienfragen im Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Effingerstrasse 33, 3003 Bern, erhältlich.

Warum ein Bericht über Kindsmisshandlung?

VON NATIONALRÄTIN JUDITH STAMM, LUZERN

«Warum kamen Sie eigentlich dazu, vom Bundesrat einen Bericht über Kindsmisshandlung in der Schweiz zu verlangen», werde ich immer wieder gefragt. Meine Anfrage hatte zwei Gründe. Einerseits bin ich in meiner beruflichen Arbeit bei der Kriminalpolizei und bei der Jugendanwaltschaft seit Jahren Kindsmisshandlungen begegnet. Und ich erfuhr und erlebte immer wieder, mit wieviel Zurückhaltung, um nicht zu sagen «Hilflosigkeit», die zuständigen Behörden diese Fälle behandelten.

Andererseits wurde das Thema «Kindsmisshandlung» in den achtziger Jahren auch bei uns in der Schweiz zaghaft öffentlich diskutiert. Aber niemand hatte genaue Unterlagen. Deshalb entschloss ich mich zu dieser Anfrage im Parlament.

Der Bundesrat setzte eine Expertenkommission ein, welche den vorliegenden Bericht ablieferte. Ich danke dem Bundesrat und den Experten für ihre Arbeit.

Ist denn Kindsmisshandlung ein nationales Thema? Im Bericht selbst steht auf Seite 45: «Die Ergebnisse zeigen, dass die weite Verbreitung der Kindsmisshandlung in der Schweiz kein Hirngespinnst von Spezialisten, sondern eine erdrückende Tatsache ist.» Wenn also in unserem Lande zahlreiche Kinder nicht ungestört in guten und geborgenen Verhältnissen aufwachsen können, so muss das meiner Ansicht nach ein Thema höchster Priorität für die nationale Politik sein. Denn nur die Diskussion auf nationaler Ebene schafft Öffentlichkeit für dieses Thema. Sie zwingt uns, diese Verhältnisse, die auch bei uns existieren, wahrzunehmen und nicht länger zu verdrängen.

Im Zusammenhang mit Fällen von Kindsmisshandlung ist mir eine Tatsache immer wieder aufgefallen. Wir Erwachsene solidarisieren uns im gegebenen Fall viel schneller mit den beteiligten Erwachsenen als mit den betroffenen Kindern. Das ungestörte, ungequälte, frohe Aufwachsen eines Kindes ist für uns wohl ein Thema theoretischer Abhandlungen. Im konkreten Fall ist es ausserordentlich schwierig, dem Wohlbefinden eines Kindes gegenüber all dem, was für den Erwachsenen auf dem Spiele steht, den Vorzug zu verschaffen. Und noch beeindruckender ist folgende Tatsache. Es kommt vor, dass Kinder, ungeachtet ihrer ei-

genen Bedürfnisse, sogar als stabilisierender Faktor für das Wohlbefinden der Erwachsenen eingesetzt werden. Diese Situation habe ich immer etwa wieder angetroffen. Da wurden Kinder nicht fremdplaziert, weil sonst die alkoholranke Mutter sich noch ganz gehen lassen würde oder der psychisch schwer beeinträchtigte Vater mit Suizid gedroht hatte. Da wurde ein jüngstes Kind nicht aus der Familie genommen, weil die älteren Geschwister ja die miserablen Verhältnisse und die Misshandlungen auch durchgestanden hätten und «etwas Rechtes» geworden seien. Da wurde ein halb-wüchsiges Mädchen gescholten, weil es abends immer ausging, statt zu Hause zu bleiben und seine schwer depressive Mutter aufzuheitern. Im Verlaufe der Jahre bin ich immer wieder solchen «Einzelfällen» begegnet. Das veranlasste mich zur Feststellung, dass in unserem Lande offenbar Hunde besser geschützt



Zeichnung: A. Wilsdorf, Lausanne, aus: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (Hrsg.): (K)ein sicherer Ort. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen. Dokumentation zur Wanderausstellung, Bern 1992, 22.

seien als Kinder. Ein Kind, das in günstige Verhältnisse geboren wurde, hat Glück gehabt. Ein Kind, das in ungünstigen Verhältnissen aufwächst, muss lange leiden, bis ihm jemand zu Hilfe kommt.

Ich habe gesagt, dass das Thema Kindsmisshandlung ein Thema für die nationale Politik sei. Die nationale Politik muss die Öffentlichkeit und das Bewusstsein für dieses Thema schaffen. Vor allem sollten wir einen gesellschaftlichen Konsens finden, was denn die Minimalbedingungen wären, die einem Kind das ungestörte Aufwachsen ermöglichen. Bei den Tieren wissen wir recht genau, wieviel Bewegungsraum, wieviel Licht und wieviel Futter sie für ihr Gedeihen benötigen. Warum fällt es uns so schwer, für unsere eigenen «Jungen» Mindestanforderungen für deren gedeihliche Entwicklung zu formulieren?

Die konkreten Massnahmen sind nicht national, sondern auf Ebenen weiter unten zu ergreifen, bei den Kantonen, bei den Gemeinden, durch private Institutionen. Meine Meinung geht dahin, dass uns rechtliche Instrumente zur Genüge zur Verfügung stehen würden, um diesen Kindern und den entsprechenden Erziehungsberechtigten beizustehen. Dabei denke ich nicht etwa an das Strafrecht. Ich denke an die Kinderschutzmassnahmen des Zivilgesetzbuches. Hier stehen angepasste Instrumente zur Verfügung, die man nur im gegebenen Falle ergreifen muss. Dazu braucht es allerdings bei den Vormundschaftsbehörden und den Sozialdiensten Fachpersonen, die wissen, wie man Erziehungsberechtigten beisteht, die ihrer eigenen Gewalttätigkeit nicht Herr werden. Die auch wissen, wie das Vertrauen von misshandelten Kindern gewonnen werden kann. Die auch den Mut haben, in aussichtslosen Fällen dem Kind aus dem misshandelnden Milieu hinauszuhelfen.

Wir haben in unserem Lande sehr viele private Institutionen, die in den Bereichen Familien und Jugend tätig sind. Auch hier muss

überlegt werden, ob nicht beratende Funktionen wahrgenommen werden könnten. Wenn ich gefragt werde, was ich denn in erster Linie verwirklicht haben möchte, so sind es zwei Dinge. Es sollte überall ein «Sorgetelefon» für Kinder und Erziehungsberechtigte für alle Fragen und Probleme rund um die Kindsmisshandlung geben. Und es sollte überall Beratungsstellen mit gut ausgebildeten Menschen geben, an die sich Kinder und Erziehungsberechtigte vertrauensvoll wenden können.

Der vorliegende Bericht stellt für mich nur den Anfang einer Entwicklung dar, die wir alle in Gang setzen und vorwärts treiben müssen. Dieser Bericht bildet eine erste Grundlage, einen ersten Schritt. Er darf auf gar keinen Fall sang- und klanglos in den Schubladen der Amtsstuben verschwinden. Denn es kann nicht länger akzeptiert werden, dass wir als Angehörige einer westlichen, zivilisierten Industrienation uns nicht darum kümmern, ob in unserem Lande Kinder, die sich nicht wehren können, gequält, geschlagen, misshandelt werden. Dieser Missstand schreit schon lange zum Himmel. Wenn wir es nur endlich hören und handeln würden! —

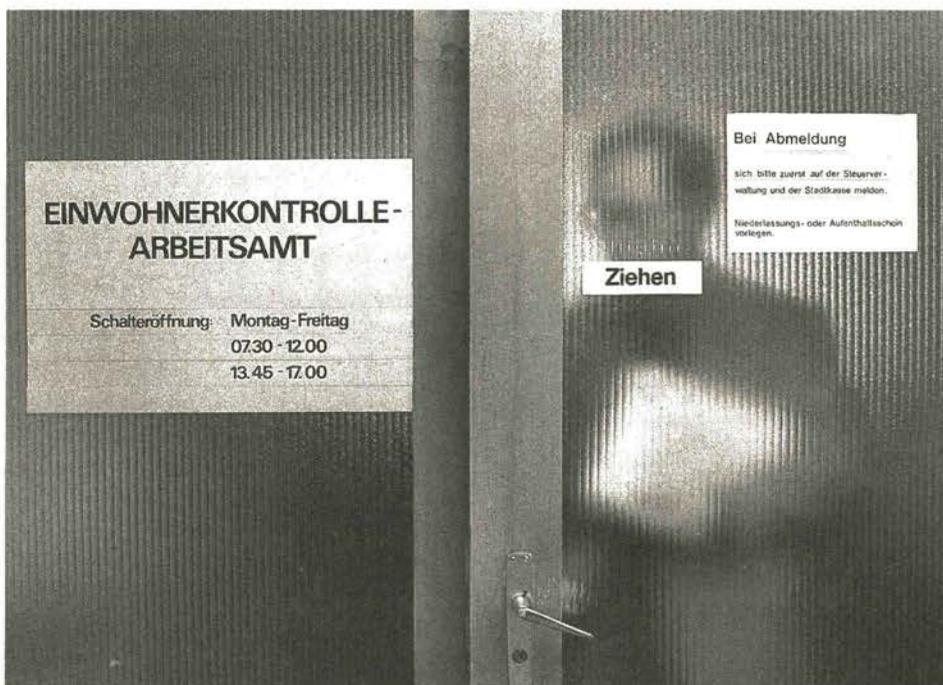
Die Arbeitslosenversicherung in der Bewährung

Die drastische Verschlechterung der Arbeitsmarktlage stellt die Arbeitslosenversicherung vor Probleme bisher nicht gekanntes Ausmasses. Der Bundesrat hat daher verschiedene Massnahmen bereits beschlossen, weitere werden zurzeit vorbereitet. Judith Wild, Mitarbeiterin der Abteilung ALV im Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit, gibt nachstehend einen Überblick über die aktuelle Situation.

Ausgangslage

Waren 1991 im Durchschnitt noch 39000 Personen arbeitslos, so stieg die Zahl der Arbeitslosen im November 1992 auf über 120000. Dem gegenüber sank die Zahl der gemeldeten offenen Stellen von durchschnittlich 10500 im Jahre 1991 auf 6788 im November 1992. Dieses krasse Missverhältnis zwischen offenen Stellen und Stellensuchenden hat zur Folge, dass die Zahl derjenigen Arbeitslosen, die sich seit mehr als 12 Monaten um eine neue Stelle bemühen, um das Siebenfache gestiegen ist.

Das seit dem 1. Januar 1984 geltende Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG) sieht einen Höchstanspruch von 250 Taggeldern vor, räumt aber dem Bundesrat die Kompetenz ein,



Infolge der erhöhten Arbeitslosigkeit sind die Arbeitsämter immer weniger in der Lage, ihre Funktion als Berater und Vermittler wahrzunehmen. (Foto: Ruben Sprich)

bei andauernder erheblicher regionaler oder allgemeiner Arbeitslosigkeit allgemein oder für besonders hart betroffene Versichertengruppen eine höhere Anzahl Taggelder festzusetzen, als ihnen aufgrund der Beitragszeit zustünde. Er darf dabei jedoch die Höchstzahl von 300 Taggeldern nicht überschreiten. Obwohl der Bundesrat von dieser Kompetenz Gebrauch machte, waren Ende November 1992 12 340 Langzeitarbeitslose registriert. Das heutige Höchstanspruchssystem vermag bei der jetzigen Arbeitsmarktlage nicht mehr zu verhindern, dass zahlreiche grundsätzlich vermittelbare Arbeitslose auch nach Ausschöpfung ihrer AIV-Taggelder trotz intensiver Stellensuche noch keinen Arbeitsplatz finden. Dies führt dazu, dass viele Betroffene fürsorgeabhängig werden, was neben den materiellen und immateriellen Nachteilen, die damit für den Einzelnen verbunden sind, auch gesellschaftspolitisch und volkswirtschaftlich problematisch sein kann.

Die massive Zunahme der Arbeitslosigkeit hat auch finanzielle Auswirkungen. War der Bundesrat in den letzten Jahren von Gesetzes wegen verpflichtet, den Beitragsatz

zu senken, weil der Vermögensstand des Ausgleichsfonds am Ende von zwei aufeinanderfolgenden Jahren im Durchschnitt 2,5 Prozent oder mehr der von der Beitragspflicht erfassten Lohnsumme erreichte, so genügte der Beitragsatz von 0,4 Lohnprozenten schon 1992 nicht mehr, um die Ausgaben zu decken. Nach eher vorsichtiger Einschätzung muss 1993 mit einer durchschnittlichen Arbeitslosigkeit von mindestens 4,5 Prozent bzw. mindestens 140 000 Arbeitslosen gerechnet werden, womit der Finanzbedarf für 1993 auf über 5 Milliarden Franken steigt. Der gesetzliche Maximalsatz von 2 Lohnprozenten reicht nicht aus, um die laufenden Ausgaben zu decken. Dadurch entsteht die Verpflichtung von Bund und Kantonen, zur Deckung des Fehlbetrages Darlehen zu gewähren.

Die herrschende hohe Arbeitslosigkeit bewirkt zudem eine Überlastung der Arbeitsamtvermittler, die anlässlich der Stempelkontrolle die Versicherten bei der Stellensuche beraten und unterstützen sollten. Die wöchentlich zweimalige Stempelkontrolle erweist sich bei der hohen Zahl von Arbeitslosen als Erschwernis, bleibt doch für die Bera-

tung praktisch keine Zeit mehr. Zwar bestimmt der Bundesrat die Kontrollvorschriften, das BIGA kann jedoch in Ausnahmefällen für eine befristete Zeit und für ein bestimmtes Gebiet die Kontrollpflicht auf einen Kontrolltag pro Woche beschränken, wenn ausserordentliche Verhältnisse dies erfordern. Etliche Kantone haben deshalb von der in der Verordnung zum Arbeitslosengesetz vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht und ein Gesuch um Kontrollpflichterleichterung gestellt.

Nachdem viele Kantone die Kriterien für eine Kontrollpflichterleichterung erfüllen, eine Erleichterung durch das BIGA jedoch nur für eine befristete Zeit möglich ist, galt Ende 1992 bereits mehrheitlich das Provisorium der einmaligen wöchentlichen Stempelkontrolle.

Der Bundesrat hat deshalb Massnahmen verabschiedet, mit denen die Arbeitslosenversicherung an die veränderte Arbeitsmarktlage angepasst werden sollte. Das Massnahmenpaket besteht einerseits aus einem Entwurf zu einem dringlichen Bundesbeschluss, andererseits aus mehreren Verordnungsänderungen, die auf den 1. Januar 1993 in Kraft getreten sind. Der Bundesbeschluss wird voraussichtlich in der Märzsession von den eidgenössischen Räten behandelt werden und dürfte frühestens am 1. April 1993 in Kraft treten. Weitergehende Anpassungen der Arbeitslosenversicherung will der Bundesrat im Rahmen des ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens beschleunigt vorantreiben, damit sie wenn immer möglich bereits am 1. Juli 1994 in Kraft treten können.

Die Verordnungsänderungen auf den 1. Januar 1993

Am 11. November 1992 verabschiedete der Bundesrat folgende Verordnungsänderungen, die am 1. Januar 1993 in Kraft getreten sind:

a) Verordnung über den Beitragsatz

b) Arbeitslosenversicherungsverordnung

c) Verordnung über die Erhöhung der Höchstzahl der Taggelder und den Wegfall der Taggeldkürzung

d) Verordnung über die Verlängerung der Kurzarbeitsentschädigung

a) Verordnung über den Beitragssatz

Grundsätzlich gilt, dass die Versicherung durch die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber sowie durch Zinsen des Ausgleichsfonds finanziert wird. Reichen die Beiträge trotz Anwendung des Höchstsatzes zusammen mit den Reserven des Ausgleichsfonds nicht aus, so gewähren der Bund und die Kantone Darlehen. Gemäss Art. 4 Abs. 2 AVIG kann der Bundesrat bei Bedarf den Beitragssatz auf maximal 2 Prozent festlegen. Der Finanzbedarf der Arbeitslosenversicherung wird 1993 voraussichtlich mehr als 5 Milliarden Franken betragen und kann deshalb nicht mehr durch die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber gedeckt werden. Da die Reserven des Ausgleichsfonds schon 1992 nicht mehr ausreichen, um den laufenden Finanzbedarf zu decken, ist die Versicherung 1993 auf Darlehen angewiesen. Somit blieb dem Bundesrat keine andere Möglichkeit mehr als die Heraufsetzung des Beitragssatzes auf 2 Lohnprozente.

b) Arbeitslosenversicherungsverordnung

Die in dieser Verordnung enthaltenen Änderungen tragen vor allem dem Umstand Rechnung, dass einige der bis anhin geltenden Regelungen sich bei der jetzigen Arbeitsmarktlage nachteilig für die Versicherten auswirkten.

Bis jetzt mussten Versicherte, die nach einer Saisontätigkeit oder einer Tätigkeit in einem Beruf, in dem häufig wechselnde Anstellungen üblich sind, fünf Wartetage bestehen. Für Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit waren, betrug die Wartezeit sogar 20 Tage. Angesichts der gegenwärtigen Arbeits-

marktlage werden die Wartetage nach einer Saisontätigkeit oder einer Tätigkeit in einem Beruf mit häufig wechselnden oder befristeten Anstellungen von bisher fünf auf einen Tag herabgesetzt. Für Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind, beträgt die Wartezeit neu nur noch 5 anstatt 20 Tage.

Die Stempelkontrolle wird einheitlich auf einmal pro Woche festgelegt, da ein wöchentlich einmaliger, aber dafür intensiverer Kontakt des Arbeitsamtes mit den Arbeitslosen die Aussichten einer erfolgreichen Vermittlung steigert. Auf die Stempelkontrolle bei wetterbedingten Arbeitsausfällen wird in der Regel verzichtet.

Die rasche Zunahme der Arbeitslosen führte auch zu einer Überlastung der Arbeitslosenkassen, was vor allem wegen der Abklärungen und der Berechnung des Anspruches bei der erstmaligen Auszahlung zu Beginn der Arbeitslosigkeit zu Verzögerungen führte. Bis anhin durfte die Arbeitslosenkasse einen Vorschuss für kontrollierte Tage nur dann gewähren, wenn die Anspruchsberechtigung des Versicherten vollständig abgeklärt war oder, in Ausnahmefällen, wenn sie mit grosser Wahrscheinlichkeit feststand. Neu haben die Versicherten einen Rechtsanspruch auf einen angemessenen Vorschuss für kontrollierte Tage, wenn sie ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft machen können.

Um die Eingliederung, Weiterbildung oder Umschulung von Versicherten zu fördern, sieht das Gesetz vor, dass die Versicherung finanzielle Beiträge an entsprechende Kurse oder Beschäftigungsprogramme entrichtet. Projektierungs- und Raumkosten konnten aber nur dann angerechnet werden, wenn die Verhältnisse es rechtfertigten. Angesichts der Tatsache, dass immer mehr Arbeitslose trotz intensiven Bemühungen während längerer Zeit keine neue Stelle finden, erscheint es angebracht, neu auch Projektierungs-, Kapital- und Raumkosten im

Zusammenhang mit Kurs- und Beschäftigungsprogrammen durch die Arbeitslosenversicherung zu subventionieren.

c) Verordnung über die Höchstzahl der Taggelder und den Wegfall der Taggeldkürzung

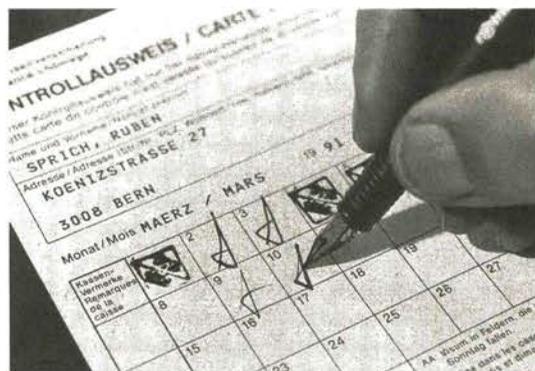
Die Dauer des Schutzes gegen Arbeitslosigkeit wird unter Verzicht auf die Kürzung der Taggelder für die ganze Schweiz von 85, 170 bzw. 250 Tagen – je nach vorgängiger Beitragszeit von mindestens 6, 12 bzw. 18 Monaten – auf die jeweils höhere Stufe von 170, 250 bzw. 300 Tagen angehoben. Der Bundesrat hatte eine Verordnung gleichen Inhalts bereits am 16. März 1992 für die Kantone Genf, Neuenburg und Tessin erlassen. Sie wurde in der Folge auf weitere Kantone mit hoher Arbeitslosenquote ausgedehnt. Seit dem 1. Januar 1993 gelten die höheren Ansätze gesamtschweizerisch.

d) Verordnung über die Verlängerung der Kurzarbeitsentschädigung

Die Kurzarbeits- oder Schlechtwetterentschädigung wird für die ganze Schweiz von bisher 12 auf die nach Gesetz innerhalb von zwei Jahren maximal zulässigen 18 Monate ausgedehnt.

Der Entwurf für einen dringlichen Bundesbeschluss

Da sich in unmittelbarer Zukunft keine Verbesserung der Arbeitsmarktlage abzeichnet, hat der Bun-



Seit dem 1. Januar 1993 muss nur noch einmal wöchentlich gestempelt werden. (Foto: Ruben Sprich)

desrat in einem Vernehmlassungs-entwurf zu einem dringlichen Bundesbeschluss folgende Massnahmen zur Diskussion gestellt:

- Verlängerung der Bezugsberechtigung von maximal 300 auf 400 Tage
- Reduktion des Entschädigungsansatzes von 80 auf 70 Prozent des versicherten Verdienstes, mit Ausnahmekatalog zur Vermeidung von Härtefällen
- administrative Erleichterungen
- Anreize für vorübergehende Arbeitseinsätze.

Mit diesem Bundesbeschluss soll der Schutz gegen Langzeitarbeitslosigkeit weiter verbessert werden. Zudem will der Bundesrat im Sinne einer Verstärkung des aktiven arbeitsmarktlichen Instrumentariums die Präventivmassnahmen ausbauen.

a) Verlängerung der Bezugsberechtigung von heute maximal 300 auf höchstens 400 Tage

Der Bundesrat sollte die Kompetenz erhalten, die Anspruchsberechtigung bei erheblicher andauernder Arbeitslosigkeit allgemein oder für besonders hart betroffene Versicherungengruppen auf höchstens 400 Tage zu verlängern. Damit kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass einerseits bestimmte Alters- und Berufsgruppen, andererseits aber auch die verschiedenen Landesregionen in sehr unterschiedlichem Ausmass von Arbeitslosigkeit betroffen werden.

b) Differenzierte Senkung des Taggeldansatzes von 80 auf 70 Prozent

Als Ausgleich zu dem auf 400 Tage verlängerten Versicherungsschutz soll der Taggeldansatz von 80 auf 70 Prozent reduziert werden. In der Praxis hat sich auch gezeigt, dass die Vermittlung von Arbeitslosen durch die gesetzliche Zumutbarkeitsregel erschwert werden kann. Eine Arbeit gilt nämlich nur dann als zumutbar, wenn sie mindestens gleichviel einbringt wie die Arbeitslosenentschädigung. Arbeitnehmern, deren Entschädigung höher

ist als der Lohn, den sie auf dem Arbeitsmarkt noch erzielen können, kann daher kaum eine Arbeit zugewiesen werden, was eine institutionell bedingte Verlängerung der Arbeitslosigkeit bewirkt. Dabei ist sich der Bundesrat bewusst, dass dieses Phänomen nicht generell für alle zutrifft, weshalb durch eine grosszügige Umschreibung der Härtefälle die Arbeitslosenentschädigung für die Mehrheit der Versicherten bei 80 Prozent belassen werden soll. So sollen zur Vermeidung von sozialen Härten Versicherte, die einen Zuschlag für entgangene Kinderzulagen beziehen, und alleinerziehende Elternteile von der Leistungskürzung ausgenommen werden. Weitere Ausnahmen sind für Versicherte mit geringem Taggeld und für Behinderte vorgesehen. Schliesslich soll der Anreiz zur Annahme einer Zwischenverdienstgelegenheit oder zur Weiterbildung erhöht werden, indem auch in diesen Fällen der höhere Ansatz von 80 Prozent bezahlt wird. Mit der vorgeschlagenen Reduktion wird annähernd der Zustand hergestellt, der bis zum 31. Dezember 1991 – bis zum Inkrafttreten der AVIG-Revision – galt.

c) Wegfall der Kontrollpflicht bei Kurzarbeit

Für Arbeitnehmer, deren Arbeit für länger als eine Woche ganz eingestellt ist, gelten heute die gleichen Kontrollvorschriften wie für Arbeitslose. Bei der jetzigen Arbeitsmarktlage ist es praktisch unmöglich, einem Arbeitnehmer, der infolge Kurzarbeit einen 100prozentigen Arbeitsausfall erleidet, eine Zwischenbeschäftigung zuzuweisen, weshalb analog bei wetterbedingten Arbeitsausfällen auf diese Kontrolle verzichtet werden sollte.

d) Erhöhung der Subventionssätze für Beschäftigungsprogramme

Die Programme zur vorübergehenden Beschäftigung von Arbeitslosen können heute bis zum Höchstsatz von 50 Prozent der anrechenbaren

Kosten durch die Versicherung subventioniert werden. Die Restfinanzierung obliegt dem Organisator, das heisst in der Regel dem Kanton oder der Gemeinde. Der Bundesrat sollte neu bei Beschäftigungsprogrammen für Arbeitslose, die ihren Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung noch nicht ausgeschöpft haben, die Unterstützungsbeiträge an die Organisatoren von heute höchstens 50 auf maximal 100 Prozent erhöhen können. Häufig werden Arbeitslose erst dann in Beschäftigungsprogramme eingewiesen, wenn sie den Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung ausgeschöpft haben und deshalb aus kantonalen oder kommunalen Fürsorgemitteln unterstützt werden müssen. Durch die Einführung eines höheren Subventionssatzes erhöht sich der Anreiz für den Veranstalter, Einsatzprogramme möglichst frühzeitig zum Tragen kommen zu lassen, was die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess verbessert.

Die Revision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes

Der Entwurf zum dringlichen Bundesbeschluss beschränkt sich auf jene Punkte, die ohne tiefgreifende Einschnitte in das geltende AIV-System verwirklicht werden können. Strukturelle Anpassungen und wichtige Fragen wie etwa ein neues Finanzierungskonzept der Versicherung, aber auch eine grundsätzliche Aufwertung der Präventivmassnahmen mussten aus Zeitgründen aus dem Entwurf ausgeklammert werden. Sie sollen Gegenstand einer ordentlichen Gesetzesrevision bilden, deren Vorbereitung unverzüglich an die Hand zu nehmen ist, sollte sie wie erhofft auf den 1. Juli 1994 in Kraft treten können. Bei dieser Revision wird auch zu entscheiden sein, welche der mit dem Bundesbeschluss vorgenommenen Änderungen in das ordentliche Recht überführt werden sollen. —

Die schweizerische Sozialversicherung nach dem Nein zum EWR

Zusammen mit dem EWR-Vertrag wurden dem Parlament in der sogenannten Eurolex-Vorlage alle erforderlichen Anpassungen des Bundesrechts an das EWR-Recht unterbreitet. Die am 9. Oktober 1992 verabschiedeten Änderungen sind durch die Verwerfung des EWR-Vertrags hinfällig geworden.

Von «Eurolex» zu «Swisslex»: Die Pläne des Bundesrates

Nach der Verwerfung des EWR-Vertrages sind die EWR-bedingten Gesetzesänderungen auf ihre mögliche Wiederaufnahme im ordentlichen Verfahren hin überprüft worden. Der Bundesrat hat am 13. und 20. Januar 1993 Beschlüsse über das weitere Vorgehen gefasst und diese anschliessend der Öffentlichkeit vorgestellt. Ziel der bundesrätlichen Politik ist es, das schweizerische Recht europafähig zu machen, indem innenpolitisch kaum bestrittene Eurolex-Vorlagen so rasch als möglich wieder aufgenommen werden. Der Bundesrat beabsichtigt, dem Parlament seine entsprechende Botschaft im März 1993 vorzulegen. Im Bereich der Sozialversicherungen sollen nach dem heutigen Stand folgende Eurolex-Geschäfte neu behandelt werden:

1. Ohne materielle Änderungen (insgesamt 15 Vorlagen):

- Änderung des Bundesgesetzes über die Sicherheit von technischen Einrichtungen und Geräten.
- Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung.
- Änderung des Bundesgesetzes über die Familienzulagen in der Landwirtschaft.

2. Mit einem Reziprozitätsvorbehalt, d.h. bei Gewährung des Gegenrechts: insgesamt 12 Vorlagen, keine

betreffend die Sozialversicherungen.

Die Wiederaufnahme weiterer Eurolex-Vorlagen (insgesamt 9) soll dem Parlament in einem späteren Zeitpunkt im Zuge hängiger oder bevorstehender Revisionen der betreffenden Gesetze zugeleitet werden. Betroffen sind u.a.:

- die Änderung des Krankenversicherungsgesetzes und
- die Änderung des Bundesgesetzes über die AHV.

Weitere 14 Vorlagen sollen nach heutiger Beurteilung nicht wieder aufgenommen werden. Es sind dies u.a.:

- der Bundesbeschluss über die Änderung des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge,
- der dringliche Bundesbeschluss über die Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung,
- der dringliche Bundesbeschluss über die Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV.

Sozialversicherungsabkommen der Schweiz

Die Schweiz ist zurzeit mit allen EG-Staaten (ausgenommen Irland) und allen EFTA-Staaten (ausgenommen Island) durch ein bilaterales Sozialversicherungsabkommen verbun-

den. Diese Abkommen beruhen auf folgenden Grundsätzen: Gleichbehandlung der beiderseitigen Staatsangehörigen, Aufrechterhaltung der erworbenen Ansprüche, Auszahlung der Leistungen zumindest in den Partnerstaat und Leistungsaus-hilfe in der Unfallversicherung (im Abkommen mit der Bundesrepublik Deutschland auch bezüglich der Krankenversicherung). Diese zweiseitigen Regelungen der Schweiz wären im EWR durch ein mehrseitiges Koordinierungssystem ersetzt worden, das auf den gleichen Grundsätzen beruht.

Nachdem die Schweiz nicht am EWR teilhaben wird, bleiben die bilateralen Regelungen weiterhin in Kraft und werden jeweils, je nach Bedarf, bei Änderungen in den Gesetzgebungen der Vertragsstaaten angepasst. Die Frage, ob künftig unsere Abkommen vermehrt den in der EG bzw. im EWR geltenden Regelungen angeglichen werden sollen (z.B. durch Einbezug der Leistungsaus-hilfe in der Krankenversicherung), ist zurzeit noch offen. (Bh/Me) —

INTERNATIONAL

Sessionen der eidgenössischen Räte

Frühjahrssession: 1.-19. 3. 1993
 Sondersession: 26.-30. 4. 1993
 Sommersession: 1.-18. 6. 1993
 Herbstsession 20. 9. - 8. 10. 1993
 Wintersession 29. 11. - 17. 12. 1993

Volkstimmungen

Aufhebung des Spielbankenverbots:
 7. 3. 1993

Koordinationsfragen in der Sozialversicherung

Das Schweizerische Institut für Verwaltungskurse an der Hochschule St.Gallen organisiert eine Tagung über Fragen der Koordination von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen. Behandelt werden insbesondere die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede der Koordinationssysteme von Krankenversicherung, Unfallversicherung und beruflicher Vorsorge. Als Referenten und Diskussionsleiter nehmen teil:

- Prof. Dr. Dr. Gerhard Gerhards, Universität Bern und Rechtsdienst der Abteilung ALV im BIGA, Bern.

- Prof. Dr. Urs C. Nef, ETH Zürich, St.Gallen.
- Dr. Franz Schlauri, Abteilungschef des Bundesamtes für Militärversicherung und Dozent für Sozialversicherungsrecht an der Hochschule St.Gallen, St.Gallen.
- Dr. Rudolf Wipf, Direktor der Unfallabteilung der SUVA, Luzern.

Die Tagung findet am 21. Juni 1993 im Kunst- und Kongresshaus Luzern statt. Sie wendet sich an Mitarbeiter von Sozialversicherungen, an Versicherungsverantwortliche im Personaldienst von Betrieben und Verwaltungen, an Richter, Rechtsanwälte sowie an weitere Interessierte.

Anmeldungen möglichst bis zum 20. Mai nimmt entgegen: das Sekretariat des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der HSG, Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen (Teilnahmegebühr 250 bzw. 225 Franken). Auskünfte beim Sekretariat des Instituts, Telefon 071 / 30 24 24. —

Tagungen, Kongresse, Kurse

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
24.-28. 3. 1993	Handicap 93, 2. internationaler Salon	Palais de Beaulieu, Lausanne	Tel. 021 / 643 21 11
27. 3. 1993	Computer in der Sonderschule; Grundkurs	VSA-Kurssekretariat, Seegartenstr. 2, Zürich	VSA, Tel. 01 / 383 47 07
31. 3. - 2. 4. 1993	Altenpflege-Kongress 1993	Nürnberg, Messezentrum	Vincentz-Verlag, Hannover, Tel. 0511 / 990 98 78
26. 5. 1993	Computer in der Sonderschule; Erfahrungsaustausch	VSA-Kurssekretariat, Seegartenstr. 2, Zürich	VSA, Tel. 01 / 383 47 07
2.-5. 6. 1993	PROLIFE, Fachmesse für Lebenshilfen im Alltag, Spitexbedarf, Rehabilitation, Prävention	Zürich, Züspa-Messegelände	Blenheim AG, Frau S. Hafner, 8048 Zürich, Tel. 01 / 492 76 16
21. 6. 1993	Koordinationsfragen in der Sozialversicherung	Luzern, Kunst- und Kongresshaus	Sekretariat d. Inst. für Verw'kurse, Tel. 071 / 30 24 24
25.-27. 8. 1993	Häusliche Pflege; Fachausstellung und Kongress für ambulante Pflege und Betreuung	Leipzig, Messegelände	Vincentz-Verlag, Hannover, Tel. 0511 / 990 98 78

Neue Erlasse (Gesetze, Verordnungen, Bundesbeschlüsse)

Nachfolgend sind die am 1. Januar 1993 in Kraft getretenen Erlasse aufgelistet (sie können bei der EDMZ, 3000 Bern, bezogen werden):

AHV/IV/EO/EL

- Bundesbeschluss über Leistungsverbesserungen in der AHV und der IV sowie ihre Finanzierung, vom 19. Juni 1992
- Verordnung 93 über Anpassungen an die Lohn- und Preisentwicklung bei der AHV/IV, vom 31. August 1992
- Verordnung 93 über Anpassungen bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, vom 31. August 1992
- Verordnung über die AHV (AHVV); Änderung vom 31. August 1992
- Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV); Änderung vom 31. August 1992
- Verordnung zur Erwerbsersatzordnung (EOV); Änderung vom 31. August 1992
- Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI), Änderung vom 9. Oktober 1992
- Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA); Änderung vom 9. Oktober 1992

BVG

- Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2); Änderung vom 28. Oktober 1992
- Verordnung 93 über die Anpassung der Grenzbeträge bei der beruflichen Vorsorge, vom 6. Oktober 1992

KV/UV

- Verordnung 5 des EDI über die Krankenversicherung betreffend die Mindestbeiträge in der Kollektivversicherung; Änderung vom 2. Juli 1992.

D A T E N U N D F A K T E N

- Verordnung 7 des EDI über die Krankenversicherung betreffend die von den anerkannten Krankenkassen zu übernehmenden wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen; Änderung vom 23. Dezember 1992
- Verordnung 9 des EDI über die Leistungspflicht der anerkannten Krankenkassen für bestimmte diagnostische und therapeutische Massnahmen; Änderung vom 23. Dezember 1992
- Verordnung IX über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen, vom 31. August 1992 (Inkrafttreten am 1. Oktober 1992 mit faktischer Wirkung ab 1993)
- Verordnung über die Beiträge an die Kantone zur Verbilligung der Prämien in der Krankenversicherung, vom 31. August 1992 (Inkrafttreten am 1. Oktober 1992 mit Wirkung bereits für das Jahr 1992, Auszahlungen aber erst ab 1993)

- Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung, vom 9. Oktober 1992
- Verordnung 15 des EDI über die Krankenversicherung betreffend die Höchstbeiträge in der Krankenpflegeversicherung für das Jahr 1993, vom 30. November 1992
- Verordnung 93 über Teuerungszulagen an Rentner der obligatorischen Unfallversicherung, vom 25. November 1992

ALV

- Arbeitslosenversicherungsverordnung (AVIV); Änderung vom 11. November 1992
- Verordnung über den Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung, vom 11. November 1992
- Verordnung über die Erhöhung der Höchstzahl der Taggelder und den Wegfall der Taggeldkürzung in der Arbeitslosenversicherung, vom 11. November 1992

- Verordnung über die Verlängerung der Höchstdauer der Kurzarbeitsentschädigung in der Arbeitslosenversicherung, vom 11. November 1992

MV

- Verordnung über die Anpassung der Leistungen der Militärversicherung an die Lohn- und Preisentwicklung, vom 28. Oktober 1992
- Verordnung über die Militärversicherung (MVV); Änderung vom 28. Oktober 1992 (Kürzungsberechnung)

Diverse

- Bundesgesetz über Finanzhilfen an die Höheren Fachschulen im Sozialbereich, vom 19. Juni 1992, sowie Verordnung hierzu, vom 30. November 1992.
- Tarif über die Entschädigungen an die Gegenpartei für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, vom 16. November 1992

Gesetzgebungsverfahren: Vorlagen des Bundesrates, Stand Ende Januar 1993

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. in Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum	
10. AHV-Revision	5. 3. 90	BBl 1990 II 1		SR 21.3.91		NR 17.3.92	
- 1. Teil				SR 2.6.92			19.6.92 (BBl 1992.III 979)
- 2. Teil				NRK 9.+13.4., 18.5., 11./23./24.11.92, 27.-29.1.93			
Volksinitiative «Für eine volle Freizügigkeit in der beruflichen Vorsorge»	26.6.91	BBl 1991 II 841		NR 30.1.92		SR 3.6.92	19.6.92 (BBl 1992.III 908)
Volksinitiative «Gesunde Krankenversicherung» (SPS/SGB)	6.11.91	BBl 1991 IV 985		SR 12.3.92		NR 7.12.92	18.12.92 (BBl 1993 I 3)
Revision der Krankenversicherung	6.11.91	BBl 1992 I 93	SRK 12./13./27.10.92, 4.-6.11.92	SR 17.12.92	NRK 7.1.93 25./26.1.93		
Bundesgesetz über die Freizügigkeit in der beruflichen AHI-Vorsorge	26.2.92	BBl 1992 III 533	NRK 26./27.10.92, 16.11.92	NR 9.12.92			
Aufhebung des Spielbankverbots (im Rahmen der Sanierung des Bundeshaushalts)	25.3.92	BBl 1992 III 349		SR 17.6.92 SR 5.10.92		NR 1.10.92	9.10.92 (BBl 1992 VI 58)
Wohneigentumsförderung durch die Mittel der beruflichen Vorsorge	19.8.92	BBl 1992 VI 237	NRK 16.-18.11.92, 8.+25.1.93				

NRK = Vorberatende Kommission des Nationalrates / SRK = Vorberatende Kommission des Ständerates

AHI-Vorsorge

**92.3463. Motion Keller Rudolf,
30. 11. 1992: Effizienzsteigerung der
BVG-Aufsichtsbehörden**

Nationalrat Keller hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, mit geeigneten Massnahmen und Empfehlungen von Bundesseite her den Kantonen bei der Bewältigung der vielfältigen BVG-Kontrollaufgaben zu helfen, damit die kantonalen Aufsichtsbehörden ihre Arbeit künftig optimal erfüllen können.»

**92.1135. Einfache Anfrage Rechsteiner,
14. 12. 1992: Beitragsrückstände bei
den Sozialversicherungen**

Nationalrat Rechsteiner hat folgende Anfrage eingereicht:

«Es häufen sich die Anzeichen dafür, dass die Sozialversicherungen, insbesondere die AHV/IV, immer grössere Verluste erleiden, weil die Beitragsrückstände und -ausstände der Arbeitgeber ständig zunehmen. Die Rückstände betreffen vielfach nicht nur den Arbeitgeberanteil, sondern sind oft auch mit einer wenigstens vorübergehenden Zweckentfremdung von Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen verbunden, die diesen vom Lohn abgezogen worden sind.

Ich frage den Bundesrat deshalb:

1. Wie hoch sind die Beitragsverluste und -rückstände der Sozialversicherungen, insbesondere der AHV/IV, im laufenden Jahr, verglichen mit den Vorjahren?
2. Was heisst dieser Verlust für die betroffenen Arbeitnehmer/innen und die Bundeskasse?

3. Welche Massnahmen werden zur Verminderung der Verluste und Rückstände (die ja regelmässig mindestens einen Zinsverlust beinhalten) vorgekehrt?

4. Ist der Vorschlag des Bundesrates, die Beitragsforderungen der Sozialversicherungen nach der Revision des SchKG überhaupt nicht mehr privilegiert zu behandeln, unter diesen veränderten Umständen noch haltbar? Wäre es nicht richtig, diese Forderungen zwar nicht in der ersten Klasse, aber doch gegenüber den nichtprivilegierten übrigen Forderungen zu privilegieren?»

Die Antwort des Bundesrates vom 3. Februar 1993 lautet:

«Wirtschaftlich schwierigere Zeiten wirken sich auch auf die Sozialversicherungen aus. Ein kleineres Wirtschaftswachstum bedeutet geringere Mehreinnahmen für die AHV/IV. Sodann bietet die Entrichtung der laufenden Beiträge – wie der Fragesteller zu Recht bemerkt – vermehrt Probleme, was sich in einem schleppenden Zahlungseingang oder gar in Beitragsverlusten äussert.

Unterbleibt eine Beitragszahlung, sind die Ausgleichskassen verpflichtet, nach erfolgter Mahnung die Zwangsvollstreckung einzuleiten. Diese beansprucht zwangsläufig eine gewisse Zeit, so dass zunächst einmal die Beitragsausstände ansteigen. Beitragsverluste treten im allgemeinen erst mit einer gewissen Verzögerung ein. Die zuständigen Gremien verfolgen die Entwicklung dieser Kennzahlen genau. Nach Ansicht des Bundesrates bewegt sich deren Zunahme bisher in engen

Grenzen, so dass vorderhand kein Grund zu ernster Besorgnis besteht. Aussagekräftigere Schlüsse lassen sich ziehen, sobald die Zahlen per Ende 1992 vorliegen. Zu den einzelnen Fragen gibt die Aufstellung unten links Auskunft.

Aus den ausstehenden Beiträgen darf nicht direkt auf allfällige Verluste geschlossen werden. Beispielsweise dienen Zahlungsaufschübe gerade dem Zweck, Abschreibungen zu vermeiden. In den Ausständen sind auch Beiträge enthalten, die in Betreuung oder Konkurs stehen, oder die in einem Beschwerdeverfahren hängig sind. Die Zahlen sind im übrigen im Verhältnis zu den Gesamteinnahmen zu sehen. So entsprechen die im Jahre 1991 abgeschriebenen 38,9 Mio Franken AHV/IV/EO-Beiträge 1,86 Promille der gesamten Beitragssumme.

2. Die von einem Arbeitnehmer erzielten Erwerbseinkommen, von welchen der Arbeitgeber die Beiträge abgezogen hat, werden in das individuelle Konto eingetragen, selbst wenn der Arbeitgeber die entsprechenden Beiträge nicht entrichtet. Dies bedeutet, dass der Arbeitnehmer keinen direkten Nachteil erleidet. Weil dem AHV-Fonds die Gelder jedoch fehlen, gehen die Verluste zulasten der Gesamtheit der Versicherten und der öffentlichen Hand. Letztere bezahlt 20% der Ausgaben der AHV und 50% jener der IV.

3. Der Verminderung der Verluste dient das straffe Beitragsinkasso der AHV. Beiträge, die nach erfolgter Mahnung und nach Ablauf der Nachfrist, welche spätestens zwei Monate nach Fälligkeit enden muss, unbezahlt bleiben, sind ohne Verzug auf dem Wege der Betreuung einzuziehen (Art. 37 Abs. 3 AHVV und Art. 15 Abs. 1 AHVG). Den Zweck der Verlustverminderung verfolgt auch die strenge Arbeitgeberhaftung, mit welcher gegen die Organe von juristischen Personen, welche die Beiträge schuldhaft nicht abliefern, vorgegangen wird. Beiträge, die innert zwei Monaten nach Fälligkeit

Jahr	Abgeschriebene AHV/IV/EO-Beiträge in Mio Fr.	AHV/IV/EO-Beiträge Versicherte und Arbeitgeber in Mio Fr.	Ausstehende AHV/IV/EO-Beiträge in Mio Fr. am 31. 12. (bzw. 30. 11. 1992)
1988	29,6	16 566	575
1989	28,9	17 728	674
1990	29,5	19 304	784
1991	38,9	20 844	832
bis 11. 1992	31,0	18 686	673

keit nicht bezahlt werden, müssen im übrigen verzinst werden.

4. Die Botschaft zur Revision des SchKG führt die Gründe auf, die den Bundesrat zur Reduktion der Konkursprivilegien auf das sozial Notwendige und Gebotene bewogen haben: Ein Konkursprivileg soll nur dort gewährt werden, wo eine natürliche Person unabdingbar darauf angewiesen ist. Der Bundesrat war und ist sich bewusst, dass die neue Privilegienordnung – es wurde auch auf das Verrechnungssteuerprivileg verzichtet – für den Bund mit finanziellen Ausfällen verbunden sein kann. Durch den Verzicht auf die Privilegierung der Forderungen des Bundes können jedoch andere Gläubiger, die einen finanziellen Verlust weniger als der Bund verkraften, befriedigt werden. Somit wird ein Grundübel des Konkurses so weit wie möglich eingeschränkt. Die Besserstellung der grossen Zahl der nicht privilegierten Gläubiger ist ein wichtiges Ziel der Revision des SchKG.

Sollte die vom Bundesrat vorgeschlagene Privilegienordnung ins Gesetz aufgenommen werden, ist die AHV nach wie vor bestrebt, die Verluste durch die in Ziffer 3 erwähnten Massnahmen möglichst tief zu halten.

Der Entscheid über die Beibehaltung des Beitragsprivilegs für die Sozialversicherungen liegt beim Parlament, vor dem die Revision des SchKG bereits hängig ist. Der Bundesrat vertritt weiterhin die Ansicht, dass die Streichung dieses Privilegs ein Gradmesser für die Qualität dieser Revision und für eine gerechtere Zwangsvollstreckungsordnung ist. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die vorberatende Kommission Ihres Rates den Nachlassvertrag zu einem Sanierungsinstrument ausbauen will. Dies ist – nicht zuletzt im Hinblick auf die aktuelle Wirtschaftslage – ein berechtigtes Anliegen, das auch dem Bundesrat am Herzen liegt. Die Beibehaltung des Beitragsprivilegs für die Sozialversicherungen würde aber dieses Anliegen wieder vereiteln.»

92.3553. Postulat Frick, 17.12.1992:

Sicherstellung der IV-Renten für Suchtkranke

Ständerat Frick hat folgendes Postulat eingereicht:

«Im Rahmen der Invalidenversicherung sind auch Suchtkranke – unter anderem Alkohol- und Drogenkranke – rentenberechtigt. Die Auszahlung der Renten erfolgt in der Regel in bar an die Berechtigten. Vor allem Drogenabhängige verwenden diese Rente nicht für den Lebensunterhalt, sondern setzen sie aus naheliegenden Gründen umgehend auf dem Drogenmarkt um.

Es ist angezeigt, dieser Problematik nachzugehen und sicherzustellen, dass in solchen Fällen die Renten nicht an die Suchtkranken direkt ausbezahlt werden, sondern zweckentsprechend verwendet werden.

Der Bundesrat wird daher eingeladen:

- abzuklären, wieviele Renten an Suchtkranke – insbesondere Drogenabhängige – direkt ausbezahlt werden.
 - geeignete Massnahmen zu prüfen, um sicherzustellen, dass die Renten zum Unterhalt der Berechtigten und ihrer Familien verwendet werden und insbesondere verhindert wird, dass die Renten umgehend in den Drogenmarkt fließen.
 - darüber Bericht zu erstatten, die geeigneten Massnahmen zu treffen und dem Parlament gegebenenfalls die nötigen gesetzlichen Änderungen vorzulegen.»
- (9 Mitunterzeichner)

92.3573. Motion Schnider, 18.12.1992:

Einführung der Witwerrente

Nationalrat Schnider hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird gebeten, die gesetzliche Grundlage zu schaffen, welche die Einführung der Witwerrente ermöglicht. Diese Witwerrente ist vor allem für jene Männer vorzusehen, die nach dem Tod ihrer Frau für mindestens ein Kind zu sor-

gen haben und deren Einkommen eine bestimmte Grenze nicht übersteigt. Durch die Einführung der Witwerrente sind jene Kinder und Pflegekinder von Witwen und Witwern gleichzustellen, die im gleichen Haushalt leben und das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben.»

(28 Mitunterzeichner)

92.3594. Motion Zisyadis, 18.12.1992:

Ergänzungsleistungen zur IV für Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter

Nationalrat Zisyadis hat folgende Motion eingereicht:

«Ich ersuche den Bundesrat, eine Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) zu veranlassen.

Zahlreiche invalid gewordene Gastarbeiter haben ihre Beiträge für die IV, die obligatorische Unfallversicherung und die 2. Säule bezahlt, zweifellos oftmals in der Annahme, damit der Pflicht Genüge getan zu haben. Indessen werden eine gewisse Anzahl von ihnen keine Ergänzungsleistungen zur AHV und IV erhalten, weil sie nicht mindestens 15 Jahre ununterbrochen in der Schweiz wohnhaft waren. Diese sehr strenge Regelung steht im Widerspruch zur Arbeitsrealität des Gastarbeiters, dessen Leben weniger linear verläuft, als dies vom Gesetz vorgesehen ist. Daraus ergeben sich Situationen von schreiender Ungerechtigkeit.

Der Bundesrat wird aufgefordert, im Rahmen einer Gesetzesrevision dafür zu sorgen, dass die Gastarbeiter früher Ergänzungsleistungen erhalten (schon nach 5 Jahren), dass das Beitrittsalter der Versicherten im Zeitpunkt der Beitragszahlungen berücksichtigt wird und dass die Kriterien für die Berechnung der Leistungen so geändert werden, dass diese den tatsächlichen Lasten der Betroffenen entsprechen.

Solche Probleme werden sich mit der zunehmenden Mobilität innerhalb von Europa verschärfen. Eine ausreichende soziale Einbettung des

ärmsten Teils unserer Gesellschaft und unseres Kontinents wird unumgänglich.»
(7 Mitunterzeichner)

KV/UV

92.3465. Postulat Huber, 30. 11. 92:

Streitentscheidung zwischen den Tarifpartnern in der sozialen Krankenversicherung
Ständerat Huber hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird aufgefordert, umgehend Strukturen zu schaffen und Abläufe sicherzustellen, die es erlauben, die sich häufenden Tarifstreitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern in der sozialen Krankenversicherung in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach Eingang zu entscheiden.»
(25 Mitunterzeichner)

92.3537. Postulat Carobbio, 17. 12. 1992:

Anerkennung von Physiotherapien
Nationalrat Carobbio hat folgendes Postulat eingereicht:

«Medikamentöse Therapien führen bei der Behandlung verschiedener rheumatischer Erkrankungen bisweilen zu negativen Ergebnissen. Umgekehrt erzielen Physiotherapien günstige Resultate. Oft wird der Zugang zu solchen Therapien aber dadurch erschwert, dass diese von den Krankenkassen auch dann nicht anerkannt werden, wenn sie der Arzt verordnet hat. Dies gilt beispielsweise für die Physiotherapien des Typs «Schiatzu».

Die Unterzeichner verlangen, dass auch die Physiotherapien des Typs «Schiatzu» in die Liste der von den Krankenkassen anerkannten Therapien aufgenommen werden, wenn sie ärztlich verordnet sind.»
(10 Mitunterzeichner)

Zu 91.071. Postulat II der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 6. 11. 1992: SUVA als Krankenversicherer

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates hat im Zusammenhang mit der Re-

vision der Krankenversicherung folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, die Frage der Zulassung der SUVA zur sozialen Krankenversicherung in allen Aspekten zu prüfen und den eidgenössischen Räten Bericht und Antrag zu stellen.»

Das Plenum des Ständerates hat diesen Vorstoss am 17. Dezember 1992 angenommen und zur Prüfung an den Bundesrat überwiesen.

Familienfragen

92.3558. Motion Goll, 17. 12. 1992:

Aufhebung der Verjährungsfrist bei sexueller Ausbeutung von Kindern
Nationalrätin Goll hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, die Verjährungsfrist bei sexuellen Handlungen mit Kindern unter 16 Jahren (Art. 187 Ziff. 5) aufzuheben und entsprechende Artikel im Sexualstrafrecht zu ändern.»
(40 Mitunterzeichner)

ALV

92.3538. Postulat Dünki, 17. 12. 1992:

Revision des AVIG
Nationalrat Dünki hat folgendes Postulat eingereicht:

«Das Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung soll dahingehend revidiert werden,

- dass die Höchstzahl der Taggelder nicht begrenzt wird, d.h. die Arbeitslosenversicherung bezahlt – ungeachtet der Dauer der Arbeitslosigkeit – die Entschädigung so lange, wie jemand vermittelbar ist;
- dass die Stempelkontrolle abgeschafft wird. An deren Stelle treten regelmässige Beratungsgespräche zwischen Arbeitsamt und Stellensuchenden;
- dass der Abrechnungs- und Administrationsaufwand der Arbeitslosenkassen reduziert und die Berechnung für die Arbeitslosenentschädigung vereinfacht wird.»
(9 Mitunterzeichner)

92.3581. Postulat Fasel, 18. 12. 1992:

Missbrauch der ALV

Nationalrat Fasel hat folgendes Postulat eingereicht:

«Mit den finanziellen Engpässen in der Arbeitslosenversicherung haben auch die Vorwürfe des Missbrauchs zugenommen. Um das Vertrauen in dieses wichtige Sozialwerk zu erhalten, ist es dringend erforderlich, diesen Vorwürfen auf den Grund zu gehen.

Der Bundesrat wird gebeten, unverzüglich einen Bericht über die Missbräuche in der Arbeitslosenversicherung vorzulegen, der unter anderem folgende Fragen beantwortet:

1. Wie gross ist das Ausmass des Missbrauchs?
2. Welcher Art sind die möglichen Missbräuche?
3. Welches sind die Ursachen des Missbrauches?
4. Lassen sich aus den Kriterien Alter, Geschlecht, Ausbildung oder Berufsgruppen Hinweise ableiten, Unterschiede bzw. unterschiedliche Häufungen feststellen?
5. Lassen sich Unterschiede zwischen in- und ausländischen Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen feststellen?
6. Gibt es Hinweise, dass Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen statt frühpensioniert arbeitslos werden?

Welche möglichen Massnahmen gedenkt der Bundesrat zu treffen, um gegen den Missbrauch der Arbeitslosenversicherung vorzugehen?»

92.3582. Interpellation Seiler Hanspeter, 18. 12. 1992: Revision des AVIG

Nationalrat Seiler hat folgende Interpellation eingereicht:

«Der Bundesrat beabsichtigt, das AVIG neuen Gegebenheiten und Erfordernissen anzupassen. Im Laufe des nächsten Jahres wird sich die zuständige Kommission des Erstrates damit zu befassen haben. Die vor allem durch die Rezession und die zunehmende Automatisierung der Unternehmungen vieler Branchen verursachte ausserordentlich hohe Arbeitslosenzahl und eine durch-

schnittlich längere Zeit der Stellenlosigkeit haben einen massiv erhöhten Finanzierungsbedarf zur Folge. Die vorgesehene Erhöhung des Prämiensatzes auf 2% basiert auf dem unveränderten Prinzip der Gleichstellung der Höchsteinkommengrenzen für die Beitragsbemessung (Art.3 AVIG) und für den versicherten Verdienst (Art.23 AVIG). Die bestehende Regelung führt zudem in vielen Fällen dazu, dass die Entlohnung für eine Beschäftigung tiefer liegt als die von der Arbeitslosenversicherung ausbezahlte Taggeldentschädigung. Die Tatsache, dass deshalb oft die finanziell bessere Lösung angestrebt wird, ist aus der Sicht des Arbeitslosen zwar verständlich, liegt aber nicht im Interesse der Versicherung und deren Zweck. Ist der Bundesrat bereit, auch die damit im Zusammenhang stehenden Lösungsvarianten bei der Gesetzesrevision mitzubersichtigen:

1. angemessene Erhöhung der Höchsteinkommengrenze für die Beitragsbemessung ohne Erhöhung der Höchstlimiten für die Bemessung des versicherten Verdienstes unter der Voraussetzung, dass

- die Gesamtprämienbelastungen für den Arbeitgeber faktisch kostenneutral bleiben,
- für alle Einkommen dieselben Beitragssätze gelten.

2. Auszahlen des nachgewiesenen Minderbetrages zwischen Entschädigung für Ersatzbeschäftigung gemäss Art.15 und 16 AVIG und Taggeldentschädigung.»

Internationales

92.3564. Motion Blatter, 17. 12. 1992: Schweizerisch-deutsche Fürsorgevereinbarung für Hilfsbedürftige

«Der Bundesrat wird eingeladen, mit der Bundesrepublik Deutschland Verhandlungen aufzunehmen, mit dem Ziel, das Abkommen zwischen der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland über die Fürsorge Hilfsbedürftiger so zu ändern, dass die Unterstützungsverantwor-

tung des Heimatstaates für ausgerichtete Fürsorgeleistungen des Aufenthaltsstaates nach einer Wohnsitzdauer von zwei Jahren erlischt. Nach zwei Jahren hat der Staat, in welchem der bzw. die ausländische Staatsangehörige Wohnsitz hat, die Fürsorgeleistungen allein zu tragen.

Bestehen zwischen andern Staaten und der Schweiz ähnliche Vereinbarungen, sollen diese ebenfalls in diesem Sinne geändert werden.»
(23 Mitunterzeichner)

92.3499. Interpellation Pini, 9. 12. 1992: Ratifizierung der Europäischen Sozialcharta

Nationalrat Pini hat folgende Interpellation eingereicht:

«Ich komme auf meine Interpellation vom 8. Februar 1990 zurück. Gestützt auf die dort aufgeführten Gründe frage ich den Bundesrat, ob er nicht – im Sinne eines Beweises für seine Bereitschaft, sich dem „Europa der Grundsätze“ zu öffnen – den Zeitpunkt für gekommen ansieht, um dem Parlament nach beinahe 15 Jahren der Zweifel und der Unsicherheit die Sozialcharta des Europarats erneut zur Ratifizierung vorzulegen, jene Sozialcharta, die die Landesregierung bereits vor Jahren unterzeichnet hat.»

Der Bundesrat hat die Interpellation am 27. Januar im schriftlichen Verfahren wie folgt beantwortet:

«Der Bundesrat hatte schon 1976 seine Absicht bekundet, den Beitritt der Schweiz zur Europäischen Sozialcharta vorzunehmen, indem er das Instrument unterzeichnet und anschliessend, vor zehn Jahren, seinen Bericht den eidgenössischen Räten vorgelegt hatte. Wie allgemein bekannt, haben der Ständerat 1984 und der Nationalrat 1987 entschieden, auf eine Ratifizierung der Sozialcharta zu verzichten.

In der Zwischenzeit sind in Europa tiefgreifende Umwälzungen erfolgt; im Westen durch eine Integrationsdynamik, im Osten mit einem historischen Vorgang der Demokratisierung. Diese bedeutende

Entwicklung und der neue europäische Kontext haben den Stellenwert der Sozialcharta nicht geändert. Die Charta ist somit zu einem Instrument geworden, auf das sich eine wachsende Zahl europäischer Länder bezieht, und neue Staaten sind ihr beigetreten; das Übereinkommen wird zu den zentralen Verwirklichungen des Europarats gezählt, zusammen mit der Europäischen Menschenrechtskonvention.

In seiner Antwort auf die Interpellation Pini vom 8. Februar 1990 zur selben Angelegenheit hatte der Bundesrat angekündigt, die Frage einer Ratifizierung der Sozialcharta im Licht des Abstimmungsausgangs über die Beteiligung der Schweiz im EWR erneut zu prüfen. Das Inkrafttreten des EWR für unser Land und die damit verbundenen gesetzgeberischen Anpassungen, auch im Sozialbereich, hätten eine neue Lagebeurteilung mit Bezug auf eine Ratifizierung der Sozialcharta tatsächlich erleichtert. Der EWR ist freilich am 6. Dezember 1992 von Volk und Ständen verworfen worden. In Anbetracht des Ergebnisses dieses Urnengangs können die Arbeiten für eine Ratifizierung der Sozialcharta nicht auf den sozialen Teil des EWR aufgebaut werden. Es muss jedoch noch festgelegt werden, in welchem Mass gewisse im Eurolex-Paket vorgesehene gesetzgeberische Anpassungen aufrechterhalten werden.

Der Bundesrat stellt im übrigen fest, dass im Rahmen des Nationalrats von der sozialdemokratischen Gruppe eine parlamentarische Initiative für die Ratifizierung der Sozialcharta ergriffen worden ist.

Der Bundesrat tritt weiterhin dafür ein, dass die Schweiz dieses Instrument ratifiziert. Er betrachtet dies als ein wünschenswertes und aktuelles Ziel seiner Europapolitik und hat die Ratifizierung in diesem Sinne in seinen Bericht über die Legislatur 1991–1995 aufgenommen.»

Allgemeines

92.1105. Einfache Anfrage Rechsteiner, 7. 10. 1992: Sozialversicherungsschutz für kranke und invalide Arbeitslose

Nationalrat Rechsteiner hat folgende Einfache Anfrage eingereicht:

«Mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses fallen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer regelmässig aus dem Schutzbereich der beruflichen Vorsorge. Fehlt aber die Zweite Säule, so ist bei Invalidität (oder bei längerdauernder Arbeitslosigkeit auch im Alter) Armut programmiert. Ist der Bundesrat angesichts der steigenden Arbeitslosigkeit und angesichts der steigenden Zahl von Menschen, die aus dem sozialen Netz fallen, bereit, umgehend die Erhaltung mindestens des Risikoschutzes aus der beruflichen Vorsorge und eine entsprechende Regelung vorzuschlagen (wenigstens hälftige Prämientragung durch die Arbeitslosenversicherung, Verpflichtung der Auffangeinrichtung mindestens für den obligatorischen Teil)?

Ist der Bundesrat angesichts der heute untragbar schlechten Absicherung bei Krankheit (30 Tage) gleichzeitig bereit, eine Verbesserung der Leistungen bei Krankheit vorzusehen?»

Die Antwort des Bundesrates vom 14. Dezember 1992 lautet:

«Die Zweite Säule ist grundsätzlich als Arbeitnehmersicherung konzipiert. Der Vorsorge-schutz dauert daher in der Regel solange ein Arbeitsverhältnis besteht. Wird kein neues Arbeitsverhältnis aufgenommen, so ist das Altersgut haben nach Artikel 29 BVG in Form einer Freizügigkeitspolice oder eines Freizügigkeitskontos zu erhalten, wobei der Risikoschutz für Tod und Invalidität zusätzlich im Umfang der bisherigen Vorsorge beibehalten werden kann. Es besteht auch die Möglichkeit, nach Artikel 47 BVG die obligatorische Vorsorge im bisherigen Rahmen weiterzuführen. Das Anliegen des Fragestellers nach Erhaltung des

Risikoschutzes ist somit bereits erfüllt.

Was die Beitragsseite anbelangt, so erfolgt die Finanzierung des zusätzlichen Risikoschutzes bei der Freizügigkeitspolice und beim Freizügigkeitskonto zulasten des eingebrachten Vorsorgekapitals oder durch zusätzliche Prämien. Bei der Weiterversicherung nach Artikel 47 BVG hat der Betroffene die ganze Beitragszahlung zu übernehmen.

Der Bundesrat ist bereit, im Rahmen der anstehenden BVG-Revision und einer allfälligen AVIG-Revision näher zu prüfen, ob die Finanzierung mindestens der Hälfte der Beiträge für den Risikoschutz durch die Arbeitslosenversicherung zu erfolgen hat oder ob andere Finanzierungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden können.

Bei Krankheit haben arbeitslose Versicherte gemäss Artikel 28 Absatz 1 AVIG bis zum 30. Tag nach Beginn der ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Taggelder. Daneben besteht aber auch eine Leistungspflicht der Krankenversicherung.

Um Lücken im Versicherungsschutz zu vermeiden, steht es arbeitslosen Versicherten zu, gegen angemessene Prämienanpassung die bisherige Krankengeldversicherung bei einer Krankenkasse oder privaten Versicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab 31. Tag abzuändern. Die Umwandlung kann unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes, d.h. ohne neue Vorbehalte, beansprucht werden. Auf diese Weise ist das Einsetzen der Leistungen aus der Krankengeldversicherung mit der Leistungsdauer der Arbeitslosenversicherung koordiniert.

Zu Problemen führen kann es allenfalls, wenn Arbeitslose über keine oder keine ausreichende Krankengeldversicherung verfügen. Unter Umständen sind deshalb Arbeitslose, wie übrigens auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, welche über keine oder nur eine un-

genügende Krankengeldversicherung verfügen, bei Krankheit nur während einer beschränkten Zeit gedeckt.

Dieser Problematik im Zusammenhang mit dem Fehlen einer obligatorischen Krankengeldversicherung ist sich der Bundesrat bewusst. Sein letztmals mit der Botschaft vom 19. August 1981 über die Teilrevision der Krankenversicherung gestellter Antrag auf Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wurde indessen vom Parlament nicht unterstützt. Für den Bundesrat steht deshalb zurzeit die Revision der Krankenpflegeversicherung im Vordergrund (siehe Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung, BBl 1992 I 93). Diese Meinung hat der Bundesrat bereits in der Stellungnahme zur Motion Spielmann vom 11. Dezember 1991 betreffend Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung vertreten.

Der Bundesrat beabsichtigt deshalb nicht, die geltenden Bestimmungen des AVIG betreffend Leistungsanspruch bei Krankheit zu ändern.»

Zu 91.071. Postulat I der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates, 6. 11. 1992:

Generationensolidarität

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird eingeladen, losgelöst von der laufenden Revision der Krankenversicherung zu prüfen, wie weit, gestützt auf neueste statistische Unterlagen und eingeforderte Gutachten, sich Bestimmungen auf Verfassungs- und Gesetzesstufe aufdrängen:

- a) um der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung und deren Folgen für die Sozialversicherung Rechnung zu tragen,
- b) um das Mass der Solidarität zwischen den Generationen zu bestimmen und

c) um die finanzielle Grundlage der Sozialversicherungszweige langfristig abzusichern.»

Dieses Postulat ist vom Plenum des Ständerates am 17. Dezember 1992 angenommen und zur Prüfung an den Bundesrat überwiesen worden. —

Die Krankenpflegekosten im Vergleich

Innerhalb der letzten 25 Jahre haben sich die durchschnittlichen Krankenpflegekosten je Versicherten *verzehnfacht*; im selben Zeitraum erhöhten sich die Löhne auf das Vier-

fache und die Preise auf das 2,7fache. Die Entwicklung der entsprechenden Indizes ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Jahre	Franken		Indizes (1966=100)		
	Krankenpflegekosten je Vers. (in Klammer: davon Grundversicherung)		Krankenpflegekosten je Vers.	Konsumentenpreise ¹⁾	BIGA-Lohn ²⁾
1966	141.91		100.0	100.0	100.0
1970	228.80		161.3	161.3	129.6
1975	468.59		330.2	163.8	218.6
1980	651.36		459.0	183.9	256.8
1981	714.48		503.5	195.8	272.8
1982	768.56		541.6	206.8	291.9
1983	833.53		587.4	213.0	302.9
1984	870.75		613.6	219.2	311.4
1985	933.71	(831.87)	658.0	226.8	321.1
1986	1002.04	(887.97)	706.1	228.4	332.5
1987	1085.91	(955.88)	765.2	231.7	340.5
1988	1149.55	(999.96)	810.1	236.0	352.4
1989	1229.48	(1057.42)	866.4	243.5	365.7
1990	1305.90	(1113.03)	920.2	256.7	387.1
1991	1453.90	(1230.23)	1024.5	271.7	414.5

Mittlere jährliche Veränderung 1985–1991 ³⁾ :					
1985–1991	7,7%	(6,7%)	7,7%	3,1%	4,3%

- 1) Landesindex (Jahresmittel). Quelle: Monatsbericht der Schweizerischen Nationalbank, umgerechnet auf Basis Jahresdurchschnitt 1966 = 100
- 2) Allg. Lohn- und Gehaltserhebung des BIGA im Oktober (Juni 1939 = 100) Quelle: Die Volkswirtschaft, umgerechnet auf Basis 1966 = 100
- 3) Im Jahr 1991 lag die Veränderung bei den Krankenpflegekosten mit 11,3% stark über dem Mittelwert.

Die Grafik 1 illustriert, dass mit Ausnahme von 1990 die Krankenpflegekosten jeweils deutlich stärker stiegen als die Löhne und Preise:

Im stationären Bereich (Grafik 2) kann die Kostensteigerung weitgehend mit der Erhöhung von Spitaltaxen (Quelle: Landesindex der Konsumentenpreise) erklärt werden; für die verbleibende Differenz sind Mengeneffekte (Aufenthaltsdauer, Anzahl Einweisungen usw.) verantwortlich.

Aus Grafik 3 geht hervor, dass die Steigerung bei den Kosten für ärztliche Behandlung anders als im stationären Bereich nur zum Teil auf Tarifsteigerungen (Quelle: Landes-

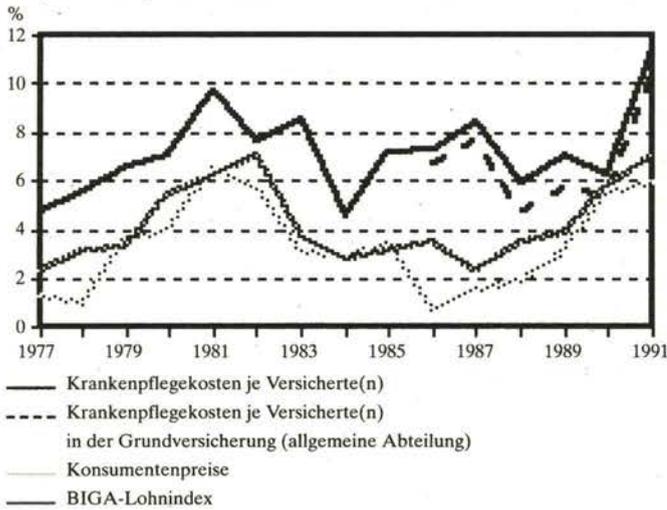
index der Konsumentenpreise) zurückzuführen ist; hier spielen Mengeneffekte (Anzahl der Leistungserbringer, Anzahl der Einrichtungen usw.) eine wichtige Rolle.

Der Anteil der Verwaltungskosten am Gesamtaufwand der Krankenkassen ging, wie die Grafik 4 zeigt, in den letzten 25 Jahren leicht zurück. Allerdings ist seit 1987 ein Trend zur Zunahme zu verzeichnen.

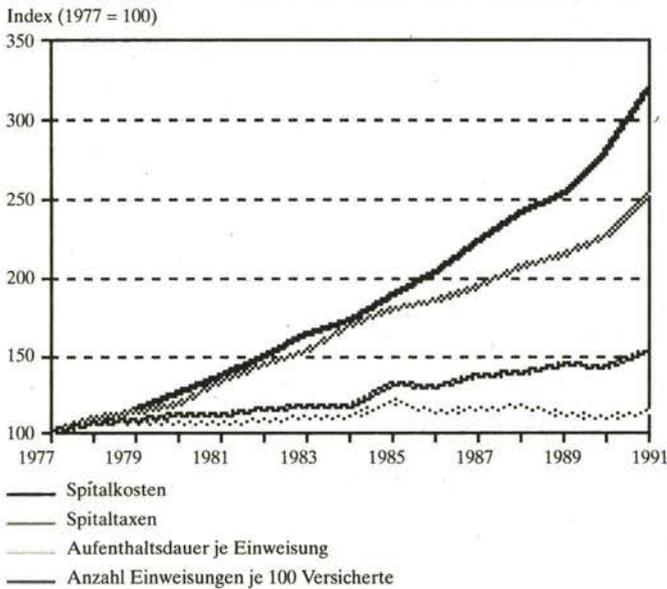
Aus der Grafik 5 ist ersichtlich, dass die Beiträge von Bund, Kantonen und Gemeinden an die Finanzierung der Krankenversicherung seit 1977 tendenziell abnehmen.

Trotz der hier aufgezeigten Kostensteigerungen, die jeweils massi-

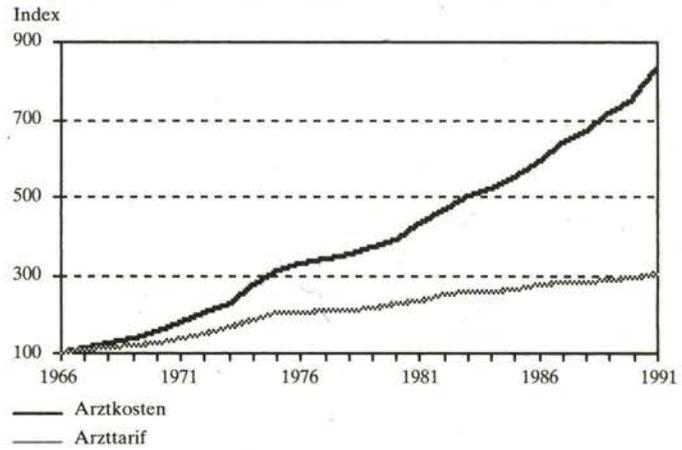
Graphik 1: Vergleich der Zuwachsraten seit 1977



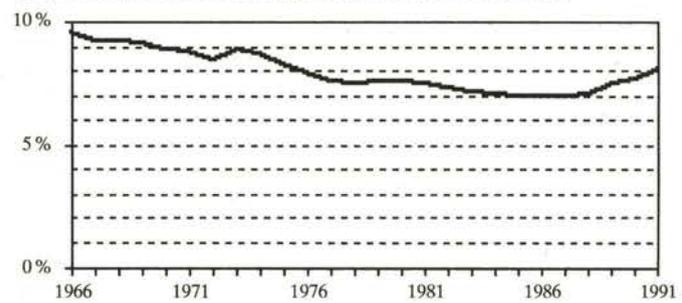
Graphik 2: Spitäler: Index der Kosten, Taxen und Aufenthaltsdauer



Graphik 3: Index für Kosten und Tarif für ärztliche Behandlung



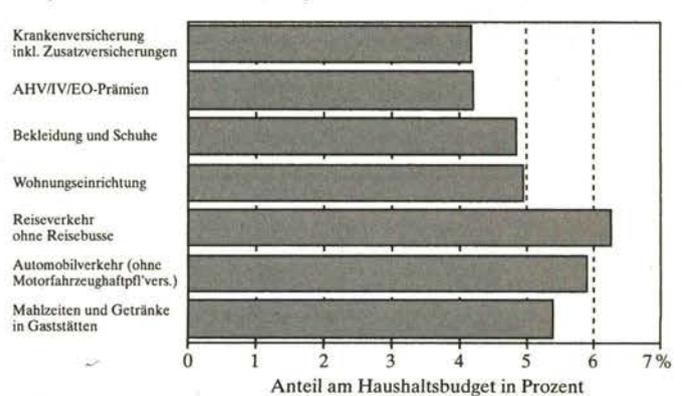
Graphik 4: Anteil Verwaltungskosten am Gesamtaufwand



Graphik 5: Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand an den Ausgaben der Krankenversicherung



Graphik 6: Haushaltsbelastung durch die Prämien (Stand 1990)



ve Prämien erhöhungen nach sich ziehen, geht aus der Verbrauchserhebung des Bundesamtes für Statistik hervor (Graphik 6), dass die vielfach angeprangerten Krankenversicherungsprämien im Haushaltsbudget klar hinter anderen Ausgabeposten stehen.

Eidgenössische AHV/IV-Kommission

Der Bundesrat hat die Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung für die Amtsperiode 1993–1996 wie folgt gewählt:

Präsident:

Seiler Walter, Dr. iur., Direktor BSV, Bern

Vertretung des Bundes:

Lüthy Herbert, Prof. Dr., Mathematiker und Jurist, Münchenstein

Vertretung der Kantone:

Lepori-Bonetti Mimì, lic. sc. soc., Lugano

Veillon Pierre-François, Staatsrat, Lausanne

Vertretung der Arbeitgeber:

Ebner Fritz, Dr. rer. pol., Vorort des SHIV, Zürich

Roduit Gérald, lic. iur., Fédération romande des syndicats patronaux, Genf

de Saussure Jacques, dipl. Mathematiker EPFL, Bankier, Genf (Schweiz. Bankiervereinigung)

Schober Fritz, Schweiz. Bauernverband, Brugg

Schuppisser Rudolf, Dr. oec. publ., Zentralverband schweiz. Arbeitgeber-Organisationen (ZSAO), Zürich
Weigle Manfred, Direktor Georg Fischer RLS AG, Schaffhausen (ZSAO)

Vertretung der Arbeitnehmer:

Ambrosetti Renzo, Schweiz. Metall- und Uhrenarbeitnehmerverband (SMUV), Lugano

Ecoffey Eva, SMUV, Bern

Dreifuss Ruth, Schweiz. Gewerkschaftsbund (SGB), Bern

Kamber Emil, Fürspr., Christlichnationaler Gewerkschaftsbund der Schweiz (CNG), Bern

Marti Staub Gertrud, Receptionistin/Hausfrau (LFSA), Bettlach
SO Portner François, Gewerkschaft Bau und Holz, Lausanne *

Signorell Peider, Dr. oec. publ., Schweiz. Kaufmännischer Verband, Zürich

Vertretung der Armee:

Kaufmann Urs, Dr. iur., Direktor Ciba-Geigy, Arlesheim (Schweiz. Offiziersgesellschaft)

Vertretung der Invalidenhilfe und der Behinderten:

Bickel Thomas, lic. iur., Schweiz. Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter SAEB, Zürich

Gruber Helga, Behinderten-Selbsthilfe Schweiz ASKIO, Bern
Joggi Daniel, Dr. ing. agr., Trélex VD (Association suisse des paraplégiques)

Mazenauer Beatrice, Dr. iur., Schweiz. Vereinigung der Elternvereine für geistig Behinderte SVEGB, Biel

Schwager-Jebbink, Juliana, Dr. iur., Pro Infirmis, Zürich

Vertretung der Versicherten:

Biasca Zaugg Elena, lic. iur., Auslandschweizer-Sekretariat, Bern

Braun Ulrich, Dr. iur., Pro Senectute, Zürich

Rey Joseph, Fédération suisse des retraités, pré-retraités et rentiers AI, Freiburg

Vertretung der

Versicherungseinrichtungen:

Koppenburg Rochat Helga, Eidg. dipl. Pensionsversicherungsexpertin, Pully (Schweiz. Verband für privatwirtschaftliche Personalvorsorge)

Schmid Heinz, Prof. Dr., Versicherungsmathematiker, Basler Versicherung, Basel (Schweiz. Vereinigung privater Lebensversicherer VPL)

Sekretariat:

Bundesamt für Sozialversicherung, Bern, Tel. 031 / 61 90 94

Verwaltungsrat des AHV-Ausgleichsfonds

Auch der Verwaltungsrat des Ausgleichsfonds der AHV ist für die Amtsperiode 1993–1996 neu gewählt worden:

Präsident:

Mellini Romano, Dr., Banca dello Stato del Cantone Ticino, Bellinzona

Vizepräsident:

Kaufmann Urs, Dr. iur., Direktor Ciba-Geigy, Arlesheim

Vertretung des Bundes:

Cavelty Luregn Mathias, Ständerat, Dr. iur., Chur

Hasenfratz Paul, Zürcher Kantonalbank, Zürich

Scherer Theodor, Dr. oec. publ., Schweizerische Nationalbank, Bern

Vertretung der Kantone:

Morel Félicien, Staatsrat, Freiburg

Vertretung der schweizerischen

Wirtschaftsverbände:

Allenspach Heinz, Nationalrat, lic. oec. HSG, Zentralverband Schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen, Zürich

Fink Leo, Zentralsekretär SMUV, Vinelz

Läderach Pierre, Appareilleur diplômé, ASMFA, Reconvilier (SGV)
Schober Fritz, Schweiz. Bauernverband, Brugg

Vertretung der Versicherten und der

Versicherungseinrichtungen:

Füeg-Hitz Cornelia, Regierungsrätin; Fürsprecherin und Notarin, Solothurn

Dreifuss Ruth, Schweiz. Gewerkschaftsbund, Bern

Gassmann Rita, Zentralsekretärin VHTL, Zürich

Gilliéron Louis, lic. ès sc. com. et écon., La Suisse-Assurances, Lausanne

Signorell Peider, Dr. oec. publ., Schweiz. Kaufmännischer Verband, Zürich

Amtsvertretung:

Berger Alfons, lic. iur., Vizedirektor BSV, Bern
 Thomann Peter, lic. rer. pol., Chef Bundestresorerie, Eidg. Finanzverwaltung, Bern

Sekretariat:

VR des Ausgleichsfonds der AHV, Avenue Ed.-Vaucher 18, Genf

Stiftungsrat des Sicherheitsfonds BVG

Der Stiftungsrat des Sicherheitsfonds BVG ist ebenfalls für die Amtsperiode 1993–1996 neu gewählt worden.

Präsidentin:

Yersin Danielle, Prof., Bundesrichterin, Lausanne

Vertretung der Arbeitgeber:

Allenspach Heinz, Nationalrat, Zentralverband Schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen, Zürich
 Kündig Markus, Ständerat, Druckereihinhaber, Zug
 Roduit Gérald, lic. iur., Fédération romande des syndicats patronaux, Genf

Vertretung der Arbeitnehmer:

Dreifuss Ruth, Schweiz. Gewerkschaftsbund SGB, Bern
 Kamber Emil, Fürspr., Christlichnationaler Gewerkschaftsbund der Schweiz CNG, Bern
 Rindlisbacher Willy, Fürspr., Direktor VSAM, Zürich

Vertretung der öffentlichen

Verwaltung:

Dietrich Rudolf, Fürspr., Vizedirektor EFV, Chef des Rechtsdienstes, Bern

Unabhängiges Mitglied:

Schmid Hans, Prof., Hochschule St.Gallen, St.Gallen

Sekretariat:

Eidg. Finanzverwaltung, Rechtsdienst, Bern

Frieling-Sonnenberg Wilhelm: Altenheime in der Krise? Handbuch zu den Perspektiven einer Institution. 197 Seiten. 1992. DM 26.80. Vincentz Verlag, Hannover.

Im Schatten des Apfelbaumes. Schweizerische Schriftstellerinnen und Schriftsteller schreiben über Menschen mit Behinderungen. 284 Seiten. 1992. Fr.38.–. Herausgegeben im Auftrag des Stiftungsrates Friedheim, Weinfelden, von Jörg Grond. Verlag Huber & Co AG, Frauenfeld.

Sommer Jürg H: Health Maintenance Organizations. Erwartungen und Erfahrungen in den USA. Im Rahmen der Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung in der Schweiz (Federführung BSV) entstandene Studie. 136 Seiten. 1992. Fr.38.–. WWZ-Beiträge Band 12 (Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel). Verlag Rüegger, Chur/Zürich.

Marketing im Gesundheits- und Sozialbereich. Einführung und Grundlagen für die Praxis. Herausgeber: Dieter Stemmle, LAKO Zürich. 256 Seiten, 1992. Fr.49.50. Verlag Paul Haupt, Bern.

Wohnungsbau hindernisfrei – anpassbar. Behinderten- und betagten-gerechte Projektierung aller Wohnungen. Dokumentation, herausgegeben durch die Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, Neugasse 136, 8005 Zürich, Tel. 01 / 272.54.44.

Cattaneo Daniele: Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage – Prévention du chômage et aide à la formation en droit suisse, droit international et droit européen. Reihe «Collection Genevoise». 650 Seiten. Fr.124.–. Verlag Helbing & Lichtenhahn, Basel.

Heft 1 1993 der Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge enthält folgende Abhandlungen:

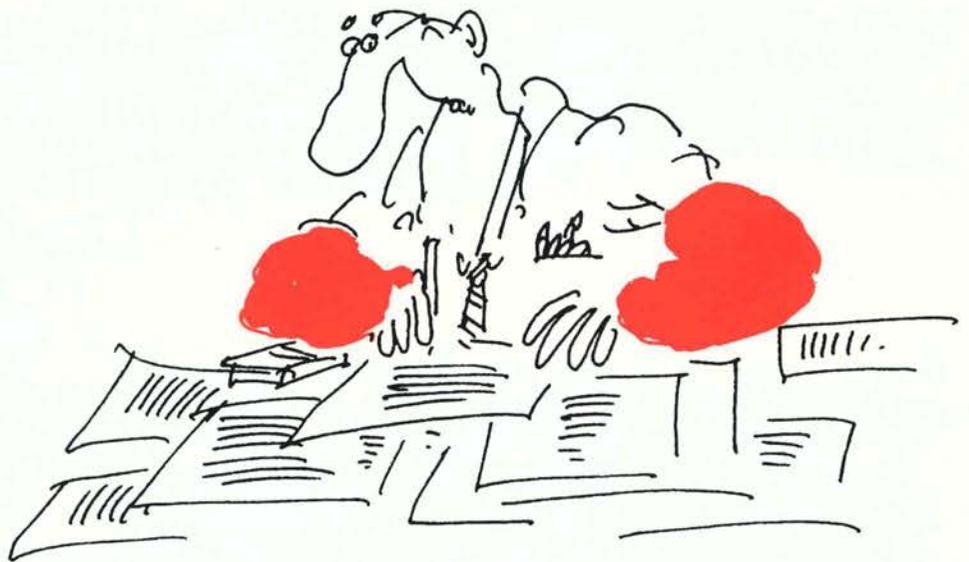
• **Tschudi Hans Peter: Vier Herausforderungen an unser Sozialversicherungsrecht.** (Nämlich: 1. Die Europafähigkeit unserer Sozialversi-

cherungen; 2. Wesentliche Lücken und Mängel in unserem System; 3. Neue soziale Probleme; 4. Können wir uns die Sozialversicherungen im 21. Jahrhundert noch leisten?) S. 4–21.

• **Walser Hermann: Berufliche Vorsorge – wohin?** S. 22–30.

• **Murer Erwin: «Europäisches Sozialversicherungsrecht» – Erfahrungen und Entwicklungen.** S. 31–52. Verlag Stämpfli+Cie AG, Bern.

• **Klauser Margret: 75 Jahre Pro Senectute Schweiz.** Vom Fürsorgewerk zur modernen Fach- und Dienstleistungsorganisation; Chronik 1917–1992. 16 Seiten. 1992. Pro Senectute, Zürich. —



Liebe Leserin, lieber Leser der «Sozialen Sicherheit» (CHSS)

**Sie haben die Erstausgabe unserer neuen Zeitschrift gelesen.
Wie gefällt Sie Ihnen?
Schreiben Sie uns Ihre Meinung. Wir werden sie auf einer
Leserbriefseite bekanntmachen.**

**Auch Ihre Meinung zu den CHSS-Themen interessiert uns.
Die «Soziale Sicherheit» will nicht nur Einwegkommunikation betreiben.
Deshalb ist sie auf Ihre Mitwirkung angewiesen.**

Schreiben Sie an:

**Redaktion CHSS
Bundesamt
für Sozialversicherung
3003 Bern**

- **Vergessen Sie bitte nicht, uns Ihre Abonnementsbestellung mit der Karte in der Heftmitte zuzustellen.**
- **Wünschen Sie weitere Exemplare der Erstausgabe, so schreiben Sie uns, oder rufen Sie einfach an: Telefon 031 / 61 91 11**

Statistische Publikationen des Bundesamtes für Sozialversicherung



* Bezugsadressen:

BSV:
Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik
Effingerstrasse 39
CH-3003 Bern

EDMZ:
Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale (EDMZ)
CH-3000 Bern

Schweizer Spital:
VESKA (Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser)
Postfach
CH-5001 Aarau

Faltprospekt «Sozialversicherung der Schweiz»

- erscheint jährlich / letzte Ausgabe: 1992
- Inhalt: Statistische Angaben über AHV, IV, EO, EL, Berufliche Vorsorge, Krankenversicherung, Unfallversicherung (SUVA)
- Bestellnr.: EDMZ * Nr. 318.916.92 df

Gratis

Zahlenspiegel der sozialen Sicherheit in der Schweiz

- erscheint jährlich / letzte Ausgabe: 1992 (Rechnungsjahr 1991)
- Inhalt: Einnahmen und Ausgaben der Sozialversicherung, nach Versicherungszweigen, Bezüger und Summen
- erhältlich beim Bundesamt für Sozialversicherung *

Gratis

Statistik über die Krankenversicherung

- erscheint jährlich / letzte Ausgabe: 1992 (Rechnungsjahr 1990)
- Inhalt: Verwaltungs- und Morbiditätsstatistik der vom Bund anerkannten Krankenkassen
- erhältlich beim Bundesamt für Sozialversicherung (bis Rechnungsjahr 1984) bzw. bei der EDMZ* (ab Rechnungsjahr 1985)
- Bestellnr.: 318.916.90 df

Preis: Fr. 19.-

Renten der AHV und IV

- erscheint jedes zweite Jahr / letzte Publikation 1991 (Rechnungsjahre 1989/90)
- Inhalt: Rentenbezüger und Rentensummen im März des Erhebungsjahres, gegliedert nach verschiedenen Kriterien wie Kanton, Alter, Rentenhöhe
- Bestellnr.: EDMZ * Nr. 318.123.89/90 df

Preis: Fr. 27.50

Statistik der AHV-Einkommen

- erscheint jedes zweite Jahr / letzte Publikation: 1990 (Rechnungsjahr 1987)
- Inhalt: AHV/IV/EO-beitragspflichtige Personen und Einkommen des Jahres 1987, nach Alter, Nationalität, Geschlecht und Höhe des AHV-Einkommens
- Bestellnr.: EDMZ * Nr. 318.126.87 df

Preis: Fr. 10.-

Ergänzungsleistungen zur AHV und IV

- erscheint jedes zweite Jahr / letzte Publikation: 1991 (Stand März 1991)
- Inhalt: Bezüger von Ergänzungsleistungen vom März 1991
- Bestellnr.: EDMZ * Nr. 318.685 91 df

Preis: Fr. 6.-

Invaliditätsstatistik

- letzte Publikation, 1987
- Inhalt: Anzahl Invalide, welche eine Hilflosenentschädigung der IV oder AHV beziehen, nach verschiedenen Kriterien, wie Gebrechen, Alter, Invaliditätsgrad oder Kanton
- Bestellnr.: EDMZ * Nr. 318.124.87 df

Preis: Fr. 10.-

Spitalstatistik

- erscheint jährlich / letzte Publikation: 1992
- Inhalt: Anzahl Krankenhäuser, nach Kategorie, Bettenbestand, Belegung und Personal
- Bezugsquelle: Schweizer Spital, die Zeitschrift für das Spitalkader, Nr. 11/1992, VESKA *

Preis: Fr. 8.-