

Schwerpunkt

*Das neue  
Krankenversicherungsgesetz  
vor dem Inkrafttreten*

Gesundheit

*Die Entwicklung  
der Spitalkosten 1991–1995*

Sozialpolitik

*Die neue Gesetzgebung der  
Arbeitslosenversicherung*

T  
L  
A  
H  
N

<b>Mosaik</b>	
Kurzchronik	233-234
Rundschau	234-235
<b>Schwerpunkt</b>	
<b>Das neue Krankenversicherungsgesetz vor dem Inkrafttreten</b>	
Übersicht über die neuen Erlasse und ihre Inhalte (R. Meier, BSV)	236-239
Das EDI stellt die KV-Leistungsverordnung vor	240
Vorbereitung des Vollzugs des neuen KVG in den Kantonen (Franz Wyss, Zentralsekretär SDK)	241-244
Die Aufsicht des Bundes über die Krankenversicherer nach neuem Recht (Theo Laubscher, BSV)	244-246
Kurz- und längerfristige Konsequenzen des KVG für die Spitäler (Walter Seiler, BSV)	247-250
Die «besonderen Versicherungsformen» im Aufwind (Ralf Kocher, BSV)	250-256
Die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung (Raymond Spira, EVG)	256-259
<b>Meinung</b>	
Das KVG - zwischen sozialer Sicherung und Markt (F. Britt, KSK)	260
Das neue KVG aus der Sicht der Patienten (M. Bossart, SPO)	261
<b>Vorsorge</b>	
Bundesgesetz über die Freizügigkeit: Fragen, Erwartungen, Konsequenzen nach der Inkraftsetzung	262-263
<b>Gesundheit</b>	
Die Entwicklung der Spalkosten 1991-1995	264-267
Das Gesundheitswesen in Zahlen	268-270
<b>Sozialpolitik</b>	
Die neue Gesetzgebung der Arbeitslosenversicherung (zweite Teilrevision des AVIG)	271-274
<b>Internationales</b>	
Pflegebedürftigkeit und Soziale Sicherheit: Die europäischen Minister ziehen Bilanz	275-276
<b>Parlament</b>	
Parlamentarische Vorstösse	277-279
Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates	279
<b>Daten und Fakten</b>	
Agenda (Tagungen, Kongresse, Kurse)/Neue Erlasse	280-281
Sozialversicherungsstatistik	282-283
Bibliographie	284

**Impressum**

**Herausgeber**  
 Bundesamt für Sozialversicherung  
 Walter Seiler, Direktor (verantwortlich)  
 Fredy Müller, Informationschef

**Redaktion**  
 René Meier, Telefon 031 / 322 91 43  
 Brigitte Dumas, Telefon 031 / 322 91 39

**Abonnemente und Auskünfte**  
 BSV, Effingerstrasse 31  
 Telefon 031 / 322 90 11  
 Telefax 031 / 322 78 80

**Redaktionskommission**  
 Jean-Marie Bouverat,  
 Ludwig Gärtner, François Huber,  
 Cyril Malherbe, Claudine Marquard,  
 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. 53.- + 2% MWSt., Ausland Fr. 58.-,  
 Einzelheft Fr. 9.-

**Vertrieb**  
 Eidgenössische Drucksachen- und  
 Materialzentrale, 3000 Bern

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

Am 4. Dezember 1994 hat das Schweizer Volk ja gesagt zur Reform der Krankenversicherung. Innerhalb von 9 Monaten haben Bundesrat und Verwaltung - mit Hilfe der an den Vernehmlassungen beteiligten Partner - nicht weniger als 3 Verordnungspakete dazu vorbereitet und verabschiedet. Eine kleine Meisterleistung, wenn man sich vor Augen hält, wie viele Einzelfragen in unzähligen Artikeln (rund 220) zu lösen waren. Somit kann das neue KVG fristgerecht am 1. Januar 1996 in Kraft treten. Ein historisches Datum, wenn man bedenkt, dass vor 85 Jahren der Grundstein für die schweizerische Krankenversicherung gelegt wurde.

Eine wichtige Weichenstellung in unserem Gesundheitswesen ist damit eingeleitet. Die Betonung liegt auf dem Wörtchen «eingeleitet». Was bei allen Gesetzesvorlagen gilt, gilt beim neuen KVG noch viel mehr: Entscheidend ist die Umsetzung. Der Paradigmawechsel in der Krankenversicherung gelingt nur, wenn die Akteure bereit sind, ihren Teil dazu beizutragen.

Nur wer seine Rolle kennt und seine Möglichkeiten ausschöpft, kann als Akteur auftreten. Dies gilt sowohl für die Versicherer als auch für die Leistungserbringer und ebenso für die Kantone wie insbesondere für die Versicherer.

Die Akteure haben es zu einem grossen Teil selbst in der Hand, ihr Schicksal zu bestimmen. Einige von ihnen werden aber gezwungen sein, von altem Rollenverhalten Abschied zu nehmen und dafür neue Aufgaben und Pflichten zu übernehmen. Dies wird für alle Beteiligten kein leichtes Unterfangen sein. Es wird deshalb einige Zeit dauern, bis das neue KVG angelaufen ist und die Partner in der Krankenversicherung ihre neue Rolle eingeübt haben. Viele haben bereits erfolgreich mit den Vorproben begonnen, damit sie im Laufe des Jahres 1996 bei der Hauptprobe zum KVG eine gute Falle machen, in weiser Voraussicht, dass die Premierenvorstellung immer näher rückt. Die anschließenden Aufführungen werden um so interessanter sein, als das Stück zum einen ein Publikumsrenner werden dürfte und zum andern, weil die Akteure nicht nur auf der Bühne stehen, sondern zugleich in den Publikumsrängen sitzen. Was im Theater nie möglich ist, kann die Politik alleweil bieten.

Fredy Müller  
 BSV-Informationschef

**AHV/IV/EO/EL:  
Verordnungsanpassungen**

Der Bundesrat hat am 13. September verschiedene Anpassungen an die Preis- und Lohnentwicklung im Bereich der AHV/IV/EO-Beiträge beschlossen. Davon betroffen sind:

- die *Selbständigerwerbenden*: Die Grenzen der sinkenden Beitragskala werden heraufgesetzt, und zwar der untere Grenzbetrag auf 7800 Fr. (bisher 7200) und der obere auf 46 600 Fr. (45 200). Diese Grenzen sind auch anwendbar bei Arbeitnehmern ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (z.B. freiwillig versicherte Auslandschweizer). Ferner wird der Zins des im Betrieb investierten Eigenkapitals, der von Selbständigerwerbenden vom beitragspflichtigen Einkommen abgezogen werden kann, auf 5,5% (bisher 7%) festgesetzt.
- die *Nichterwerbstätigen*: Der Mindestbeitrag wird erhöht auf 324 Fr. für die AHV, 54 Fr. für die IV und 12 Fr. für die EO, insgesamt also auf 390 Fr. im Jahr (bisher: 299 + 50 + 11 = 360).
- die *Erwerbstätigen im Rentenalter*: das beitragsbefreite Einkommen beläuft sich neu auf 1400 Fr. im Monat oder 16800 Fr. jährlich (bisher 1300/15 600).

Die Einführung der Prämienverbilligung aufgrund des neuen Krankenversicherungsgesetzes verlangt bei der Berechnung des EL-Anspruchs eine Praxisänderung. Kantone, die die Krankenkassenprämien der EL-Bezüger/innen voll verbilligen, wenden weiterhin die geltenden Einkommensgrenzen an. Die übrigen Kantone erhöhen die Einkommensgrenzen um den Betrag der durchschnittlichen Prämie, die nach Abzug des Verbilligungsbeitrags zu zahlen bleibt.

**BV-Kommission**

Die Eidgenössische Kommission für die berufliche Vorsorge tagte am 15. September unter dem Vorsitz von Michel Valterio, stellvertretender Direktor im BSV. Sie befasste sich an dieser 32. Sitzung im wesentlichen mit der Regelung der derivativen Finanzinstrumente im Rahmen der BVV 2. Ein von ihrem Ausschuss III erstellter Entwurf wurde mit einigen leichten Anpassungen einstimmig gutgeheissen. Die Änderungen der BVV 2 betreffen folgende Bestimmungen:

- Artikel 47, welcher von der Vorsorgeeinrichtung die Festlegung der Grundsätze des Rechnungswesens und der Rechnungslegung und insbesondere der Vermögensanlage und der Finanzierung verlangt.
  - Artikel 49a (neu), der die Vorsorgeeinrichtung verpflichtet, ihre Ziele und Grundsätze so festzulegen, dass die Führungsaufgabe des paritätischen Organs gesichert ist.
  - Artikel 56a (neu), welcher eine Regelung für die derivativen Instrumente beinhaltet, die sowohl dem Einsatz dieser Instrumente als Investitionsalternative als auch dem Rahmen der geltenden Bestimmungen des BVG und der BVV 2 Rechnung trägt.
  - Artikel 59 Absatz 1, der dem neuen Artikel 56a angepasst wird.
- Mit dem Abschluss der Revisionsarbeiten bezüglich der derivativen Instrumente beendet die Kommission einen Teilbereich der Revision der Anlagevorschriften. Der Ausschuss III wird sich nun der Überprüfung von Artikel 56 BVV 2 annehmen und der Kommission Vorschläge unterbreiten.

**Insolvenzdeckung in der beruflichen Vorsorge**

Gestützt auf eine im vergangenen Jahr vom Nationalrat angenommene parlamentarische Initiative Rechsteiner (CHSS 1994 S. 50) hat dessen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit den Entwurf zu einer Gesetzesänderung ausgearbeitet. Zweck der Vorlage ist es, die Garantien des Sicherheitsfonds im Falle des Verlustes von Pensionskassenguthaben auf die über- und vorobligatorische Vorsorge auszudehnen. Bei seinen Beratungen vom 25. September 1995 hiess der Nationalrat diese Absicht gut und stimmte der Gesetzesänderung mit 105 zu 0 Stimmen zu. Sie sieht für die Absicherung des überobligatorischen Teils eine Höchstgrenze vor. Zudem soll die Aufsicht verbessert werden, um Missbräuche zu verhindern. Die Vorlage geht an den Ständerat.

**AHV-Initiative zustande gekommen**

Die von den Gewerkschaften SGB und CNG eingereichte Volksinitiative «für die 10. AHV-Revision ohne Erhöhung des Rentenalters» (Wortlaut in CHSS 6/1994 S. 258) ist

zustande gekommen. Nach einer Mitteilung der Bundeskanzlei vom 28. September sind von den 109 849 eingereichten Unterschriften deren 105 947 gültig. Die Initiative soll die mit der 10. AHV-Revision beschlossene schrittweise Erhöhung des Rentenalters der Frauen von 62 auf 64 Jahre verhindern. Die Bundesbehörden haben nun bis spätestens Mitte November 1997 eine Botschaft zuhanden der eidgenössischen Räte auszuarbeiten.

**Kinderschutz-Konvention zurückgestellt**

In der Planung für die Herbstsession der eidgenössischen Räte war vorgesehen, dass der Ständerat die Vorlage des Bundesrates betreffend die Ratifizierung des Uno-Übereinkommens über die Rechte des Kindes behandelt. Dazu ist es aber nicht gekommen. Die ständerätliche Rechtskommission hatte zwar am 31. August getagt und dem Ratsplenum mit 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen beantragt, die Konvention zu ratifizieren. Gleichzeitig hatte sie mit 6 Stimmen bei einer Enthaltung eine Motion beschlossen, die den Bundesrat auffordert, allen Ausländern den unbeschränkten Familiennachzug zu ermöglichen. Die Erfüllung dieser Forderung ist Voraussetzung dafür, dass die Schweiz die Konvention ohne Vorbehalt ratifizieren kann. Nachdem nun offenbar der Bundesrat keine Bereitschaft zeigt, die Forderung kurzfristig zu erfüllen, beschloss die von Ständerätin Josi Meier geleitete Rechtskommission, die Behandlung des Geschäftes von der Traktandenliste abzusetzen. Das neugewählte Parlament wird sich demnach mit dem Thema zu beschäftigen haben.

**KV-Leistungsverordnung verabschiedet**

Am 29. September hat das Eidgenössische Departement des Innern die Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) gutgeheissen. Die damit verbundenen Neuerungen wurden gleichentags an einer Pressekonferenz im Bundeshaus durch Bundesrätin Dreifuss vorgestellt. Die CHSS vermittelt im Rahmen des Schwerpunktbeitrages der vorliegenden Nummer eine Zu-

sammenfassung der Verordnungsinhalte.

### AHV für Kongo-Schweizer

Die beiden eidgenössischen Räte haben in ihrer Herbstsession die Änderung des Bundesbeschlusses über Sozialversicherungsansprüche der Schweizer aus den ehemaligen belgischen Kolonien Kongo und Ruanda-Urundi gutgeheissen. Dadurch sollen künftig auch jüngere Rentner Unterstützung erhalten. Nach der seit 1990 geltenden Regelung erhielten nur jene Betroffenen eine Finanzhilfe, die bis am 31. Dezember 1994 ihr 65. bzw. 62. Altersjahr vollendet hatten. Der neue Beschluss hebt die Altersbegrenzung auf; die Entschädigung soll aber nur Bedürftigen mit einem Einkommen von weniger als dem Dreifachen des EL-Grenzbetrages zugute kommen. Es wird mit Kosten zwischen 1 und 3 Mio. Franken gerechnet.

### Grünes Licht für ALV-Revision

Am 2. Oktober 1995 ist die Referendumsfrist für die Revision der Bundesgesetzes über die Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIG) unbenutzt abgelaufen. Zwar hatte die Genfer Sektion der Gewerkschaft Druck und Papier zusammen mit Westschweizer Arbeitslosenausschüssen die Ergriffung des Referendums beschlossen. Es gelang jedoch nicht, in der verfügbaren Zeit die dafür notwendigen Unterschriften zusammenzubringen. Das Gesetz wird nun in zwei Etappen 1996 und 1997 in Kraft treten. Der Beitrag auf Seite 271 erläutert die Neuerungen.

### Arbeitssicherheit und Unfallverhütung

Das Eidgenössische Departement des Innern hat am 28. September zwei Verordnungsentwürfe im Bereich der Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten in die Vernehmlassung geschickt. Mit der ersten Verordnung werden die Anforderungen an die Weiter- und Fortbildung der Spezialisten der Arbeitssicherheit festgelegt. Im zweiten Entwurf geht es um eine Anpassung der Verordnung über die Unfallverhütung an das seit dem 1. Mai 1994 geltende Mitwirkungsgesetz. Danach sollen die Arbeitnehmer/innen

bzw. ihre Vertretung im Betrieb auch in Fragen der Arbeitssicherheit ein Recht auf Information und Anhörung haben. Die Vernehmlassungsfrist dauert bis zum 15. Dezember 1995.

### Kein Bundesamt für Familienfragen

Seiner vorberatenden Kommission folgend (CHSS 1995 S. 117) hat der Nationalrat am 6. Oktober die Schaffung eines Bundesamtes für Familienfragen mit 74 zu 50 Stimmen abgelehnt.

### Zusatzabkommen mit Portugal in Kraft

Nachdem das innerstaatlich notwendige Genehmigungsverfahren abgeschlossen ist, kann das Zusatzabkommen zum Abkommen zwischen der Schweiz und Portugal über Soziale Sicherheit (s. CHSS 1994 S. 234) am 1. November 1995 in Kraft treten. —

## Panorama

### ALV-Defizit sinkt

Obschon die Zahl der Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 1994 noch leicht anstieg, und zwar von 163 135 auf 171 038, verzeichnete die ALV ein gegenüber dem Vorjahr um 190 Mio. Franken geringeres Defizit. Nachfolgend einige Zahlen aus der Jahresrechnung 1994:

	Mio. Fr.	Veränderung
Gesamteinnahmen	3 891	3 %
Gesamtaufwand	6 132	- 1 %
- Arbeitslosenentschädigungen	4 193	- 3 %
- Kurzarbeitsentschädigungen	443	- 42 %
- Schlechtwetterentschädigungen	88	- 23 %
- Insolvenzenschädigungen	61	- 8 %
- Individuelle Präventivmassnahmen	155	55 %
- Kollektive Präventivmassnahmen	167	361 %
Fehlbetrag	2 241	- 8 %

Für das laufende Jahr kann aufgrund der bisherigen Entwicklung mit einem noch wesentlich besseren Ergebnis gerechnet werden. Dank der Erhöhung des Beitragssatzes von 2 auf 3 %, dem weiteren Rück-

gang der Arbeitslosenzahlen und der vermehrt genutzten Möglichkeit des Zwischenverdienstes dürfte die Rechnung 1995 der ALV erstmals seit 1990 wieder mit einem Rechnungsüberschuss abschliessen.

### Die Militärversicherung 1994

Die Gesamtaufwendungen der Militärversicherung (MV) haben 1994 um 5 % auf 262,3 Mio. Franken abgenommen. Der Rückgang ist einerseits eine Folge der am 1. Januar 1994 in Kraft getretenen Totalrevision der MV, mit welcher u.a. überhöhte Leistungen abgebaut und die Teilnehmer der Veranstaltungen von Jugend + Sport vom Versicherungsschutz ausgenommen wurden (s. CHSS 5/1993). Andererseits hat sich auch die Abnahme der geleisteten Dienstage in der Armee und im Zivildienst ausgewirkt. So mussten noch 32 730 Versicherungsfälle behandelt werden (im Vorjahr 38 170). Ärzte, Spitäler, Arbeitgeber (für Lohnausfall) usw. stellten der MV dafür 130 931 Rechnungen aus.

Der Statistikband 1994 der Militärversicherung enthält detailliertes Zahlenmaterial über die Ausgaben der MV, die Behandlungsfälle, Art und Häufigkeit der Schädigungen, Rentenleistungen, Rechtspflege usw. Er kann bezogen werden beim Bundesamt für Militärversicherung, Postfach, 3001 Bern, oder direkt bei W. Baumgartner, Telefon 031/324 69 35.

### Dritte-Säule-Guthaben unpfändbar

Nach dem Schuldbetreibungs- und Konkursgesetz sind Ansprüche auf Vorsorgeleistungen gegenüber einer Personalvorsorgeeinrichtung vor ihrer Fälligkeit unpfändbar (Art. 92 Abs. 13 SchKG). Gilt dieser Schutz auch für die Guthaben aus der Dritten Säule? Die Waadtländer Steuerbehörden verneinten dies und wollten daher auf die erst im Jahre 2014 zur Auszahlung fällige Vorsorgepolice eines säumigen Steuerschuldners greifen. Die Versicherungsgesellschaft wehrte sich dagegen – und bekam sowohl vom kantonalen wie vom Bundesgericht recht. Nach dem Urteil des Bundesgerichts gilt die Unpfändbarkeit der Vorsorgeansprüche auch in der Dritten Säule. Nur so könne verhindert werden, dass Selbständigerwerbende ohne Zweite Säule und Personen mit un-

genügender Zweiter Säule vorsorgemässig benachteiligt werden, falls sie finanziell in Bedrängnis kommen.

### Unglückliche Heimbewohner?

Im Rahmen der schweizerischen Gesundheitsbefragung hat das Bundesamt für Statistik (BFS) im Jahre 1993 eine Zusatzbefragung von Personen durchgeführt, die nicht in ihrem privaten Haushalt, sondern in einer Institution leben – in einem Alters- oder Pflegeheim, einem Spital, Behindertenheim oder einer Institution des Strafvollzugs.

Aus der Grundgesamtheit der insgesamt 97 600 in einer Institution lebenden Personen wurden 1303 Personen in 107 Institutionen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. 741 Personen aus dieser Stichprobe konnten persönlich befragt werden; 541 von ihnen waren dazu (z.B. wegen Verwirrtheit) nicht in der Lage. In solchen Fällen beantwortete das Pflegepersonal die Fragen für die betroffenen Zielpersonen. Hauptergebnis der Untersuchung ist die Erkenntnis, dass nur 1 von 10 Personen sich psychisch gut fühlt (in der übrigen Bevölkerung sind es 4 von 10). Je nach Institutionstyp zeigen sich aber sehr unterschiedliche gesundheitliche Probleme:

**Alters- und Pflegeheime:** Die insgesamt 71 500 Heimbewohner sind bei einem Durchschnittsalter von 82 Jahren meist auf intensive Betreuung und Pflege angewiesen. Entsprechend leiden mehr als drei Viertel von ihnen unter Niedergeschlagenheit, Pessimismus und Energielosigkeit. Nur bei 9 % überwiegen positive Gefühle. Diese Ergebnisse widersprechen den Erkenntnissen aus der Hauptbefragung, wonach psychisches Wohlbefinden mit ansteigendem Alter trotz zunehmender Gebrechen häufiger wird.

**Institutionen für Behinderte:** Das Durchschnittsalter dieser insgesamt 10 700 Personen beträgt 40 Jahre. 82 % von ihnen sind zwischen 15- und 54-jährig. Fast die Hälfte der betroffenen Personen war wegen mentaler Behinderung unfähig, die Fragen selber zu beantworten. Körperlich sind aber 9 von 10 Personen weitgehend selbständig, d.h. von Hilfe unabhängig. Die Bewohner dieser Institutionen fühlen sich zu 80 % gesundheitlich gut oder sehr gut (in der Gesamtbevölkerung 90 %).

**Strafvollzug:** Dass sich Personen im Strafvollzug trotz tiefem Durchschnittsalter von 32 Jahren gesundheitlich und besonders psychisch weniger gut fühlen, erstaunt nicht. 60 % der 2800 Strafgefangenen sind überwiegend negativen Stimmungen unterworfen, die sich in starken körperlichen Beschwerden niederschlagen. Nur etwa 20 % sind beschwerdefrei.

### Senioren helfen Senioren

Ein nachahmenswertes Beispiel im Sinne des neuen Generationenvertrages, wie er im Bericht «Altern in der Schweiz» (s. CHSS 3/1995) vorgeschlagen wird, hat Pro Senectute im Kanton Zürich realisiert. In 15 Gemeinden wurden Arbeitsgemeinschaften «Senioren für Senioren» gebildet, deren tragende Idee der Selbsthilfegedanke ist. Pro Senectute hat dabei fachliche und finanzielle Starthilfe geleistet. Ältere Menschen helfen sich gegenseitig mit Dienstleistungen im Alltag. Sie können damit ihr Wissen, ihre Kenntnisse und Kräfte anderen Betagten zur Verfügung stellen. «Senioren für Senioren» ist mehr als nur eine Drehscheibe, die Aufträge annimmt und weitervermittelt. Frauen und Männer führen in eigener Regie die Vermittlungsstelle und nehmen auch alle übrigen Aufgaben wahr. Das Angebot umfasst praktisch alle Tätigkeiten, welche vielen alten Menschen zu beschwerlich werden könnten, sei dies nun Gartenpflege, Reinigungsarbeit, Korrespondenz mit Ämtern oder das Versorgen und Hüten von Haustieren. Die Erledigung dieser Aufgaben bringt Frauen und Männern von «Senioren für Senioren» einerseits neue Erfahrungen und andererseits erlaubt sie ihnen viele menschliche Kontakte, die zur Erhöhung ihrer Lebensqualität beitragen.

Eine ähnliche Aktion mit Pioniercharakter hat der Zürcher Stadtärztliche Dienst gestartet. Er offeriert eine Einführung in die Alzheimerproblematik, damit betagte Menschen imstande sind, Alzheimerkranke beim Spazieren zu begleiten und so die Angehörigen zu entlasten. Nachdem die Interessenten zwei halbtägige Seminare besucht haben, werden sie durch die Alzheimervereinigung oder die Nachbarschaftshilfe mit den künftigen Schützlingen in Kontakt ge-

bracht. Vorgesehen sind auch Einsätze am Zürcher «Alzheimer-Spaziertreff», einem Anlass, bei dem Angehörige gemeinsam mit ihren alzheimerkranken Partnern am See spazieren oder eine Schifffahrt unternehmen. Auskünfte darüber sind erhältlich bei der gerontologischen Beratungsstelle, Krankenhaus Entlisberg, Tel. 01/487 35 00.

### Integration statt Resignation

Die Sozialen Dienste der Stadt St. Gallen starteten kürzlich ein pionierhaftes Projekt zur Wiedereingliederung Langzeitarbeitsloser. «Normale», nicht eigens geschaffene Verwaltungsstellen, die durch «natürliche Abgänge» freigeworden sind, werden an Arbeitslose vermittelt. Dabei wird jede Stelle mit zwei Erwerbslosen besetzt, die sich in die Aufgabe teilen. Weil davon ausgegangen wird, dass sie besondere Betreuung brauchen, muss ihnen der Arbeitgeber nicht den vollen Lohn zahlen. Die Differenz wird durch Leistungen der Fürsorge ausgeglichen. Mit diesem Modell profitieren alle: Arbeitnehmer/innen, Arbeitgeber und Fürsorge. Hauptzweck ist aber nicht das Einsparen von Mitteln der öffentlichen Hand. Viel wichtiger ist, dass damit die von Arbeitslosigkeit Betroffenen wieder in das Berufsleben und die Gesellschaft integriert werden können. Man hofft, dass das Modell auch von der Privatwirtschaft übernommen wird.

Ein Beispiel: Ein Arbeitsplatz, der bisher mit 4500 Franken entlohnt war, wird von zwei ehemaligen Arbeitslosen übernommen. Der Arbeitgeber zahlt 80 % dieses Lohnes, d.h. 3600 Franken. Die neu Eingestellten erhalten den vollen Lohn von je 4500 Franken. Die Differenz zwischen 3600 und 2 x 4500, d.h. 5400 Franken, wird durch die Fürsorge übernommen. Das ist immer noch 1600 Franken weniger als die vorherigen Fürsorgegelder, denn jeder der beiden hat vorher 3500 Fr. bezogen. (Quelle: St. Galler Tagblatt) —

# Das neue Krankenversicherungsgesetz vor dem Inkrafttreten

Mit der Annahme des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der Abstimmung vom 4. Dezember 1994 hat das Schweizer Volk eine wichtige Weichenstellung für ein freiheitliches und effizientes, aber auch soziales Gesundheitswesen vorgenommen. Das KVG gewährleistet für alle, auch die wirtschaftlich Schwächeren, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu tragbaren Kosten. Und dies nicht durch vermehrte Staatseingriffe, sondern im Gegenteil durch eine Gesetzgebung mit zahlreichen Wettbewerbselementen, die es den Partnern im Gesundheitsmarkt erlauben, nach optimalen Lösungen zu suchen.

Im Hinblick auf das Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 vermittelt der Schwerpunkt der vorliegenden CHSS zunächst einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und deren Hauptinhalte. Anschliessend werden die Aufgaben der Kantone beim Vollzug des neuen Gesetzes sowie die Aufsicht des Bundes über die Krankenversicherung dargestellt. Weitere Beiträge zeigen die Konsequenzen für die Leistungserbringer, insbesondere Spitäler, auf. Schliesslich informieren wir über die zunehmend gefragten «besonderen Versicherungsformen» sowie über die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung.

## Übersicht über die neuen Erlasse zum KVG und ihre wichtigsten Inhalte

VON RENÉ MEIER,  
REDAKTION CHSS

### KVG

Das KVG bringt fünf grundlegende Verbesserungen gegenüber dem bisherigen Gesetz:

1. *Freie Kassenwahl.* Die Versicherten können ihre Versicherung jeder-

zeit – auch im hohen Alter – ohne Nachteile wechseln. Voraussetzung dafür ist das neue Versicherungsobligatorium; dieses stellt auch die für eine soziale Krankenversicherung unabdingbare Solidarität zwischen Jungen und Alten, Gesunden und Kranken wieder her.

2. *Komplette Grundversicherung.* Das neue Gesetz bringt die Trennung zwischen obligatorischer Grundversicherung mit einem umfassenden Versicherungsschutz und freiwilliger Zusatzversicherung. Es schliesst Lücken in der Grundversicherung, die bisher über private Zusatzversicherungen gedeckt werden mussten.

3. *Kostendämpfung durch mehr Wettbewerb.* Das neue KVG ermöglicht erstmals einen echten Wettbewerb unter den Krankenversicherern und unter den Leistungsanbietern (Ärzte, Apotheker, Spitäler, teilstationäre Einrichtungen, Pflegeheime, Spitex-Organisationen, Phy-



siotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden usw.). Die Konkurrenzsituation dämpft die Kostensteigerung wirksam, indem z.B. die Krankenkassen verbesserte Möglichkeiten und damit einen Anreiz zum Abschluss günstiger Tarifverträge erhalten.

4. *Gezielte Prämienverbilligungen.* Bis anhin profitierten alle Versicherten – ungeachtet ihres Einkommens – von den staatlichen Subventionsgeldern. Mit dem neuen Gesetz werden gezielt die Krankenkassenprämien für Personen und Familien mit bescheidenem Einkommen verbilligt.

5. *Gleichstellung der Frauen.* Das neue KVG setzt die Gleichstellung der Frauen in der Krankenversicherung durch. Die Frauen werden definitiv nicht mehr höhere Prämien für die Grundversicherung bezahlen müssen als die Männer (seit 1993 kommt dieser Grundsatz im Rahmen der dringlichen Bundesbeschlüsse bereits zur Anwendung).

### Drei Spezial-Verordnungen

Am 12. April 1995 hat der Bundesrat die drei ersten Verordnungen gutgeheissen, welche die Versicherer und die Kantone zur Vorbereitung und Umsetzung der neuen Regelungen benötigen.

#### *Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG*

Das Gesetz wird mit folgenden Ausnahmen auf den 1. Januar 1996 in Kraft treten: Bis Ende 1997 werden die Versicherer, die Ärzte und die Spitäler Zeit haben, um gemeinsam die Tarifverträge an das neue Gesetz anzupassen. Die gleiche Frist gilt auch für die Erstellung der Spitalplanung durch die Kantone. Die Zusatzversicherungen, die nach dem neuen Gesetz als Privatversicherungsverträge geführt werden, können von den Krankenkassen noch bis Ende 1996 nach dem alten Recht weitergeführt werden. Danach müssen sie den Versicherten Verträge anbieten, die mindestens die bisherige Deckung gewähren; für die Prämienfestsetzung sind die Versicherungszeiten unter dem alten Recht zu berücksichtigen.

Die in Artikel 19 des Gesetzes vorgesehene Institution zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten hat ihre Tätigkeit spätestens am 1. Januar 1998 aufzunehmen. Versicherer und

Kantone haben dem Departement bis Ende 1996 die entsprechenden Statuten zu unterbreiten.

Die Verordnung regelt auch eine Reihe von Fragen, die noch vor dem Inkrafttreten des Gesetzes geklärt sein müssen, wie z.B. die Registrierung der Versicherer und die Gründung der «gemeinsamen Einrichtung» (Insolvenzschutz, Durchführung gemeinsamer Aufgaben).

#### Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung

Das KVG sieht vor, dass der Bund den Kantonen Subventionen gewährt, welche sie aus eigenen Mitteln aufzustocken und zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu verwenden haben. Es ist Sache eines jeden Kantons, den Kreis der Begünstigten wie auch die Höhe und die Modalitäten der Prämienverbilligung festzulegen.

Die Verordnung regelt im Detail die Verteilung der Bundesbeiträge auf die Kantone. Bei der Bemessung der Bundesbeiträge wird lediglich auf die Finanzkraft der Kantone abgestellt. Die Kantone hatten sich in der Vernehmlassung mehrheitlich dagegen ausgesprochen, dass auch die Höhe der Prämien berücksichtigt werde. Dies hätte bedeutet, dass Versicherte in Kantonen mit hohen Gesundheitskosten stärker von der Verbilligung profitiert hätten.

Die vorgesehenen Verbilligungssysteme sind sehr unterschiedlich ausgestaltet. In den meisten Kantonen wird es aber Sache der Versicherten sein, ihre Ansprüche geltend zu machen. Besser sieht es für die Versicherten in den Kantonen Bern, Neuenburg und Appenzell I.Rh. aus; diese Kantone sehen vor, die anspruchsberechtigten Versicherten aufgrund der Steuerdaten zu ermitteln und zu benachrichtigen.

#### Verordnung über den Risikoausgleich

Bereits unter dem bisherigen Dringlichkeitsrecht war ein Ausgleich zwischen Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen jungen (und demzufolge weniger oft erkrankten) Versicherten und solchen mit einem hohen Anteil von älteren Versicherten eingeführt worden. Die Abgaben sollen die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den Kassen ausgleichen und so die Soli-

## Prämienverbilligung in der Krankenversicherung

### Bundes- und Kantonsbeiträge – Verteilungsmodell für das Jahr 1996

Nach Art. 4 Abs. 3 der Verordnung vom 12. April 1995 über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, SR 832.112.4, AS 1995 1377

Kantone	Mittlere Wohnbevölkerung 1)	Index der Finanzkraft 2)	Bundesbeitrag gemäss Finanzkraft in Franken 4)	Komplementärleistung des Kantons in Franken 5)	Betrag in Franken insgesamt 6)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Zürich	1 177 000	159	246 721 613	169 335 062	416 056 676
Bern	950 700	71	271 668 580	64 393 511	336 062 091
Luzern	334 500	70	95 922 655	22 319 450	118 242 105
Uri	35 000	38	11 233 780	1 138 339	12 372 119
Schwyz	117 400	77	32 846 501	8 653 120	41 499 621
Obwalden	30 800	41	9 781 853	1 105 611	10 887 464
Nidwalden	34 400	92	9 129 400	3 030 626	12 160 025
Glarus	38 900	76	10 921 940	2 828 787	13 750 726
Zug	88 200	224	14 706 339	16 471 400	31 177 739
Freiburg	219 700	62	64 801 987	12 859 569	77 661 556
Solothurn	234 400	83	64 210 157	18 647 690	82 857 846
Basel-Stadt	200 900	164	41 377 564	29 638 397	71 015 961
Baselland	248 000	106	62 650 906	25 014 392	87 665 298
Schaffhausen	73 100	86	19 814 177	6 025 876	25 840 054
Appenzell A.Rh.	53 700	65	15 672 746	3 309 619	18 982 365
Appenzell I.Rh.	14 300	38	4 589 801	465 093	5 054 894
St.Gallen	436 000	86	118 180 320	35 940 930	154 121 249
Graubünden	185 200	66	53 862 022	11 604 160	65 466 182
Aargau	515 200	95	135 292 019	46 825 568	182 117 586
Thurgau	215 800	82	59 323 493	16 959 456	76 282 949
Tessin	294 300	70	84 394 731	19 637 113	104 031 843
Waadt	607 300	91	161 739 540	52 934 393	214 673 933
Wallis	264 000	30	87 155 538	6 165 585	93 321 123
Neuenburg	164 200	55	49 640 423	8 402 488	58 042 911
Genf	388 800	156	82 365 329	55 071 234	137 436 564
Jura	67 100	32	21 996 586	1 722 533	23 719 119
Total	6 988 900	100	1830 000 000	640 500 000	2470 500 000

1) Mittlere Wohnbevölkerung des Jahres 1993

2) Finanzkraft der Kantone für die Jahre 1994 und 1995

darität unter den Versicherern wie auch unter den Versicherten stärken. Der Ausgleich ist so konzipiert, dass kostengünstig arbeitende Versicherer nicht benachteiligt werden. Er ist vom Gesetz her (Art. 105) auf die Dauer von zehn Jahren befristet.

Gegenüber dem bisherigen Ausgleichssystem ist die Gruppenunterteilung geschlechts- und altersspezifisch verfeinert worden. So wird beispielsweise berücksichtigt, dass die grossen Kostensteigerungen erst beginnen, wenn die Versicherten über 60 Jahre alt sind. Neu ist auch die Kompetenz der Risikoausgleichsstelle, in Streitfällen mit Versicherern Verfügungen zu erlassen. Diese können dann mit Verwaltungsbeschwerde beim Eidgenössischen Departement des Innern angefochten werden.

#### KVV – die Hauptverordnung zum KVG

Am 27. Juni hat der Bundesrat die Hauptverordnung zum KVG, die

KVV, verabschiedet. Sie enthält die wichtigsten Ausführungsbestimmungen zum neuen Gesetz.

Die Verordnung beschränkt sich auf das Wesentliche und lässt den Versicherern und den anderen betroffenen Kreisen des Gesundheitswesens einen möglichst grossen Handlungsspielraum. Sie enthält insbesondere Bestimmungen über:

- die *Versicherungspflicht* und die Ausnahmen davon.
- den *Kreis der Versicherer*: Sowohl Krankenkassen wie Privatversicherer können die soziale Krankenversicherung betreiben; dabei sind aber Grundversicherung und Zusatzversicherungen streng voneinander zu trennen.
- die *«gemeinsame Einrichtung»* der Versicherer: Diese ist zuständig für die Durchführung der Leistungsaushilfe nach den internationalen Verpflichtungen der Schweiz; sie übernimmt ausserdem die Leistun-

gen von Versicherern, die zahlungsunfähig geworden sind;

- die *Aufsicht*: Das BSV beaufsichtigt die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung; es übt auch die Aufsicht über die gemeinsame Einrichtung aus. Die Durchführung der Zusatzversicherungen wird durch das Bundesamt für Privatversicherungen beaufsichtigt.

- die *Leistungen*: Die Verordnung regelt lediglich das Verfahren zur Bezeichnung der Leistungen, ohne diese im Detail aufzuführen (letzteres geschieht in der Leistungsverordnung des Departementes).

- die *Leistungserbringer*: Die KVV definiert in Ergänzung zum KVG die Anforderungen, welche die Leistungserbringer zu erfüllen haben. Dies betrifft insbesondere die Personen, welche auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag Leistungen erbringen (z. B. Krankenschwestern, Ergotherapeuten, Logopäden), und die Organisationen, die solche Personen beschäftigen (z. B. Spitex-Organisationen, Ergotherapiezentren). Es ist Sache der Versicherer, zu prüfen, ob die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind. Eine Anerkennung durch das BSV ist nicht mehr notwendig.

- die *Qualitätssicherung*: Die Leistungserbringer oder deren Verbände haben Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität zu erarbeiten. Diese Anforderungen sind in die Tarifverträge zu integrieren oder in speziellen Verträgen festzuhalten.

- die *Finanzierung*: Die Versicherer müssen jeweils für eine zweijährige Finanzierungsperiode das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben sicherstellen. Die Verordnung legt die Höhe der minimalen Reserve in Abhängigkeit der Zahl der Versicherten fest; bei mehr als 50 000

Versicherten soll die Reserve mindestens 20% der geschuldeten Jahresprämien betragen. Die Franchise für erwachsene Versicherte bleibt unverändert bei 150 Franken pro Kalenderjahr. Der zehnpromtente Selbstbehalt auf den die Franchise übersteigenden Kosten wird bei 600 Franken begrenzt, so dass die Versicherten höchstens 750 Franken selbst zu tragen haben. Versicherte können jedoch durch die Wahl einer höheren Franchise Prämien sparen. Nebst den bereits bestehenden drei Franchisen sieht die Verordnung eine Franchise von 1500 Franken vor, welche eine Prämienermässigung von 40% bewirkt. Die Versicherer können auch Bonusversicherungen und andere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anbieten.

### Die Leistungsverordnung des EDI

Das Eidgenössische Departement des Innern hat am 29. September die Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) – kurz die Krankenpflege-Leistungsverordnung – erlassen. Diese umschreibt den Umfang der Leistungspflicht für die ärztlichen und pflegerischen Massnahmen sowie für Analysen, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen. Die Verordnung wird ergänzt durch zwei Anhänge, nämlich

- Anhang 1: Vergütungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für bestimmte ärztliche Leistungen;

- Anhang 2: Liste der Mittel und Gegenstände.

Im übrigen sind auch die Analysenliste, die Arzneimittelliste und die Spezialitätenliste in aktualisierter Form weiterhin gültig.

Nachfolgend fassen wir die wichtigsten Neuerungen der Leistungsverordnung zusammen.

### Die Krankenversicherung übernimmt:

- die von *Chiropraktor/innen* verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, soweit sie im speziellen Anhang zur Analysenliste, in der Spezialitätenliste bzw. in der Liste der Mittel und Gegenstände bezeichnet sind.
- bei der *Krankenpflege zu Hause*, ambulant oder im Pflegeheim: die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen

### Leistungserweiterungen

In den folgenden Bereichen bringt das neue Recht eine Leistungserweiterung:

- bei Behandlung durch Logopädinnen und Logopäden
- bei medizinischer Prävention
- bei Spitalaufenthalt
- bei Aufenthalt in einer teilstationären Einrichtung
- bei Aufenthalt in einem Pflegeheim
- bei spitalexterner Krankenpflege
- bei zahnärztlicher Behandlung
- bei Transport- und Rettungskosten

gen und Pflegemassnahmen, die auf ärztliche Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. Konkret handelt es sich um Abklärung und Beratung, Untersuchung, Behandlung und Kontrolle sowie Grundpflege, die durch das Pflegepersonal geleistet werden. Die Vergütung kann nach Zeit- oder Pauschaltarifen erfolgen, und die Tarifverträge können Zeitlimiten festlegen.

- *Präventionsmassnahmen*: insgesamt 14 Massnahmenkategorien, wie z. B. 8 Untersuchungen des Gesundheitszustandes bei Kindern im Vorschulalter, ein HIV-Test bei Neugeborenen HIV-positiver Mütter, diverse Impfungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 16. Altersjahr, Wiederholungsimpfungen bei Erwachsenen gegen Diphtherie und Tetanus alle 10 Jahre sowie Tetanusimpfung nach einer Verletzung.

- *Leistungen bei Mutterschaft*: 7 Untersuchungen in der normalen Schwangerschaft und 1 Untersuchung zwischen der 6. und 10. Woche nach der Geburt. Bei Risikoschwangerschaft Untersuchungsintervall nach ärztlicher Indikation; nötigenfalls Ultraschallkontrollen und Kardiotokographie. Amniozentese oder Chorionbiopsie bei Schwangeren ab 35 Jahren und bei Jüngeren mit vergleichbarem Risiko. Ein Beitrag von 100 Franken pro Versicherte an die von Hebammen in Gruppen durchgeführte Geburtsvorbereitung. Stillberatung in maximal drei Sitzungen.

- *Kosten zahnärztlicher Behandlungen*, wenn sie Folge einer schweren Erkrankung des Kauystems oder einer schweren Allgemeinerkrankung sind oder wenn sie zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung unerlässlich sind.



## Neue Aufgaben, Möglichkeiten und Kompetenzen der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen

### Versicherte

Das Obligatorium der Krankenpflege-Grundversicherung gewährleistet die Solidaritäten Jung/Alt, Krank/Gesund sowie Mann/Frau; alle Erwachsenen zahlen beim gleichen Versicherer und in der gleichen Region die gleiche Prämie.

Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen profitieren zudem von den Prämienverbilligungsbeiträgen.

Der einheitliche Leistungskatalog erleichtert den Prämienvergleich.

Versicherte können jederzeit und unabhängig von Alter und Gesundheitszustand den Versicherer wechseln. Vorbehalte sind nicht mehr zulässig.

Die Versicherten haben die Wahl zwischen verschiedenen Versicherungsformen und Kostenbeteiligungen.

Es gibt keine zeitliche Beschränkung der Kostenübernahme bei Spitalaufenthalt mehr.

Die Übernahme der Kosten von Massnahmen zur individuellen Prävention dient der Gesundheitsförderung der Versicherten.

Die Leistungserbringer müssen den Versicherten detaillierte und verständliche Rechnungen ausstellen.

### Versicherer

Infolge des einheitlichen Leistungskataloges wird sich der Wettbewerb unter den Versicherern auf die wirtschaftliche Durchführung der Versicherung und auf die Qualität der Serviceleistungen konzentrieren.

Das Unfallrisiko wird in der obligatorischen Grundversicherung miteingeschlossen.

Die Jagd auf die «guten Risiken» wird aufhören.

Die Krankenkassen und übrigen Versicherer werden nebst der Grundpflegeversicherung vermehrt besondere Versicherungsformen anbieten, wie z. B. Bonus-Malus-, Selbstbehalt- und Franchise-Varianten sowie HMO-Modelle.

In den Zusatzversicherungen spielt der freie Wettbewerb.

### Leistungserbringer

Kartellistische Absprachen sowie Meistbegünstigungsklauseln bei den Medizinaltarifen sind nicht mehr zulässig.

Die Autonomie der Ärzteschaft wird gestärkt; befreit von verbandlichen Tarifvorschriften können sie eigene Verträge mit den Versicherern abschliessen.

Für die Leistungserbringer gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Für darüber hinausgehende Leistungen können die Versicherer die Vergütung verweigern.

Die Verbände der Leistungserbringer haben die Qualität der Leistungen systematisch zu kontrollieren.

### Kantone

Die Kantone haben die Bevölkerung über die Versicherungspflicht zu orientieren und die Erfassung zu kontrollieren.

Sie sind zuständig für die Ausrichtung der Prämienverbilligungsbeiträge. Bei der Ausgestaltung der Verbilligungssysteme sind sie frei.

Das Spitalangebot wird durch die Kantone entscheidend mitbestimmt. Sie haben eine Spitalplanung zu erstellen.

### Aufsichtsbehörden

Die Verschärfung des Wettbewerbs in der obligatorischen Grundversicherung infolge der neuen Freizügigkeit erfordert eine seriöse Prüfung der finanziellen Grundlagen der Versicherer durch die Aufsichtsbehörde – das Bundesamt für Sozialversicherung.

Das Bundesamt für Privatversicherungswesen erhält mit der Aufsicht über die Zusatzversicherungen eine neue Aufgabe. Diese Zusatzdeckungen müssen an die Ausweitung der Krankenpflege-Grunddeckung angepasst werden. Es ist mit einer Vielzahl neuer Versicherungsprodukte zu rechnen.

S  
C  
H  
W  
E  
R  
P  
U  
N  
K  
T

## Kosten der Leistungserweiterungen



– *Mittel und Gegenstände:* Die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, die vergütet werden, sind in der Liste im Anhang 2 aufgeführt. Diese umfasst 16 Produktgruppen, wie z. B. Bestrahlungsgeräte, Inhalationsapparate, Orthesen, Verbandmaterial usw. Die Vergütung erfolgt zu den in der Liste aufgeführten Ansätzen. Vorschläge für die Aufnahme von neuen Arten von Mitteln und Gegenständen sowie für den Umfang der Vergütung sind beim BSV einzureichen.

– *Badekuren:* Die Versicherung übernimmt während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von 10 Franken an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren, welche nicht durch andere Versicherungsleistungen (wie z. B. für ärztliche Leistungen, Physiotherapie) abgedeckt sind.

– *Transportkosten:* 50% der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten in einem den Anforderungen des Falles entsprechenden Transportmittel; pro Kalenderjahr maximal 500 Franken.

– *Rettungskosten:* 50% der Rettungskosten in der Schweiz, aber maximal 5000 Franken pro Kalenderjahr. ■

# Das EDI stellt die KV-Leistungsverordnung vor

**Drei Monate vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes, am 29. September 1995, hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) das dritte und letzte Verordnungspaket, die sogenannte Leistungsverordnung (KLV), anlässlich einer Pressekonferenz im Bundeshaus vorgestellt. Auf eidgenössischer Ebene sind damit die Vorbereitungsarbeiten zur Inkraftsetzung des neuen KVG im wesentlichen termingerecht abgeschlossen worden. Zu regeln bleiben jetzt noch die neue Struktur und Zusammensetzung der Eidg. Leistungskommission (ELK) und der Eidg. Arzneimittelkommission (EAK) sowie die Zulassung von neuen Leistungserbringern im KVG (z.B. Psychotherapeuten oder Diätspezialisten).**

## Was ist neu in der Leistungsverordnung?

Der grösste Teil der Pflichtleistungen gilt bereits aufgrund des heutigen Rechtes. Das neue KVG fängt nicht bei Null an, vielmehr schliesst es einige noch vorhandene Lücken. Hinzu kommen gewisse unerlässliche Ergänzungen im Leistungsbe- reich. In der Leistungsverordnung musste also nur noch ein kleiner Teil umschrieben werden, so unter anderem die Leistungsbereiche Spitex, Prävention, Mutterschaft, Zahnbehandlungen usw. Bei der Ausgestaltung dieser Leistungen wurde ein *Mittelweg* eingeschlagen. Es kann

nicht Aufgabe der sozialen Krankenversicherung sein, alles und jedes zu übernehmen. Für den Wahlbedarf gibt es die Zusatzversicherungen. Von daher lautete die Devise stets: *bescheiden anfangen*. Dies erlaubt auch, zu einem späteren Zeitpunkt weitere sinnvolle Leistungen aufzunehmen, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und der Patienten sowie der Kostenfolgen für die Krankenversicherung.

In Ergänzung zur gerafften Übersicht im vorausgehenden Beitrag seien hier nur noch zu zwei Leistungsbe- reichen sowie zur Prämiensituation zusätzliche Hinweise gegeben:

## Die Preisüberwachung zur Neuregelung der Medikamentenpreise

Die Preisüberwachung hat vor einiger Zeit Untersuchungen über die Medikamentenpreise in der Schweiz und in Europa durchgeführt. Diese Untersuchungen bestätigen die allgemein vorherrschende Ansicht eines überhöhten Preisniveaus in der Schweiz. Aus der Sicht der Preisüberwachung bestand deshalb ein dringender Handlungsbedarf. Gestützt auf ihre Kompetenzen hat sie dem Bundesamt für Sozialversicherung entsprechende Empfehlungen zukommen lassen.

Die Hauptursachen für die Preisunterschiede liegen in der Abschottung des Schweizer Marktes gegenüber dem Ausland, wodurch Anpassungen an die Wechselkursveränderungen verhindert wurden, ferner im praktizierten Mechanismus der Preisfestsetzung und dem branchenumfassenden Preisbindungssystem, der sogenannten Reglementation.

Um dieser internationalen Preisdiskriminierung zum Schaden der Schweizer Konsumenten zu begegnen, sieht die getroffene Lösung einen Preisvergleich mit dem Ausland vor. Dazu werden drei Länder mit ähnlichen Strukturen im Pharmabereich herangezogen. Auf diese Weise wird eine dem Wettbewerb nahekommende Situation hergestellt.

Die neue Regelung geht in Richtung einer grösseren Marktconformität. Dabei werden vorab die Preise der älteren Produkte herabgesetzt, während inskünftig die Forschung durch eine Innovationsprämie gefördert werden soll. Die Auswirkungen – es wird mit Einsparungen von 500 Mio. Franken für die kommenden fünf Jahre gerechnet – werden für die Branche verkraftbar, aber für unser Gesundheitswesen doch spürbar sein.

Die Preisüberwachung begrüsst daher die eingeleiteten Reformen und ist befriedigt darüber, dass diese gleichzeitig mit dem neuen KVG in Kraft treten können. Sie erwartet, dass die praktische Umsetzung ohne Verzug in Angriff genommen wird.

*(Aus dem Französischen übersetzt)*



Bundesrätin Ruth Dreifuss, Vizedirektor Markus Moser, BSV, und Preisüberwacher Joseph Deiss

## Spitexleistungen

Mit dem neuen KVG werden die Spitexleistungen deutlich ausgebaut. Neu wird die Krankenversicherung *sämtliche Kosten* für Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim *übernehmen*. Dadurch werden die Versicherten entlastet.

Dies lässt sich auch an den Kosten ablesen. Die neuen Spitexleistungen im Pflegeheim kosten die Krankenversicherung rund 685 Mio. Franken. Die übrigen Spitexmassnahmen zuhause oder ambulant belasten die Krankenversicherung mit rund 120 Mio. Franken jährlich. Diese Mehrausgaben machen zusammen fast die Hälfte der Leistungserweiterung des neuen KVG aus.

Die Haushalthilfe erachtet das EDI nicht als Pflichtleistung der Krankenpflegeversicherung. Hier ist die Finanzierung vielmehr vor allem durch die Rentenversicherungen (1. und 2. Säule, Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigungen) sowie durch die Kantone und die Gemeinden mit ihren Beiträgen sicherzustellen. Das sollte um so eher möglich sein, als die Krankenpflegeversicherung ihr Engagement im Spitex- und Pflegeheimbereich deutlich verstärkt und dadurch Kantone und Gemeinden entlastet.

## Medikamente

Die Preisbestimmung bei den Medikamenten wurde seit 1991 einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Die Grundzüge der neuen Regelung wurden bereits in der Hauptverordnung des Bundesrates zum neuen KVG festgelegt. So wird inskünftig die Preisschutzfrist für Ori-

ginalpräparate von 30 auf 15 Jahre verkürzt. Sämtliche Medikamente werden nach 15jährigem Eintrag in der Spezialitätenliste überprüft und ihre Preise mit dem Ausland verglichen. Gleichzeitig wird aber für Originalpräparate ein *Innovationszuschlag* eingeführt.

Die neue KLV konkretisiert nun hauptsächlich den *Preisvergleich mit dem Ausland*. Zum Vergleich werden drei Länder mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich herangezogen (gegenwärtig sind Deutschland, Dänemark und die Niederlande vorgesehen), und es wird der jeweilige Publikumspreis (abzüglich der Mehrwertsteuer) verglichen. Die Pharmaindustrie rechnet mit Einsparungen von ca. 80 Mio. Franken pro Jahr für die Krankenkassen und Patienten in den nächsten fünf Jahren.

### Prämiensituation 1996

Die Krankenkassen haben festgestellt, dass 1995 wiederum ein kräftiger Kostenanstieg von fast 7% stattgefunden hat, und dies trotz des nach wie vor geltenden Notrechts. Dieser Umstand ist beunruhigend. Bei der konkreten Prämie 1996 spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, die klar auseinandergelassen werden sollten:

- die Kostensteigerung (7%);
- der Wegfall der bisherigen Giesskannen-Subventionen an die Krankenkassen (11%);
- die Abrundung des Leistungskataloges (11%);
- die neue Kostenbeteiligung der Patienten bei stationärer Behandlung (-4%);
- der Spareffekt durch den Wettbewerb in der Krankenversicherung (wirkt erst längerfristig).

Für 1996 ist also mit einem Prämienanstieg von insgesamt etwa 25% zu rechnen. Dank der individuellen Prämienverbilligung von Bund und Kantonen werden aber Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ab 1996 eine Prämienentlastung erfahren. Diese wird allerdings in etlichen Kantonen aus durchführungstechnischen Gründen wahrscheinlich erst im Laufe des nächsten Jahres für die Versicherten ersichtlich sein. Einsparungsmöglichkeiten für sämtliche Versicherte bestehen in der Wahl erhöhter Selbstbehalte oder alternativer Versicherungsformen. —

## Vorbereitung des Vollzugs des neuen KVG in den Kantonen

**Die Kantone sehen sich gegenwärtig vor die Aufgabe gestellt, eine ganze Reihe von Regelungen zu treffen und Strukturen aufzubauen, um ihren Verpflichtungen im Hinblick auf das Inkrafttreten und den Vollzug des neuen Krankenversicherungsgesetzes nachzukommen. Die einzelnen anstehenden Massnahmen sind recht vielfältig mit Bezug auf ihren Gegenstand, ihre technische und politische Bedeutung, das Ausmass der Betroffenheit der Kantone, deren administrative und finanzielle Belastung sowie die Dringlichkeit. Im nachfolgenden Beitrag werden einige Hinweise zu den in den Kantonen laufenden Arbeiten zur Vorbereitung des Vollzugs des neuen Gesetzes gegeben.**



FRANZ WYSS, LIC. RER. POL.,  
ZENTRALSEKRETÄR DER  
SCHWEIZERISCHEN SANITÄTS-  
DIREKTORENKONFERENZ

Angesichts der Dynamik der laufenden Vorbereitungsarbeiten muss hier allerdings auf eine systematische, vollständige und ausführliche Darstellung des aktuellen Standes der Geschäfte verzichtet werden. Auch kann auf die formalen Gesichtspunkte der kantonalen Rechtsetzung nicht näher eingegangen werden. Die durch die Gesetzgebung des Bundes vorgegebenen Fristen zwingen die Kantone teilweise zu provisorischen Erlassen. Die in Vorbereitung befindlichen oder bereits von den Kantonsparlamenten verabschiedeten (teilweise noch unter der Referendumsfrist stehenden) Einführungsgesetze zum neuen KVG betreffen nicht in allen Kantonen die gleichen Regelungsgegenstände und unterscheiden sich auch in der Regelungstiefe. Auffallend sind die in manchen Fällen neu geordneten Kompetenzdelegationen, die insbesondere für die Spitalplanung und die Ausgestaltung der Prämienverbilligung die nötige Flexibilität für zukünftige Anpassungen bieten sollen. Die beiden letztgenannten Bereiche werden teilweise in besonderen Gesetzen geregelt.

### Kontrolle des Versicherungsobligatoriums und Rechtspflege

Bereits weit fortgeschritten ist in den meisten Kantonen die Bereitstellung der Einführungsgesetzgebung für die unmittelbar ab Inkrafttreten des Gesetzes nötigen administrativen und rechtlichen Instrumentarien zum Vollzug des neuen Gesetzes. Es handelt sich hier – soweit nicht die Regelung der Prämienverbilligung betroffen ist – um politisch eher nicht brisante Fragen, die kaum grössere Auseinandersetzungen hervorrufen. Das wichtigste Element ist dabei die Kontrolle des Beitritts der Versicherungspflichtigen zu einer Versicherung nach Artikel 6 KVG. In jener Mehrzahl der Kantone, die bisher noch kein Versicherungsobligatorium kannten, bringt diese Kontrolle vor allem für die Gemeinden und deren Einwohnerkontrollen zusätzliche administrative Belastungen mit sich. Meist ebenfalls in den Einführungsgesetzen enthalten sind Bestimmungen zu den Zuständigkeiten und Verfahren bei der Genehmigung der Tarifverträge und im Falle von Streitigkeiten und Beschwerden.

### Beiträge zur Prämienverbilligung

Sehr viel brisanter, bedeutender und auch schwieriger sind die Regelungen betreffend die Beiträge zur Prämienverbilligung für wirtschaftlich schwächere Versicherte nach den Artikeln 65 und 66 KVG. Zumindest in jenen Kantonen, die bisher nur geringe oder keine eigenen Prämienverbilligungs-Beiträge ausrichteten, bieten sowohl die Wahl des Prämienverbilligungs-Systems wie vor allem auch das Ausmass der Prämienverbilligung Anlass zu manchen Auseinandersetzungen. Immerhin können inzwischen alle Kantone zumindest auf gewisse Erfahrungen aus der Ausrichtung der Prämienverbilligungs-Beiträge gemäss dem Ende 1995 auslaufenden dringlichen Bundesbeschluss gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung zurückgreifen.

#### Ausmass der Subventionierung

Bereits bei der Ausarbeitung des Gesetzes und anlässlich dessen Behandlung in den eidgenössischen Räten gehörten die Frage der Höhe der Prämienverbilligungs-Beiträge des Bundes und der Kantone sowie jene der Ausgestaltung des Prämienverbilligungs-Systems zu den Hauptstreitpunkten. Eine deutliche Mehrheit der Deutschschweizer Kantone befürchtete ein den sozialpolitisch legitimierten Bedarf weit übertreffendes Ausmass der Subventionierung der Versicherten, eine untragbare finanzielle Belastung der Kantone und zudem einen übermässigen administrativen Aufwand. Das Parlament trug diesen Bedenken Rechnung: erstens gestattete es den Kantonen, die Subventionierung um die Hälfte zu kürzen, sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sichergestellt ist; zweitens räumte es ihnen eine stufenweise Erreichung ihrer Minimalbeteiligung an der Prämienverbilligung ein (von 35 % Aufstockung des Bundesbeitrags 1996 bis zu 50 % ab 1999); und drittens verzichtete es darauf, den Kantonen Vorschriften über die Ausgestaltung der Prämienverbilligung zu machen. Die früheren Befürchtungen sind damit aber noch nicht überall vollständig ausgeräumt. In einigen Kantonen führt auch die vorgeschriebene minimale Ausschöpfung der Subventionen noch zu einer eindrucklich hohen Quote von subventionierten Haus-

halten. Zudem kommt eine reduzierte Inanspruchnahme der Bundesbeiträge für die betreffenden Kantone einem volkswirtschaftlichen «Verlust-Geschäft» gleich. In Kantonen mit einem hohen Niveau der Gesundheitskosten kann hingegen auch mit einer vollen Ausschöpfung der verfügbaren Bundesbeiträge nur eine bescheidene Quote der subventionierten Haushalte erreicht werden; angesichts der äusserst angespannten Finanzlage eben dieser Kantone dürfte es für sie kaum möglich sein, diese Quoten durch zusätzliche eigene Beiträge zu erhöhen.

Erwartungsgemäss nehmen die Kantonsregierungen für 1996 unterschiedliche Beanspruchungsquoten für die Bundesbeiträge in Aussicht. Aufgrund der uns gegenwärtig zur Verfügung stehenden Informationen rechnen wir damit, dass nur etwa drei bis vier Kantone eine Quote zwischen 50 % und 100 % beschliessen werden, während die übrigen etwa zu gleichen Teilen eine Quote von entweder 50 % oder 100 % beschliessen werden. Die durchschnittliche Beanspruchungsquote dürfte zwischen 65 % und 70 % zu liegen kommen.

#### Grosse Vielfalt der Systeme

In den meisten Kantonen stehen inzwischen sowohl die Ausgestaltung des Prämienverbilligungs-Systems wie auch das Ausmass der Inanspruchnahme der Bundesbeiträge und die Höhe der Kantonsbeiträge definitiv oder doch in den Grundzügen fest. Die betreffenden Gesetze, Dekrete, Verordnungen, Ausführungsbestimmungen und Budgetentwürfe für 1996 liegen weitgehend vor oder sind schon verabschiedet.

Die von den einzelnen Kantonen in Aussicht genommenen Verfahren und Kriterien für die Prämienverbilligung sind recht vielfältig. Versuche, im Rahmen der interkantonalen Zusammenarbeit eine gewisse Harmonisierung herbeizuführen, zeitigten nur einen bescheidenen Erfolg: auf Antrag der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) hat der Bundesrat eine Bestimmung in die Verordnung über die Prämienverbilligung aufgenommen, wonach sich bei einem Kantonswechsel der Versicherten deren Ansprüche auf Beiträge für das ganze Kalenderjahr nach dem Recht jenes Kantons richten, in welchem die Versicherten am 1. Januar ihren Wohnsitz hatten

(Art. 10). Unterschiede bestehen zwischen den Kantonen etwa mit Bezug auf folgende Elemente des Prämienverbilligungs-Systems:

- Höhe der Quote der Prämienbelastung am Einkommen;
- Mitberücksichtigung des Vermögens;
- Berücksichtigung absoluter Einkommensgrenzen;
- Berücksichtigung der Anzahl der Kinder;
- Kalkulation mit einer Referenzprämie oder mit der effektiven Prämie der Krankenversicherung;
- gebrochene (wenige Stufen) oder kontinuierliche Abstufung der Beiträge;
- automatische Ausrichtung der Beiträge oder Information der Berechtigten mit Antragsformular oder Prüfung der Berechtigung erst nach Eingang eines Antrages;
- Mitwirkung der Krankenversicherer bei der Prämienreduktion oder direkte Auszahlung an die Versicherten oder Zustellung eines Gutscheines;
- Anzahl der Beitragsraten pro Jahr;
- zentrale (Kanton) oder dezentrale (Gemeinden) Verwaltung der Prämienverbilligung.

Der Vollzug der Prämienverbilligung erfordert in manchen Kantonen noch beträchtliche organisatorische und administrative Vorbereitungen.

Die Krankenversicherer haben sich in der Zwischenzeit ange-schickt, den Umstand heftig zu kritisieren, dass die Kantone den ihnen vom Gesetzgeber eingeräumten Gestaltungsspielraum bei der Prämienverbilligung ausschöpfen. Es ist kaum zu bestreiten, dass die Vielfalt der kantonalen Prämienverbilligungs-Systeme den Krankenkassen einen höheren administrativen Aufwand beschert als ein einheitliches schweizerisches System ihnen beschert hätte. Es darf auch kaum erwartet werden, dass die unterschiedlichen Lösungen in allen Bevölkerungskreisen auf Verständnis stossen. Auf der anderen Seite müssen aber auch die Vorteile dieser Vielfalt gesehen werden: einerseits kann den politischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Unterschieden zwischen den Kantonen besser Rechnung getragen werden als mit einem einheitlichen System und andererseits können Erfahrungen mit verschiedenen Ansätzen gesammelt und auf-

grund dieser Erfahrungen in Zukunft die bewährten Ansätze gewählt und die problembehafteten verlassen werden. Die SDK hat jedenfalls die Harmonisierung der Prämienverbilligungs-Systeme der Kantone bereits auf den Katalog ihrer mittelfristigen Aufgaben gesetzt.

### **Kantonsbeiträge an ausserkantonale Spitalbehandlungen**

Einer Mehrheit der Kantone bereiten gegenwärtig die Regelung und die Budgetierung ihrer finanziellen Beteiligung an medizinisch indizierten Behandlungen von Patientinnen und Patienten ihres Kantons in öffentlichen oder öffentlich subventionierten ausserkantonalen Spitälern nach Artikel 41 Absatz 3 KVG die grössten Sorgen.

Es stellen sich hier eine ganze Reihe von weitgehend noch ungelösten Problemen:

- Zahlreiche Fragen zur Interpretation des Gesetzes sind noch nicht abschliessend beantwortet, insbesondere solche, die die Leistungspflicht der Herkunftskantone im Zusammenhang mit der Spitalplanung, den Spitallisten und der Wahlfreiheit der Versicherten betreffen.
- Die Modalitäten der Festsetzung der Tarife für Ausserkantonale stützen sich erst zum Teil auf interkantonale Abmachungen.
- Die Meinungen darüber, mit welchen Mechanismen den Herkunftskantonen eine möglichst effiziente Kontrolle der medizinischen Indikation für ausserkantonale Behandlungen und für die allfällige Rückverlegung in ein Spital des Kantons ermöglicht werden soll, gehen teilweise auseinander; zudem kann für die Beurteilung dieser Fragen erst in beschränkter Masse auf bereits gemachte Erfahrungen zurückgegriffen werden.
- In den meisten Fällen ist auch noch offen, welche Abgeltungsmodalitäten gewählt werden sollen: Auszahlung des Beitrags an das Spital oder an die Krankenversicherung.
- Für das Jahr 1996 müssen diese Beiträge praktisch ins Blaue hinaus budgetiert werden.

### *Interkantonale Regelung statt Bundeslösung*

Das Eidgenössische Departement des Innern hat signalisiert, dass der Bundesrat auf die Inanspruchnahme seiner Kompetenz zur Regelung der Einzelheiten der Abgeltung für aus-

serkantonale Behandlungen zu verzichten gedenke, sofern die Kantone sich auf tragfähige Regelungen einigen können. Die Lösung der anstehenden Fragen wird vor allem auf interkantonaler, zumindest auf regionaler Ebene angegangen werden müssen. Ein Minimum an Harmonisierung der Regelungen ist unabdingbar, wenn ein unübersichtlicher Wildwuchs von Sonderlösungen vermieden werden soll, der mit grossen administrativen Umtrieben für alle Beteiligten verbunden wäre.

Der Vorstand der SDK hat an seiner Sitzung vom 14. September 1995 die Einsetzung einer ständigen Kommission beschlossen, die beauftragt ist, Koordinations- und Harmonisierungsfragen insbesondere im Zusammenhang mit dem Vollzug der Krankenversicherung zu bearbeiten und geeignete Lösungen vorzuschlagen. Die Kommission wird von Regierungsrat Dr. Philipp Stähelin, Vorsteher des Departements für Finanzen und Soziales des Kantons Thurgau, präsiert. Die Thematik der Abgeltung der ausserkantonalen Behandlungen ist einer der zentralen Punkte im Aufgabekatalog der Kommission. Diese wird allerdings kaum kurzfristig Patentlösungen vorlegen können. In einer ersten Phase werden wohl pragmatische Behelfslösungen nicht zu umgehen sein.

### **Tarifverhandlungen**

Als Hauptträger der stationären Versorgung sind die Kantone direkt oder indirekt in die Tarifverhandlungen zwischen den Spitälern und den Krankenversicherern involviert. Diese Verhandlungen gestalten sich zum jetzigen Zeitpunkt ganz besonders schwierig. Solange die Spitalisten gemäss Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe e KVG noch nicht in Kraft sind, gelten grundsätzlich weiterhin die bisherigen Verträge, wobei Tarifanpassungen möglich sind (Art. 101 Abs. 2 und Art. 104 KVG sowie Art. 8 Einführungsverordnung). Angesichts der für die Mehrheit der Kantone beträchtlich zunehmenden finanziellen Belastungen für die Prämienverbilligung sollte der zulässige Kostendeckungsgrad von 50% der Betriebskosten bei den Tarifen für die öffentlichen Spitälern erreicht werden können. Die Krankenkassen wehren sich indessen vorerst gegen jede Tarifanpassung.

Nach dem Vorliegen des Leistungskataloges für die Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) werden Tarifverhandlungen für diese Dienste und für die Pflegeheime fällig, von denen die Kantone ebenfalls betroffen sind.

### **Spitalplanung und Planung für Pflegeheime**

Die Kantone sind verpflichtet, bis spätestens Ende 1997 die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung im stationären Bereich und die Listen der zur Krankenversicherung zugelassenen Spitälern und Pflegeheime (Art. 39 KVG und Art. 2 Abs. 2 Einführungsverordnung) zu erstellen. Auch in diesem Bereich stellen sich gegenwärtig beträchtliche Probleme:

- Einige Fragen der Interpretation des Gesetzes, insbesondere betreffend die Erstellung der Spitalisten, bedürfen noch der Klärung.
- Die Anforderung von Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG, wonach die Spitalplanung gleichzeitig einer bedarfsgerechten Versorgung entsprechen und die Privatspitälern angemessen einbezogen muss, stellt die Kantone vor eine äusserst schwierige Aufgabe.
- Eine bedarfsgerechte Spitalplanung kann nicht von den einzelnen Kantonen isoliert, sondern muss für einen Teil der Versorgung auf interkantonaler, zumindest regionaler Ebene angegangen werden.

Die Spitalplanung ist für die Kantone nichts Neues, und die bestehenden kantonalen Spitalplanungen können keineswegs einfach als überholt abgeschrieben werden. Im Hinblick auf den Abschluss neuer Spitaltarif-Verträge haben die Kantone auch ein Interesse daran, die Anpassungen der Planung an das neue Gesetz voranzutreiben und die Spitalisten so rasch wie möglich in Kraft zu setzen. Die genannten Probleme lassen sich jedoch nicht innerhalb von ein paar Monaten lösen. Es ist also eher damit zu rechnen, dass die Anpassungen erst im Laufe der Jahre 1996 und 1997 und nicht bereits auf den 1. Januar 1996 vorgenommen werden. Die Spitalplanung ist im übrigen ohnehin nicht als einmalige Aktion, sondern als dynamischer Prozess zu sehen, der mit dem Inkrafttreten des neuen KVG in eine neue Phase tritt. Von der bereits erwähnten neuen Kommission der

SDK sind auch in diesem Zusammenhang Impulse zu erwarten.

Eine hohe Priorität kommt für die Kantone der Planung und der Erstellung der Listen der Pflegeheime zu, weil dies die Voraussetzung dafür ist, dass die Pflegeheime als eigenständige Leistungserbringer nach dem neuen Gesetz und im Rahmen des Leistungskataloges für die Spitex-Dienste auftreten können.

#### Weitere Aufgaben

Damit sind die für die Kantone relevanten Aktivitätsbereiche im Zusammenhang mit dem Vollzug des neuen Gesetzes noch bei weitem nicht abschliessend aufgezählt.

Zu den bedeutenden Herausforderungen gehört für die Kantone insbesondere die Mitwirkung bei der Erstellung der Statistiken und bei der Leistungserfassung sowie beim Aufbau der Kostenrechnung der Spitäler sowie bei Betriebsvergleichen (Art. 23 Abs. 2, 49 Abs. 6 und 7 KVG). Zudem steht die Anpassung bestehender und die Entwicklung neuer Tarifmodelle zur Bearbeitung an. In diesen Bereichen sind zahlreiche Arbeiten auf kantonaler, interkantonaler und schweizerischer Ebene im Gange.

Schliesslich sei noch auf weitere Massnahmen hingewiesen, welche die Kantone beschäftigen oder beschäftigen werden:

- die Errichtung der Institution für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung nach Artikel 19 KVG, welche die Kantone zusammen mit den Versicherern bis spätestens Ende 1996 vorzunehmen haben; die betreffenden Vorarbeiten sind auf guten Wegen;
- die Vervollständigung der kantonalen und interkantonalen Bestimmungen und Verfahren betreffend die Zulassung zur Tätigkeit für bestimmte Kategorien von Leistungserbringern (Ergotherapie, Logopädie, Spitex-Dienste);
- die Regelung der Abgabe von Medikamenten durch Ärztinnen und Ärzte nach Artikel 37 Absatz 3 KVG;
- allenfalls die Einführung von Globalbudgets für Spitäler und Pflegeheime (Art. 51 und 54 KVG);
- die Mitgestaltung der Qualitätssicherung (Art. 58 KVG und 77 KVV);
- die Mitwirkung bei der Wirkungsbeurteilung (Art. 32 KVV). —

## Die Aufsicht des Bundes über die Krankenversicherer nach dem neuen Recht

**Mit dem Inkrafttreten des revidierten Krankenversicherungsrechtes werden auch gewisse Aufsichtsfunktionen des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) über die Krankenversicherer eine Änderung erfahren. Anlässlich der Beratungen des neuen Gesetzes war sowohl in der Expertenkommission als auch in den parlamentarischen Kommissionen und in den eidgenössischen Räten selbst die Zielrichtung spürbar, den Versicherern möglichst viel Eigenverantwortung und Selbständigkeit einzuräumen und die Bundesaufsicht auf das Notwendige zu beschränken.**

VON THEO LAUBSCHER, LIC. IUR.,  
CHEF DER SEKTION RECHTSFRAGEN DER ABTEILUNG  
KRANKENVERSICHERUNG IM BSV

#### Die Aufsicht nach bisherigem Recht

Nach dem geltenden Recht wird die Aufsicht über die anerkannten Krankenkassen praktisch ausschliesslich vom BSV wahrgenommen. Diese Aufsicht bezieht sich sowohl auf die Institution Krankenkasse als auch auf die Durchführung sämtlicher Versicherungszweige. Alle von den Krankenkassen durchgeführten Versicherungen gelten als Sozialversicherungen und werden auch unter diesem Gesichtspunkt beaufsichtigt. Die Aufsicht umfasst die finanziellen und rechtlichen Aspekte und ging bisher zum Teil bis ins Detail. So mussten dem BSV zum Beispiel die geringfügigsten Änderungen bei den Bestimmungen einer Kasse über die Ferien- und Reiseversicherung zur Genehmigung unterbreitet werden. Die bisherige Aufsicht beinhaltete auch eine Dienstleistungsfunktion vor allem gegenüber den kleineren Kassen. So wurden ihnen zum Beispiel Mustererlasse abgegeben.

Bereits im Vorfeld der jüngsten Krankenversicherungsrevision wurde die Aufsicht in zwei wesentlichen Bereichen gelockert. Mit einer Änderung vom 26. November 1984 der Verordnung II über die Krankenversicherung betreffend die Kollektivversicherung bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen wurde die Bestimmung aufgehoben,

wonach sämtliche Kollektivversicherungsverträge sowie deren Änderungen und Ergänzungen dem BSV zur Genehmigung einzureichen waren. Die Durchführung dieser Aufsicht erwies sich angesichts der hohen Zahl an Kollektivversicherungsverträgen – es wurden damals ungefähr 30 000 gezählt – als nicht sehr effizient. Die Prüfung beschränkte sich denn auch aus Kapazitätsgründen im wesentlichen auf formale Aspekte der Verträge und auf deren finanzielle Ergebnisse. Nach Inkrafttreten dieser Verordnungsänderung (1. Januar 1985) konzentrierte sich die Aufsichtstätigkeit des BSV auf die Kontrolle der Gesamtergebnisse des Kollektivgeschäfts der einzelnen Kassen. Die zweite bedeutende Lockerung der Bundesaufsicht erfolgte durch eine Änderung vom 3. Dezember 1990 der Verordnung I über die Krankenversicherung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände sowie die Berechnung der Bundesbeiträge. Mit dieser Änderung wurde die Aufgabe des BSV, bei den Kassen regelmässig Revisionen durchzuführen und unangemeldete Kontrollen vorzunehmen, aufgehoben. Dafür wurden die Kassen verpflichtet, eine externe und unabhängige Kontroll-

## Massgebende Bestimmung im KVG

### Art. 21 Aufsicht

- <sup>1</sup> Die Versicherer und die gemeinsame Einrichtung unterstehen der Aufsicht des Bundesrates.
- <sup>2</sup> Er sorgt für die einheitliche Anwendung des Gesetzes und regelt insbesondere die Aufteilung der Zuständigkeiten.
- <sup>3</sup> Die Durchführung der in Artikel 12 Absatz 2 genannten Versicherungen wird vom Bundesamt für Privatversicherungswesen nach der Gesetzgebung über die privaten Versicherungseinrichtungen beaufsichtigt.
- <sup>4</sup> Das Bundesamt für Sozialversicherung kann den Versicherern Weisungen zur einheitlichen Anwendung des Bundesrechts erteilen, von ihnen alle erforderlichen Auskünfte und Belege verlangen sowie Inspektionen durchführen. Die Versicherer müssen dem Bundesamt ihre Jahresberichte und Jahresrechnungen einreichen.
- <sup>5</sup> Missachtet ein Versicherer die gesetzlichen Vorschriften, so kann das Bundesamt für Sozialversicherung, je nach Art und Schwere der Mängel:
  - a. Massnahmen zur Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes auf Kosten des Versicherers ergreifen;
  - b. dem Departement den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen.
- <sup>6</sup> Die besonderen Bestimmungen über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungseinrichtungen bleiben vorbehalten.

stelle zu bestimmen. Die Anforderungen an diese Kontrollstelle und ihre Aufgaben wurden eingehend geregelt.

### Die Zielsetzungen des neuen Rechts und dessen Schwerpunkte hinsichtlich der Aufsicht über die Krankenversicherer

Die Kassenlandschaft hat sich im Verlaufe der letzten Jahrzehnte wesentlich verändert. Die Krankenkassen, die im Nebenamt geführt werden, sind immer weniger geworden, und bei den grösseren und zum Teil auch grössten Kassen sind Konzentrationsprozesse im Gange, so dass auch in Zukunft mit einer Verringerung der Anzahl der Krankenversicherer zu rechnen ist. Damit soll nicht gesagt sein, dass die kleineren Kassen nach dem neuen Recht generell keine Überlebenschancen mehr hätten – für sie besteht in bestimm-

ten Regionen durchaus ein Bedarf –, bei der Aufsicht hat sich der Bund aber an diese veränderte Situation anzupassen. Auch war in den vergangenen Jahren festzustellen, dass die kleineren und kleinsten Kassen zunehmend von ihren Rückversicherern oder daraus hervorgegangenen Dienstleistungsorganisationen beraten wurden, so dass die Dienstleistungsfunktion des BSV gegenüber den Kassen allmählich in den Hintergrund trat. Im Interesse einer möglichst wirksamen und unbürokratischen Aufsichtstätigkeit, hat sich der Bund auf die wesentlichsten Aspekte zu konzentrieren. Dabei muss er von einem hohen Grad an Eigenverantwortung und einer weitgehenden Selbständigkeit der von ihm zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung zugelassenen Versicherern ausgehen können. Die wesentlichsten Funk-

### Die Bestimmungen der KVV über die Zuständigkeiten bei der Aufsicht

#### Art. 24 Aufsicht über die Versicherungstätigkeit

- <sup>1</sup> Das BSV beaufsichtigt die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 24–31 und 67–77 des Gesetzes.
- <sup>2</sup> Das BPV beaufsichtigt die Durchführung der in Artikel 12 Absatz 2 des Gesetzes genannten Versicherungen.

#### Art. 25 Institutionelle Aufsicht über die Krankenkassen

Das BSV sorgt dafür, dass die Krankenkassen und die Institutionen nach Artikel 16 Absatz 1 Buchstabe a jederzeit in der Lage sind, die mit der Anerkennung und der Durchführungsbewilligung verbundenen Bedingungen zu erfüllen.

tionen des Bundes bei der Aufsicht über die Versicherer sind:

- einerseits die Durchsetzung einer einheitlichen Anwendung des Gesetzes unter Respektierung der Eigenverantwortung und Selbständigkeit der Versicherer und ein möglichst rasches Eingreifen, sollte sich herausstellen, dass ein Versicherer die bundesrechtlichen Auflagen nicht oder nicht mehr erfüllt;
- andererseits hat er sich bei den regelmässig wiederkehrenden Prüfungen und Genehmigungen vor allem der Prämientarife von den gesetzlichen Vorgaben und auch von den von ihm gesammelten Erfahrungswerten leiten zu lassen. Ihre jahrelangen Erfahrungen und die dadurch entstandene Sensibilisierung sollte die Aufsichtsbehörde nutzen, um rechtzeitig gewisse Entwicklungen voraussehen und namentlich im Hinblick auf die finanzielle Sicherheit eines Versicherers auf die nötigen Korrekturmassnahmen hinweisen zu können.

Es bleibt aber nach wie vor in der primären Verantwortung des Versicherers, die für seine finanzielle Sicherheit beziehungsweise für jene der einzelnen Versicherungsbereiche notwendigen Massnahmen zu treffen. Wirksam eingreifen kann die Aufsichtsbehörde ohnehin erst, wenn ihr die Bilanz und die Betriebsrechnungen bekannt sind. Dies ist frühestens im April des dem Geschäftsjahr folgenden Jahres der Fall.

Wenn ein Versicherer die Weisungen der Aufsichtsbehörde nicht befolgt, bleibt dieser nur die Möglichkeit der Ergreifung der im Gesetz vorgesehenen Massnahmen und Sanktionen. Sollte eine kritische Entwicklung der finanziellen Situation eines Versicherers weder von diesem selbst noch von der Kontrollstelle und der Aufsichtsbehörde rechtzeitig entdeckt worden sein, hat der Gesetzgeber zum Schutz der Versicherten mit der gemeinsamen Einrichtung eine Auffangeinrichtung vorgesehen, welche im Rahmen der gesetzlichen Leistungen die Kosten anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern zu übernehmen hat.

### Die Bestimmungen über die Aufsicht im neuen Recht

Sowohl das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) als auch die Ausführungsverordnung des Bundesrates vom 27. Juni 1995 (KVV)

enthalten Bestimmungen über die Aufsicht (Art. 21 KVG, Art. 24, 25 und 28 KVV).

Weitere aufsichtsrechtliche Funktionen sind auch in anderen Bestimmungen enthalten, wie zum Beispiel in Artikel 13 KVG und in Artikel 15 KVV über die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung, und im Bereiche der Finanzierung (Art. 60–63 KVG und Art. 78–109 KVV), namentlich hinsichtlich der Genehmigung von Prämientarifen.

Gegenüber dem bisherigen Recht sind vor allem folgende Neuerungen zu beachten. Erstens wird die Aufsicht neu von zwei Ämtern, dem BSV und dem Bundesamt für Privatversicherungswesen (BPV), und damit auch von zwei Departementen, dem Eidgenössischen Departement des Innern und dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement, wahrgenommen. Dies ist einerseits eine Folge der Zulassung der Privatassekuranz zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung und ist andererseits auf die Unterstellung der Zusatzversicherungen und der weiteren Versicherungsarten nach Artikel 12 Absatz 2 KVG unter das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) zurückzuführen. Zweitens wird ausdrücklich unterschieden zwischen der institutionellen Aufsicht über die Versicherer (Art. 25 KVV) und jener über die Versicherungstätigkeit (Art. 24 KVV).

Bei der institutionellen Aufsicht geht die Trennlinie zwischen den anerkannten Krankenkassen und den privaten Versicherungseinrichtungen durch, und bei der Aufsicht über die Versicherungstätigkeit ist die Abgrenzung der beiden Bereiche obligatorische Krankenpflegeversicherung und Taggeldversicherung nach KVG auf der einen von den Zusatzversicherungen sowie den weiteren Versicherungsarten auf der anderen Seite massgebend. Somit beaufsichtigt das BPV die Institutionen der privaten Versicherungseinrichtungen und die Versicherungstätigkeit sowohl dieser Institutionen als auch der anerkannten Krankenkassen im Bereiche der Zusatzversicherungen und weiteren Versicherungsarten, während das BSV die institutionelle Aufsicht über die anerkannten Krankenkassen wahrnimmt und über die Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch sämtliche Versicherer wacht.

Neu ist ferner, dass der Genehmigung der Prämientarife im Bereiche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch das BSV (Art. 61 Abs. 4 KVG) konstitutive Wirkung zukommt. Das bedeutet, dass diese Tarife erst angewendet werden dürfen, wenn sie vom BSV genehmigt worden sind (Art. 92 Abs. 1 KVV). Eine Ausnahme ist nur für die Übergangssituation im Jahre 1996 vorgesehen (Art. 136 KVV).

Eine weitere wesentliche Neuerung ist der Verzicht auf die Überprüfung und Genehmigung von Erlassen der Versicherer über die soziale Krankenversicherung durch das BSV. Damit soll vermieden werden, dass sich die Rechtsaufsicht auf die Kleinarbeit bei der Genehmigung von Änderungen der Kassenerlasse konzentriert. Auf diese Weise sollen Kapazitäten frei werden für eine gezielte Rechtsaufsicht im Hinblick auf die einheitliche Gesetzesanwendung. Für den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden die Leistungsvoraussetzungen ohnehin abschliessend im Bundesrecht geregelt, so dass hier kein Raum für verbindliche kasseneigene Bestimmungen, die über das Bundesrecht hinausgehen, verbleibt.

#### **Folgen bei Missachtung der gesetzlichen Vorschriften durch einen Versicherer**

Gemäss Artikel 21 Absatz 5 KVG kann das BSV bei Missachtung der gesetzlichen Vorschriften durch einen Versicherer je nach Art und Schwere der Mängel entweder Massnahmen zur Wiederherstellung des gesetzmässigen Zustandes auf Kosten des Versicherers ergreifen oder dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen. Weil die Krankenkassen nach dem neuen Recht keine Ansprüche auf Bundesbeiträge mehr haben, entfällt die heute mögliche Sanktion der Sperrung, Kürzung oder gänzlichen Verweigerung der Bundesbeiträge. Dank der vollen Freizügigkeit der Versicherten und der Abschaffung der Prämienabstufungen nach dem Eintrittsalter werden künftig die Versicherten wenigstens in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Nachteile mehr erleiden, wenn ein Versi-

cherer seine Tätigkeit aufgibt oder aufgeben muss. Dies dürfte sich auch auf die Praxis des EDI bei der Beurteilung von Fällen grober Missachtung gesetzlicher Vorschriften im Hinblick auf einen allfälligen Bewilligungsentzug auswirken. Es ist allerdings zu hoffen, dass solch grobe Verstösse gegen die gesetzliche Ordnung ausbleiben werden und sich daher gar keine diesbezügliche Praxis zu entwickeln braucht. —

# Kurz- und längerfristige Konsequenzen des KVG für die Spitäler

**Nächstes Jahr wird das neue KVG seine Wirkungen entfalten. Was haben die Spitäler davon zu erwarten? Gewiss nicht gerade eine kopernikanische Zäsur. Doch eine äusserst bedeutsame Wende in der sozialen Krankenversicherung wird dann ihren Anfang nehmen. Wird es eine Wende zum Besseren sein? Das hängt davon ab, wie sich die vier Hauptakteure auf dem Spielfeld der Krankenpflege verhalten werden: nämlich die Versicherten, die Versicherer, die Leistungsanbieter und die Kantone.**

VON DR. WALTER SEILER, DIREKTOR BSV<sup>1</sup>

Das KVG gibt den Partnern im Gesundheitswesen neue Möglichkeiten, in Selbstverantwortung ihre Spielführung zu gestalten:

- Die *Versicherten* werden zum mündigen Rollenträger im Spiel der Kräfte. Sie können dank der vollen Freizügigkeit ohne Gesundheitsvorbehalte jenen Versicherer und jene Versicherungsform wählen, die ihren Erwartungen, Möglichkeiten und Bedürfnissen am besten entspricht.
- Die *Versicherer* erhalten gleich lange Spiesse in den Verhandlungen mit den Leistungsanbietern. Das neue Gesetz befreit sie von den bisherigen, die Vertragsfreiheit einschränkenden Fesseln und erlaubt ihnen, ihr Angebot unternehmerisch zu formen.
- Die *Leistungsanbieter* können sich ohne Verbandsschranken am Wettbewerb der Krankenkassen und untereinander beteiligen, und sie sind freier in der Gestaltung ihrer Leistungen.
- Die *Kantone* erhalten neue Aufgaben in den Bereichen Spitalplanung und Prämienverbilligung.

In diesem Spiel der vier «Mannschaften» überträgt das KVG dem Bund, abgesehen von wenigen Ausnahmen, lediglich eine Art «Schieds-

richterrolle». Er kann auf dem Weg der Verordnungen das «Spielfeld» abstecken und im Beschwerdeverfahren zur «Pfeiffe» greifen. Der Gesetzgeber hat auch die Ziele des «Spiels» der Kräfte umschrieben: Eine umfassende Grundversicherung; Stärkung der Solidarität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Eindämmung der Kosten.

Wer wird in diesem «Spiel» gewinnen, wer verlieren? Das wird sich mancher fragen. Diese Frage muss ganz anders gestellt werden: Darf einer der vier «Rollenträger» überhaupt gewinnen oder verlieren? Etwa so, wie es nach den drei Jahren der dringlichen Bundesbeschlüsse der Fall zu sein scheint; dass nämlich die Versicherer und mit ihnen die Versicherten erneut mit hohen Kosten- und damit Prämiensteigerungen rechnen müssen? Wohlverstanden unter dem alten Recht, und das ohne Tariferhöhungen. Diese Bundesbeschlüsse waren die Brücke zum neuen Gesetz. Das KVG will keinen Rollenträger bevorteilen, sondern ihnen gleiche Chancen für ein ausgeglichenes «Spiel der Kräfte» geben. Wer da nicht fair mitspielen will, wird den ungeliebten «Pfiif» des Bundes riskieren. Das wünschen wir doch alle nicht. Ich baue statt dessen auf die Einsicht aller Beteiligten. Wir können uns eine weitere Kostenexplosion im Krankenversicherungswesen, wie wir sie während des letzten Jahrzehnts erlebten, schlicht nicht mehr leisten. Und

zwar niemand! Weder in der Grundversicherung noch in der Zusatzversicherung, deren Kosten und Prämien die Versicherten vergrämen und zunehmend zu Kündigungen veranlassen. Das läge auch nicht im Interesse der Ärzte und der Spitäler. Kostenbewusstes Handeln muss allenthalben zum Leitstern werden.

Das KVG hat die soziale Krankenversicherung total revidiert. Wen wundert es, dass die neuen Vorschriften Auslegungsfragen stellen. In den letzten Monaten haben deshalb zahlreiche Besprechungen des Departementes des Innern und des BSV mit Vertretern der Versicherer, der Leistungsanbieter und der Kantone stattgefunden, und es stehen weitere solche Gespräche bevor. Dies u.a. auch mit Bezug auf die Spitalplanung. Zwar hat das Parlament diesen Bereich in die Kompetenz der Kantone verwiesen. Dennoch werden uns lange Fragenkataloge darüber unterbreitet, was denn der Gesetzgeber mit dieser oder jener Bestimmung gemeint habe. Selbstverständlich sind wir stets bereit, gemeinsam nach Antworten zu suchen. Letztlich werden Meinungsverschiedenheiten über die Auslegung von Gesetz und Verordnungen aber vom Richter oder von der Beschwerdeinstanz entschieden. Solchen Entscheiden wollen wir nicht vorgreifen. Das gilt auch für die folgenden Ausführungen. Es sind Meinungsäusserungen aus der Sicht jener, die am Zustandekommen des KVG mitgewirkt haben, nicht mehr!

Welches sind nun die kurzfristigen, welches mittel- und die langfristigen Konsequenzen des KVG für die Spitäler?

## **Kurzfristige Konsequenzen des KVG für die Spitäler**

Wie bereits angedeutet: Das neue Gesetz ordnet die «Spielregeln» für das Spannungsfeld der vier Hauptpartner im Krankenpflegebereich. Die Spitäler, Kurhäuser und Pflegeheime sind äusserst wichtige Partner, sowohl was den Leistungsauftrag, als auch was die Kosten im Krankenpflegebereich anbetrifft.

Mit dem Inkrafttreten des KVG, mithin ab dem 1. Januar 1996, sind die Spitäler von folgenden Neuerungen betroffen:

- Der abschliessende Leistungskatalog des Artikels 25 KVG erfasst den *zeitlich unbegrenzten Aufenthalt* in der allgemeinen Abteilung eines

<sup>1</sup> Leicht modifizierte Fassung eines vor der Schweizerischen Vereinigung der Spitaldirektoren am 28. September 1995 gehaltenen Referates.

Spitals, die medizinische Rehabilitation und die Badekuren.

- Artikel 39 KVG legt die Voraussetzungen für die *Zulassung der Spitäler, der Einrichtungen teilstationärer Krankenpflege, der Einrichtungen für die Pflege und die Rehabilitation und der Heilbäder* fest. Auch die Vorschriften über die Heilbäder in der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 – es sind dies die Artikel 57 und 58 – werden ab Inkrafttreten des KVG wirksam.

- Das neue Gesetz ordnet in Artikel 41 die Übernahme der *Spitalkosten*, wenn der Versicherte *ausserhalb des Wohnkantons* ein Spital aufsucht.

- Es führt ausserdem mit Art. 49 den *Deckungsgrad* von 50% der anrechenbaren Kosten in der allgemeinen Abteilung ein und legt fest, dass Betriebskostenanteile aus *Überkapazitäten, Investitionskosten* sowie *Kosten für Lehre und Forschung* bei der Preisfestsetzung nicht angerechnet werden dürfen.

- Die Kantone müssen auf das Inkrafttreten des Gesetzes hin eine *Liste für die zugelassenen Pflegeheime* erstellen.

- Die in der Verordnung über die Krankenversicherung unter Artikel 54 Absatz 2 geordneten Zulassungsbedingungen für die *Spitallabors* sind anzuwenden.

- Und schliesslich werden ab dem 1. Januar 1996 die *Angaben* der Spitäler und anderer Einrichtungen nach Artikel 30 der genannten Verordnung dem BSV abzuliefern sein. Es handelt sich dabei um *Aufsichtsdaten*, die zur Überprüfung des Kostendeckungsgrades, der Kostenentwicklung sowie der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen dienen. Das dabei zu beachtende Vorgehen ist noch in die Wege zu leiten.

Alle diese Neuerungen gelten ab dem Inkrafttreten des KVG, werden also kurzfristig wirksam.

### **Mittelfristige Konsequenzen des KVG für die Spitäler**

Im Vordergrund steht die *Spitalplanung*. Es wird aber – das hebe ich besonders hervor – *keinen eidgenössischen «Spitalvogt»* geben. Die Spitalplanung sowie der Bau und der Betrieb von Heilanstalten gehören zum Gesundheitswesen, und das ist und bleibt Sache der Kantone. Sie bestimmen die Anzahl, den Ort, den

Leistungsauftrag und die für die flächendeckende Spitalversorgung hinreichende Kapazität der Spitäler. Die Kantone entscheiden auch darüber, ob sie eigene Krankenhäuser unterhalten oder ob und gegebenenfalls inwieweit sie auch Privatspitäler zur Erfüllung ihres Auftrages zur flächendeckenden Spitalversorgung beiziehen wollen. Obschon dieser Auftrag eine öffentlich-rechtliche Aufgabe ist, schliesst er den Beizug von Privatspitälern nicht aus. Heute muss dafür nicht einmal ein Bedarfsnachweis erbracht werden. Dieser Sachverhalt hatte in der Vergangenheit unliebsame Folgen: Bettenzahl und Bettendichte haben zugenommen; ebenso die Anzahl der Einweisungen je 100 Versicherte, die Aufenthaltstage je 100 Versicherte und die Anzahl Spitaltage je Einweisung. Die Anpassung der Kapazitäten an revidierte Bevölkerungsprognosen verläuft oft eher harzig und wird mitunter durch Abstimmungsentscheide verhindert. Solche Entscheide sind für die Gebietskörperschaften, von denen sie ausgehen, nicht mit direkten finanziellen Folgen verbunden. Die Urheber von Fehlplanungen müssen für das daraus erwachsende Kostenrisiko somit nicht geradestehen. Das Unternehmerrisiko wird mindestens teilweise auf die Versicherten abgewälzt. Die Kassen bezahlen Leistungen, die von ihren Mitgliedern gar nicht beansprucht werden. Überkapazitäten in den Spitälern erhöhen die von den Krankenkassen zu tragenden Kosten und damit auch die Prämien der Versicherten. Ein leeres Spitalbett kostet bekanntlich rund zwei Drittel eines belegten Spitalbettes.

### **Was tut das KVG dagegen?**

Es umschreibt die *Voraussetzungen für die Zulassung* der «Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen».

Eine dieser Voraussetzungen des Artikels 39 KVG ist die Aufnahme dieser Spitäler oder einzelner Abteilungen in den *Spitalplan* eines Kantons. Dieser Plan muss den folgenden Anforderungen genügen:

- Er muss von einer *bedarfsgerechten Spitalversorgung* des Kantons ausgehen.

- Der Plan muss in eine *Spitalliste* münden, in der die zugelassenen Spitäler nach *Leistungsaufträgen* gegliedert aufgezählt sind;

- Der Spitalplan muss von *einem Kanton* oder von *mehreren Kantonen* gemeinsam aufgestellt werden.

- Der oder die Kantone müssen neben den öffentlichen Spitälern auch *private Trägerschaften* angemessen in die Planung einbeziehen, denn es geht bei der Spitalplanung u.a. auch um die Festsetzung des gesamten Spitalbettenbedarfs im Planungsgebiet.

Die Aufnahme eines Spitals in die kantonale Spitalliste ist die Voraussetzung für die Zulassung als Leistungsanbieter nach KVG und damit für die Leistungspflicht der Krankenversicherer. Wird ein Spital nicht in die Spitalliste aufgenommen, so hat es die Möglichkeit, gegen den Beschluss der Kantonsregierung beim Bundesrat Beschwerde einzureichen. Dies ermöglicht es der Landesregierung, die Spitalplanung der Kantone zu überprüfen. Stellt ein Kanton fest, dass die Spitäler seines Hoheitsgebietes für die Spitalversorgung nicht ausreichen, kann er ein Spital eines anderen Kantons in seine Spitalliste aufnehmen. Dies erfordert indessen zweckmässigerweise eine Absprache mit dem Standortkanton sowie mit dem betreffenden Spital.

Damit ist der Weg frei für Tarifvereinbarungen zwischen den Krankenversicherern des Wohnortkantons mit den in der Spitalliste aufgezählten Spitälern, allenfalls somit auch mit ausserkantonalen, in den Spitallisten der Standortkantone erwähnten Spitälern. Die Leistungspflicht der Krankenversicherer entfällt jedoch, wenn ein Versicherter ein Spital aufsucht, das in der Spitalliste des Wohnkantons nicht erwähnt ist. Muss er aus medizinischer Indikation in ein ausserkantonales Spital eintreten, muss dieses auf der Spitalliste des Standortkantons stehen. In diesem Fall bezahlt der Versicherer im Rahmen des Tarifs, der für die Einwohner des Behandlungskantons gilt. Bei öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen diesem Tarif und dem Tarif für ausserkantonale Patienten. Die Abwicklung dieser Regelungen ist den Tarifpartnern oder den Kantonen überlassen.

Zu Diskussionen Anlass gab der in Artikel 39 KVG verwendete Begriff des «*Leistungsauftrages*» an die in die Spitallisten aufgenommenen Spitäler. Es handelt sich dabei nicht um einen Auftrag des Kantons an den Spital, etwa im Sinne des Obligationenrechts, sondern lediglich darum, dass dem Spital ein *bestimmter Leistungsbereich* zugeordnet wird, der im Rahmen der Spitalversorgung des Kantons nötig ist. Aus dem Leistungsauftrag nach Spitalliste kann deshalb keine zwingende, insbesondere keine finanzielle Verpflichtung des Kantons gegenüber dem Spital abgeleitet werden.

Die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sowie die Spitalliste müssen nach Artikel 2 der Verordnung vom 12. April 1995 über die Inkraftsetzung und Einführung des KVG von den Kantonen bis Ende 1997 erstellt werden. Spitäler und andere Einrichtungen, die nach altem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungsanbieter nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die Planung und die Listen nicht erstellt hat.

Das KVG sieht ferner in Artikel 51 vor, dass die Kantone als finanzielles Steuerungsinstrument ein *Globalbudget* für Spitäler und Pflegeheime einführen können. Dieses Instrument ist heute schon bekannt. Seine Einführung erfordert indessen Zeit, weshalb ich es als mittelfristige Konsequenz des KVG einstufe. Es handelt sich dabei um ein *ordentliches finanzielles Steuerungsinstrument* und darf nicht mit der ausserordentlichen Kostendämpfungsmassnahme des Artikels 54 KVG verwechselt werden. Das ordentliche Globalbudget des Artikels 51 KVG ist ein System, das die gegenwärtige Finanzierungslogik umkehrt. In einer ersten Phase legt der Kanton gemeinsam mit den Leistungsanbietern und den Versicherern das Gesamtbudget fest. In der zweiten Phase wird das Gesamtbudget auf die in der Spitalliste aufgezählten Spitäler aufgeteilt. Die Spitalliste ist beim Globalbudget deshalb besonders kostenwirksam. Überschüsse oder Unterdeckungen gehen zugunsten oder zulasten der einzelnen Spitäler. Der Anstoss für solche Globalbudgets liegt bei den Kantonen.

Voraussetzung für sachgerechte Tarifverträge sind *Kostenstellenrechnungen* und *Leistungsstatistiken* der Spitäler. Artikel 49 Absätze 6 und 7

verpflichten sie dazu. Sie ermöglichen Betriebsvergleiche zwischen den Spitalern. Ergeben diese Betriebsvergleiche, dass die Kosten eines Spitals deutlich über den Kosten vergleichbarer Spitäler liegen oder sind die Unterlagen eines Spitals ungenügend, so können die Versicherer den Tarifvertrag kündigen und dem Kanton beantragen, die Tarife dieses Spitals auf das richtige Mass zurückzuführen. Es liegt auf der Hand, dass die Kostenstellenrechnungen, die Leistungsstatistiken und die Betriebsvergleiche wichtige Grundlagen für eine wirksame Kostendämpfung sowie für die Preisgestaltung im stationären Bereich sind. Die Einführungsverordnung zum KVG sieht in Artikel 9 vor, dass die Spitäler dem Bundesrat bis Ende 1996 einen gemeinsamen Antrag über die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik, verbunden mit einem Vorschlag über die Frist zur Einführung in den Spitalern und Pflegeheimen, einzureichen haben. Anschliessend, d.h. während des Jahres 1997, hat der Bundesrat die Bestimmungen zur Einführung der Kostenstellenrechnung und der Leistungsstatistik zu erlassen. In Anbetracht der Bedeutung dieser Instrumente zur Kosteneindämmung und angesichts der noch immer steigenden Kosten im stationären Bereich dürfte kaum mit Verständnis für eine Erstreckung dieser Fristen zu rechnen sein.

Und schliesslich sieht Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung vor, dass das BSV in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungsanbietern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkung des KVG in Gang setzen muss. Diese *Wirkungsanalysen* sollen den Einfluss des neuen Gesetzes auf die Lage und das Verhalten der Versicherten, der Leistungsanbieter und der Krankenversicherer überprüfen und insbesondere auch untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversicherung gewährleistet ist und ob die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden.

**Und was ist längerfristig zu erwarten?**

Das KVG will den *Wettbewerb* fördern. Und zwar den Wettbewerb zwischen den Versicherern, aber auch jenen unter den Leistungsan-

bietern. Was heisst das? Die oberste Wächterin über die Regeln der Marktwirtschaft, die Kartellkommission, hat sich wiederholt zu dieser Frage geäussert: Es gibt einen Gesundheitsmarkt, sagt sie; er sei aber kein klassischer Markt, auf dem die Marktgesetze in der üblichen Weise wirken könnten, denn die Wettbewerbspolitik vermöge die Sozialpolitik nicht zu ersetzen.

Die Gesundheit ist – davon bin ich überzeugt – nur beschränkt ein rein wirtschaftlich zu wertendes Gut. Neben den Regeln der Wirtschaftlichkeit sind auch solche der Ethik zu beachten. Ein kranker Mensch ist oft ein verängstigter Mensch. Er braucht und fordert Hilfe in einer schwierigen Lebenslage. Wirtschaftliche Überlegungen spielen für ihn eine untergeordnete Rolle. Er will geheilt werden oder Linderung erfahren. Er baut auf die Solidarität der Gesunden. Wo ist denn da noch Raum für den Wettbewerb?

Gewiss nicht im einzelnen Fall aus der Sicht des Kranken oder Verunfallten. Das Gesetz gibt ihm Anspruch auf die vorgesehenen Leistungen. Wettbewerb muss vorher im gesamten Bereich der Krankenversicherung beginnen und im Sinne des erklärten Zieles der Kosteneindämmung gesehen und ermöglicht werden. Das tut das neue Gesetz. Bislang spielte allein einigermaßen der *Anbieterwettbewerb*. Unter den Kostenträgern fand er nicht statt, es sei denn, man halte den entsolidarisierenden Streit um die guten Risiken als Wettbewerb. Gerade das will das neue Gesetz vermeiden. Dreh- und Angelpunkt des neuen, preisbezogenen Wettbewerbs ist die volle *Freizügigkeit für die Versicherten*. Sie dient der Solidarität unter den Versicherten, fördert deren Selbstverantwortung und erlaubt es, das Kostenproblem mit den Mitteln des Wettbewerbs anzugehen. Das Gesetz nennt auch die Instrumente.

*Welche sind das?*

- Die Versicherten haben die *freie Wahl unter den zugelassenen Leistungsanbietern*. Diese müssen ihre Leistungen auf jenes Mass beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.
- Die Versicherten haben die *freie Wahl unter den Versicherern* und können auf diese Weise in Selbstverantwortung die ihren Bedürfnissen

entsprechende kostensparende Versicherungsform wählen.

- Die Versicherten können in Zukunft Einzelverträge mit Leistungsanbietern oder Gruppen davon abschliessen und sie sind *nicht mehr an kartellistische Absprachen mit Verbänden von Leistungsanbietern gebunden*.

- Das neue Gesetz bringt eine weite *Tarifvielfalt* und erlaubt eine *grosse Palette von Tarifarten*. Gestützt darauf können die Versicherten auch mit einzelnen Spitälern kostengünstige Vereinbarungen treffen.

- Das neue Gesetz verleiht den *besonderen Versicherungsformen*, die auch Leistungen der Spitäler miteinbeziehen können, eine gesetzliche Grundlage.

Damit legt das neue Gesetz den Weg frei für einen *Preiswettbewerb* in der Grundversicherung. Das gilt in noch höherem Ausmass für die nunmehr dem Privatrecht unterstehenden Zusatzversicherungen.

Dieser Wettbewerb hat schon begonnen. Bald werden wir seine Auswirkungen – vielleicht auch Auswüchse – sehen; dann nämlich, wenn die Versicherten die Prämien für das nächste Jahr bekanntgeben werden. Ob dieser Preiswettbewerb zur Kostendämpfung beitragen wird, dürfte sich allerdings erst in zwei bis drei Jahren abzeichnen. Dann nämlich, wenn die besonderen Versicherungsformen wie HMO, PPO, Bonusversicherung, wählbare Franchise usw. greifen werden. Das kann auch für die Spitäler Folgen haben; denn die Versicherten werden gewiss versuchen, die Spitälerkosten auf diesem Wege für die Prämienzahler günstig zu beeinflussen. Diese Folgen werden erst längerfristig sichtbar und spürbar werden. Doch viele erhoffen sich davon vieles. Mit der genannten Wirkungsanalyse wird das Bundesamt für Sozialversicherung die Entwicklung hautnah verfolgen.

Wenn alle Beteiligten sich für dieses der Vertragsfreiheit, der Tarifvielfalt, der Selbstverantwortung und dem Preiswettbewerb verpflichtete System einsetzen werden, bin ich zuversichtlich. Falls nicht, wage ich keine Voraussage für die Zukunft der sozialen Krankenversicherung. —

## Die «besonderen Versicherungsformen» im Aufwind

**Die Kosten für unser Gesundheitswesen steigen stetig, und damit auch die Prämienbelastung für die Versicherten. Mit zahlreichen Massnahmen im neuen Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung sollen die Kosten gedämpft werden und den Versicherten zu tragbaren Prämien verholfen werden. Eine dieser Massnahmen sind die alternativen Versicherungsmodelle. Im nachfolgenden Beitrag werden die zum heutigen Zeitpunkt auf dem Markt angebotenen Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer etwas eingehender betrachtet, wobei vor allem die Beziehungen zwischen den Versicherten und den Leistungserbringern einerseits und den Versicherten und den Versicherern andererseits im Vordergrund stehen.**

---

VON RALF KOCHER, FÜRSPRECHER,  
SEKTION RECHTSFRAGEN DER ABTEILUNG  
KRANKENVERSICHERUNG IM BSV

---

Am 20. Dezember 1989 hatte der Bundesrat eine Änderung der Verordnung V über die Krankenversicherung beschlossen, welche auf den 1. Januar 1990 in Kraft trat. Mit dieser Änderung sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden, besondere Versicherungsformen, d.h. Versicherungen mit eingeschränkter Arztwahl und die Bonusversicherung, einzuführen. Diese neuen Versicherungsformen sollten die Versicherten und die Leistungserbringer zu einem kostenbewussten Verhalten veranlassen. Die Ordnungsbestimmungen wurden bis zum 31. Dezember 1995 befristet und es wurde zudem eine wissenschaftliche Begleituntersuchung angeordnet, damit aufgrund gesicherter Daten über den Fortbestand der besonderen Versicherungsformen hätte entschieden werden können.

Im Oktober 1985 wurde von diversen Krankenkassen die Interessengemeinschaft für alternative Krankenversicherungsmodelle (IGAK) gegründet. Ziel dieser Interessengemeinschaft war die Realisierung von alternativen Versicherungsmodellen, wobei an erster Stelle das HMO-Modell stand. Anfangs 1990

konnte sodann in Zürich nach einigen Anlaufschwierigkeiten die erste schweizerische (und auch europäische) HMO eröffnet werden. Am 1. August 1991 öffnete das Medizinische Zentrum Helvetia in Zürich seine Türen und am 1. Oktober 1991 konnte in Basel die zweite IGAK-HMO eröffnet werden. Wenig später folgte die HMO der Krankenkasse Avenir in Genf, welche aus einem Kollektivvertrag mit der Universität Genf entstand.

Mit den diversen Zusammenschlüssen von Krankenkassen (Swisscare, Swica und Arcovita) erhielten die besonderen Versicherungsformen weiteren Auftrieb. Bei diesen Krankenkassenkooperationen lagen Pläne vor, welche gesamtschweizerische Netze von HMOs bzw. Gesundheitszentren vorsahen, die zwischenzeitlich grösstenteils in die Tat umgesetzt worden sind. Neben dem verstärkten Ausbau der HMO-Zentren zeichnete sich auch eine Entwicklung ab, bei welcher vermehrt auf den Hausarzt als Gatekeeper zurückgegriffen wurde.

Während sich eine Vielzahl von neuen Versicherungsmodellen auf dem Markt etablierten, neigte sich

## Gatekeeper

Als Gatekeeper werden Ärzte und Ärztinnen bezeichnet, die für die Patienten immer die erste Anlaufstelle in medizinischen Fragen und Behandlungen darstellen. Der Gatekeeper übernimmt die medizinische Grundversorgung seiner Patienten und überweist sie, falls medizinisch angezeigt, an Spezialisten oder an Spitäler. Die Patienten müssen zwingend zuerst zum Gatekeeper gehen (Ausnahme: Notfälle). Nur der Gatekeeper ist befugt, den Patienten das «Gate» (Tor) zu weiteren Leistungserbringern zu öffnen.

die bundesrätlich verordnete Versuchsphase dem Ende zu. Gleichzeitig traten die Beratungen über das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung in die Schlussphase und es zeichnete sich klar ab, dass für die besonderen Versicherungsformen auch unter dem neuen Recht der Fortbestand gesichert sein würde. Mit der Annahme des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) in der Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 wurde sodann eine gesetzliche Grundlage für die besonderen Versicherungsformen geschaffen, womit deren Fortbestand garantiert war.

Welche Versicherungsformen sind zugelassen?

Die gesetzliche Grundlage für die besonderen Versicherungsformen nennt in Artikel 62 folgende Kategorien:

- Versicherungen, bei denen die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker an den Kosten zu beteiligen (wählbare Franchisen);
- Versicherungen, bei denen sich die Höhe der Prämie der Versicherten danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht;
- Versicherungen, bei denen der Versicherer die Prämien aufgrund einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer vermindern kann.

Gemäss den vom Parlament geäusserten Absichten wurden die

## Bestimmungen in der KVV

**Art. 99** Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer  
a. Grundsatz

- <sup>1</sup> Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung Versicherungen betreiben, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist.
- <sup>2</sup> Werden bei einer solchen Versicherung die Kosten der Leistungen mit einer Versichertenpauschale nach Artikel 43 Absatz 3 des Gesetzes vergütet, so kann der Versicherer auf die Erhebung des Selbstbehaltes und der Franchise ganz oder teilweise verzichten.

## Art. 100 b. Bei- und Austritt

- <sup>1</sup> Die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer stehen sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Gebiet offen, in dem der Versicherer die betreffende Versicherungsform betreibt.
- <sup>2</sup> Der Wechsel von der ordentlichen Versicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit möglich.
- <sup>3</sup> Der Wechsel von einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer in eine andere Versicherungsform ist nur auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich. Vorbehalten bleibt Artikel 7 Absätze 3 und 4 des Gesetzes.

## Art. 101 c. Prämien

- <sup>1</sup> Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer sind keine besonderen Risikogemeinschaften innerhalb eines Versicherers. Bei der Festsetzung der Prämien hat der Versicherer die Verwaltungskosten und allfällige Rückversicherungsprämien einzurechnen und darauf zu achten, dass die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im versicherungstechnisch erforderlichen Mass an die Reserven und an den Risikoausgleich beitragen.
- <sup>2</sup> Prämienermässigungen sind nur zulässig für Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind. Kostenunterschiede aufgrund eines günstigeren Risikobestandes geben keinen Anspruch auf Prämienermässigung. Die Kostenunterschiede müssen durch Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren nachgewiesen sein.
- <sup>3</sup> Liegen noch keine Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vor, dürfen die Prämien um höchstens 20 Prozent unter den Prämien der ordentlichen Versicherung des betreffenden Versicherers liegen.
- <sup>4</sup> Erbringt eine Institution, die der Durchführung einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer dient, ihre Leistungen für Versicherte von mehreren Versicherern, kann für die Versicherten eine einheitliche Prämie festgelegt werden.

besonderen Versicherungsformen in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) so ausgestaltet, dass Kostenersparnisse sehr wohl möglich sind, jedoch nicht auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft und unter Inkaufnahme einer allfälligen Entsolidarisierung.

HMO, PPO, IPA, Netzwerk, Gatekeeper usw. sind nur einige Begriffe, die häufig im Zusammenhang mit besonderen Versicherungsformen auftauchen. Diese Begriffe mögen für viele noch unverständliches Versicherungslatein sein, sie bilden jedoch die Grundlage für die zahl-

reichen Modelle, die bereits – oder demächst – von den Versicherern angeboten werden.

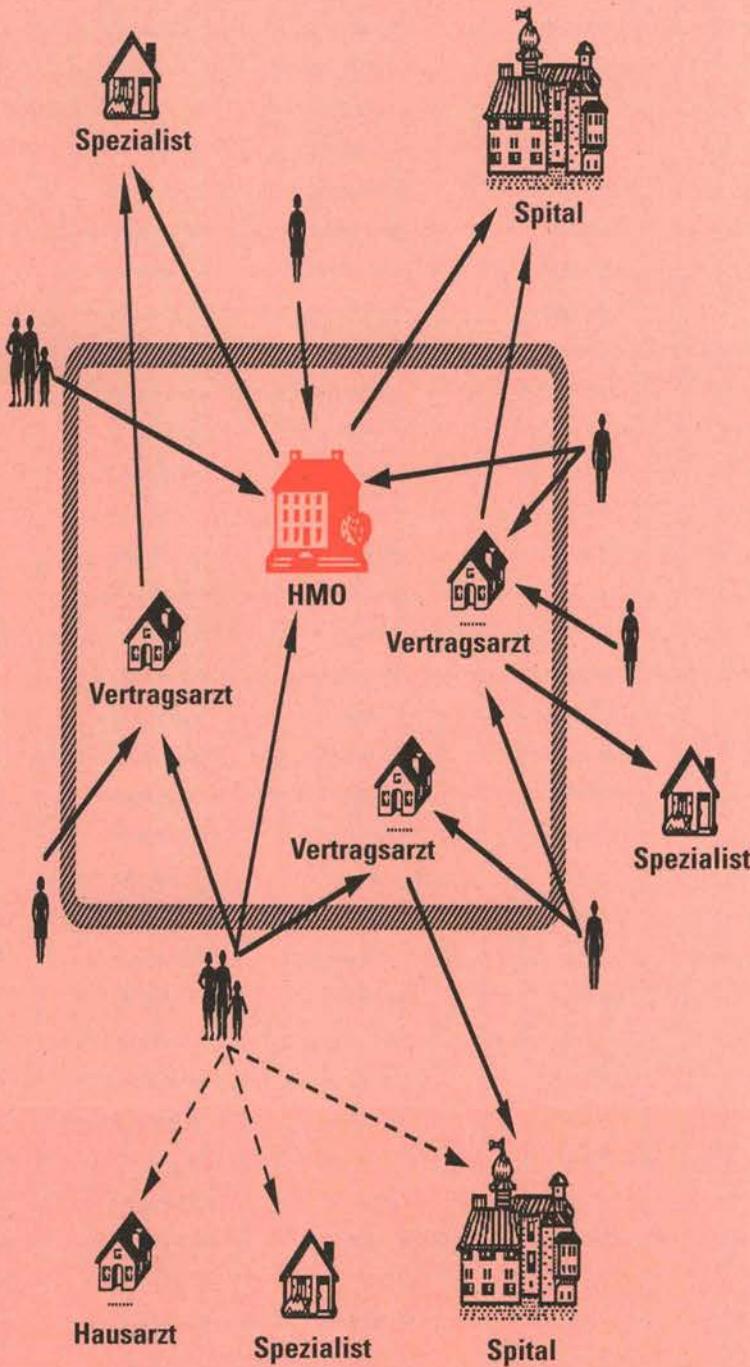
## Health Maintenance Organization (HMO)

Das HMO-Modell kommt, wie so vieles, aus den USA<sup>1</sup>. Der Begriff heisst ausgeschriben «Health Maintenance Organization» und könnte in etwa mit «Gesundheitserhaltungsorganisation» übersetzt werden. Einige der Anbieter sprechen daher auch von einer «Gesundheitskasse» oder einem «Gesundheitsplan», womit das Konzept dieser Versicherungsformen be-

<sup>1</sup> Sommer Jürg H., Health Maintenance Organizations, Verlag Rüegger



# HMO/IPA



## Erläuterungen

- > Normales Vorgehen
- - - -> Grundsätzlich unzulässiges Vorgehen, bei Notfällen jedoch erlaubt

Bei der HMO mit ergänzender «Individual Practice Association» (IPA) bestehen Vereinbarungen mit einzelnen Hausärzten, an welche sich die HMO-Versicherten ebenfalls wenden können.

Gesundheitsschwestern und Räumlichkeiten für gesundheitsfördernde und -erhaltende Kurse. Diese Gesundheitszentren dürfen bzw. müssen grundsätzlich von denjenigen Versicherten aufgesucht werden, welche sich für dieses Versicherungsmodell entschieden haben.

Ein etwas abweichendes Konzept wird von der Swica-Gesundheitsorganisation verfolgt. Die Swica-Gesundheitszentren stehen grundsätzlich allen Interessierten – auch Versicherten anderer Versicherer – offen, wobei nur die in der entsprechenden Versicherung der Swica versicherten Personen von einer günstigeren Prämie profitieren können. Solche HMOs findet man heute bereits in ziemlich allen größeren Städten der Schweiz, so z. B. in Zürich, Basel, Bern, Luzern, Winterthur. Weitere Zentren sind von den Versicherern vorgesehen, so dass in absehbarer Zeit ein flächendeckendes Netz von HMOs in der Schweiz zur Verfügung stehen wird. Die Träger der HMOs sind vorwiegend die in der Swisscare, der Arcovita und der Swica zusammengeschlossenen Krankenkassen, aber auch die Versicherten der ÖKK und der Avenir haben Zugang zu HMO-Zentren. Daneben haben diese eigentlichen Betreiber der HMOs diverse Kooperationsvereinbarungen mit anderen Versicherern abgeschlossen, womit auch diese Versicherten Zugang zu den HMOs haben.

## Kapazitätsgrenzen

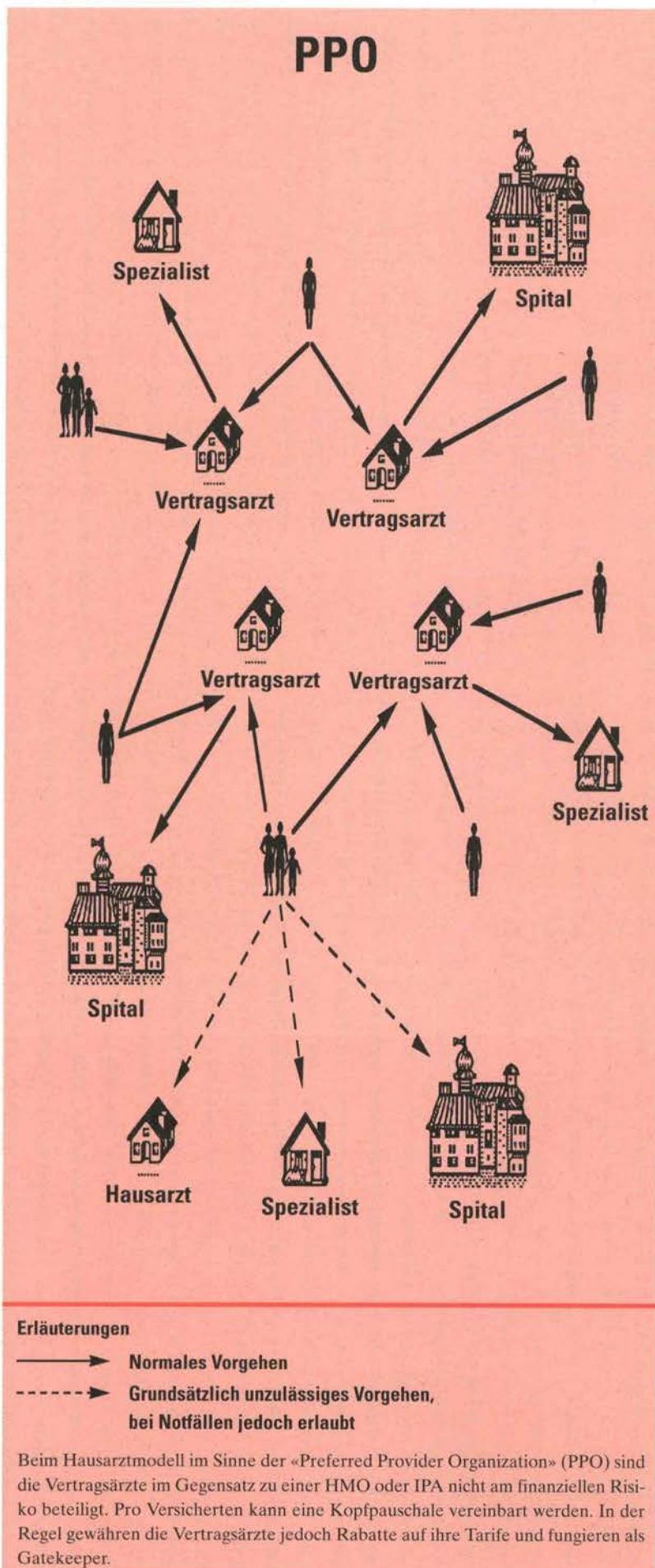
Aufgrund des gesteigerten Interesses seitens der Versicherten stossen einige HMOs bereits an ihre Kapazitätsgrenzen. Dieser Umstand veranlasste die Träger der HMO Basel, nach neuen Wegen zu suchen, damit das Angebot der vermehrten Nachfrage gerecht wird. Man entschloss sich daher, die klassische Form der HMO mit einem IPA-Modell (Individual Practice Association) zu verbinden. In der Folge konnte mit einigen Allgemeinpraktikern im Raum Basel, die als HMO-Hausärzte tätig werden, eine Vereinbarung getroffen werden. Die Versicherten können ihren Gatekeeper also nunmehr nicht nur aus den Ärzten im HMO-Zentrum, sondern auch aus einer Anzahl Ärzten in freier Praxis (IPA-Arzt) wählen.

### Hausarztmodelle

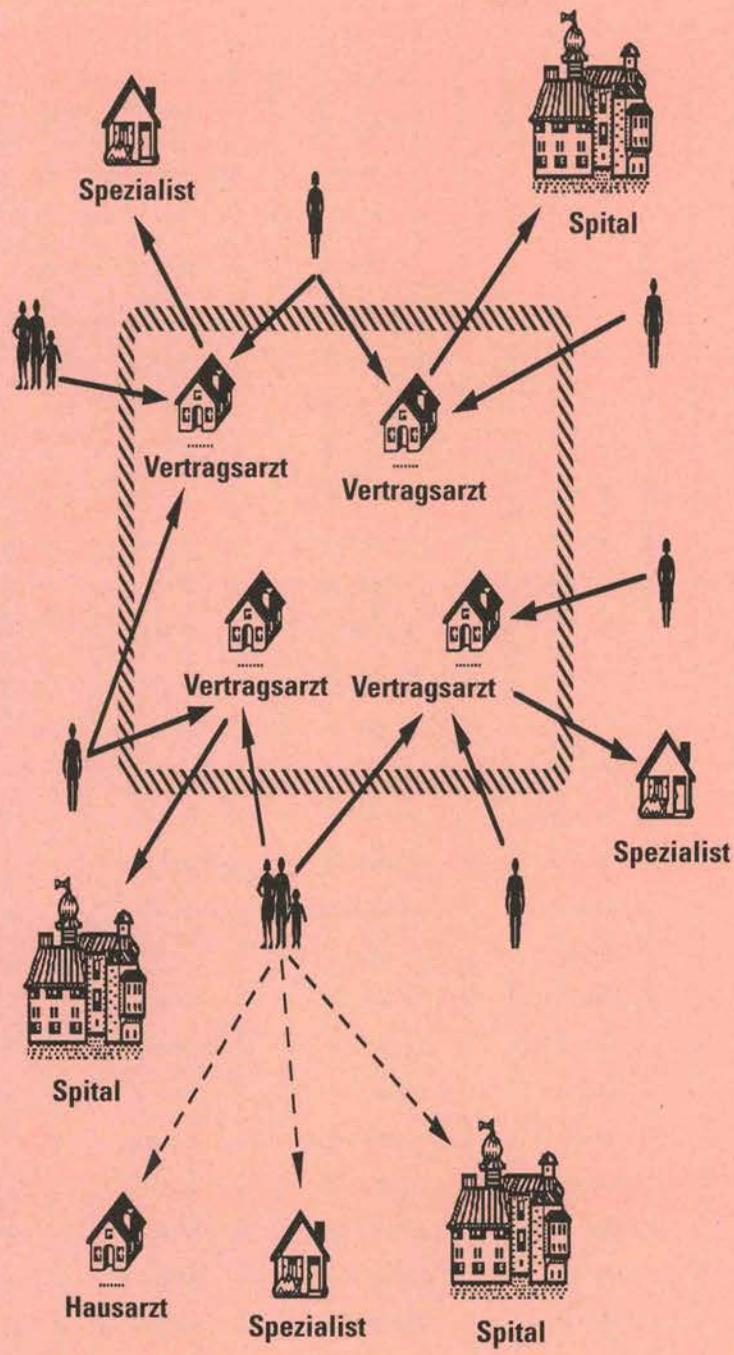
Auf der Suche nach weiteren Möglichkeiten, der immer weiter steigenden Gesundheitskosten Herr zu werden, und nicht zuletzt auch dank den Erfolgen der HMOs entwickelten die Versicherer – z. T. in Zusammenarbeit mit Ärzten – Versicherungsmodelle, bei denen der Allgemeinmediziner, der Hausarzt, eine tragende Rolle spielt.

Im Hausarztmodell verpflichten sich die Versicherten, aus einer vom Versicherer beschränkten Anzahl Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker ihren Hausarzt und damit auch ihren Gatekeeper zu wählen. Im weiteren besteht die Verpflichtung, Spezialärzte nicht direkt zu konsultieren, sondern nur auf Überweisung des Hausarztes. Davon ausgenommen sind Notfälle, gynäkologische Behandlungen und Behandlungen durch Kinderärzte. Für diese Einschränkung der freien Arztwahl wird den Versicherten in der Regel eine Prämienreduktion von etwa 15 Prozent gewährt, wobei die Franchise und der Selbstbehalt grundsätzlich weiterhin zu bezahlen sind. Für diejenigen Fälle, wo die Versicherten direkt einen Spezialisten, eine Hausärztin oder einen Hausarzt konsultieren, die nicht zum Kreis der Vertragsärzte gehören, und wo keine der oben genannten Ausnahmesituationen vorliegt, erstatten die Versicherer in der Regel höchstens 50 Prozent der Kosten, in manchen Fällen überhaupt nichts.

Von den Hausarztmodellen versprechen sich die Anbieter eine Aufwertung des Hausarztes als Grundversorger, der durch seine Funktion als Gatekeeper über die nötigen Daten seiner Patienten verfügt und in seiner Koordinationsfunktion unnötige Abklärungen und Doppelbehandlungen vermeiden sowie eine gezielte Überweisung an die Spezialisten vornehmen kann. Im Gegensatz zu den HMOs müssen zudem keine neuen Infrastrukturen geschaffen werden, da mit bereits praktizierenden Ärztinnen und Ärzten zusammengearbeitet wird. Ausserdem sind diese Modelle nicht nur auf städtische Gebiete beschränkt. Im übrigen besteht keine Exklusivität für die Ärzte, die somit ohne weiteres auch Patientinnen und Patienten betreuen können, die einem anderen Versicherer angehören oder über die ordentliche Kranken-



# Netz-Modell



## Erläuterungen

- > Normales Vorgehen
- - -> Grundsätzlich unzulässiges Vorgehen, bei Notfällen jedoch erlaubt

In Abweichung zum PPO-Modell bilden die am Netz-Modell angeschlossenen Ärzte hier eine Risikogemeinschaft, welche allfällige Gewinne oder Verluste unter sich aufteilt.

pflegeversicherung verfügen. Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte verpflichten sich jedoch zur Ausübung der Gatekeeper-Funktion und zur Einhaltung gewisser Richtlinien im Versorgungsmanagement, im Ablauf der Leistungsrückstattung und in der Tarifierung der Leistungen.

### «Wintimed»

Im Wintimed-Modell, welches seit dem 1. März 1994 in der Stadt Winterthur angeboten wird und unter dem Namen «Caredem» bald auch in anderen Kantonen für Versicherte zugänglich sein soll, werden die Ärzte nach den erbrachten medizinischen Leistungen entschädigt. Da zum heutigen Zeitpunkt noch nicht eindeutig gesagt werden kann (der Bericht der wissenschaftlichen Begleituntersuchung steht noch aus), ob der Prämienrabatt tatsächlich durch Einsparungen kompensiert werden kann, vereinbarten die Träger des Modells und die beteiligten Ärzte, eine allfällige Differenz gemeinsam zu tragen.

### «Pionier»

Im Unterschied zum Wintimed-Modell werden die Ärztinnen und Ärzte im Pionier-Modell, welches seit dem 1. April 1995 den Versicherten der Artisana im Kanton Bern offensteht, durch eine nach Geschlecht und Alter der Patienten abgestufte Pauschale entschädigt. Die Höhe der Pauschale ist unabhängig davon, ob und wieviele Behandlungen durchgeführt worden sind. Je nach Verlauf des Vertragsarztsystems haben die Ärzte ein Anrecht auf Überschussbeteiligung.

### Netz-HMO

Die in der Arcovita zusammengeschlossenen Krankenkassen (CSS, KKB, Grütli und Evidenzia) lancierten auf den 1. April 1995 in Genf das Medinet-Modell, welches auch als Netz-HMO bezeichnet wird. Die Netz-Ärzte werden für ihre Leistungen gemäss dem kantonalen Tarif entschädigt, wobei 10 Prozent der Vergütungen vom Netz zurückbehalten werden. Die Rechnungen von Leistungserbringern ausserhalb des Netzes werden zu 100 Prozent übernommen, sofern diese auf Veranlassung des Gatekeepers aufgesucht wurden. Entsprechen die tatsächlichen Kosten dem Budget, so werden die zurückbehaltenen 10

Prozent an die Ärzte ausbezahlt. Ein grösserer Gewinn als die Rechenkungskürzung wird auf das nächste Budget übertragen. Bei einem allfälligen Verlust wird zuerst der durch Kürzungen geäufter Betrag herangezogen, und sollte der Verlust noch grösser sein, erfolgt ein Verlustvortrag auf das Budget des nächsten Jahres.

#### «Ecoplan»

Ein etwas differenziertes Modell hat die ÖKK Basel auf den 1. Januar 1995 unter dem Namen Ecoplan lanciert. Den Versicherten wird eine Liste mit den kostengünstigsten Ärztinnen und Ärzten abgegeben, die im Bedarfsfall aufgesucht werden dürfen. Mit diesen Ärztinnen und Ärzten werden keine Verträge abgeschlossen und es erfolgt auch keine spezielle Vergütung der erbrachten Leistungen. Die Liste wird anhand diverser Selektionskriterien (Behandlungsfallstatistik des Konkordats usw.) erstellt und aktualisiert. Für alle nach den Bestimmungen des Ecoplans ausgerichteten Leistungen haben die Versicherten zwar die Franchise und den Selbstbehalt zu tragen, aufgrund der eingeschränkten Arztwahl wird aber eine angemessene Prämienreduktion gewährt. —

## Die Rechtspflege in der neuen Krankenversicherung

**Das Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) auf den 1. Januar 1996 bringt auf Verfahrensebene wichtige Neuerungen mit sich, und zwar sowohl bei der Verwaltungsorganisation und der Aufsicht über die Versicherer als auch bei der Rechtspflege an sich.**



RAYMOND SPIRA,  
BUNDESRICHTER AM  
EIDGENÖSSISCHEN  
VERSICHERUNGSGERICHT<sup>1</sup>,  
LUZERN

Vorerst sei daran erinnert, dass es inskünftig zwei voneinander vollständig getrennte Krankenpflegeversicherungen geben wird:

- einerseits die *soziale Krankenversicherung* (diese Bezeichnung ist dem nicht mehr zutreffenden Begriff «Grundversicherung» vorzuziehen); sie ist grundsätzlich für die ganze Bevölkerung obligatorisch (Art. 3 KVG) und von den Regeln des Verwaltungsrechts beherrscht;
- andererseits die dem Privatrecht, insbesondere dem Bundesgesetz vom 2. April 1908 über den Versicherungsvertrag (VVG; SR 221.229.1) unterstellte *Zusatzversicherung zur Krankenversicherung*. Daraus folgt, dass, entgegen dem heutigen Zustand, sich die Rechtspflege für die von den anerkannten Krankenkassen betriebenen Zusatzversicherungen nach dem *Zivilprozess* gestalten wird, während für die soziale Krankenversicherung weiterhin die Bestimmungen des *Verwaltungsverfahrens* gelten. Diese Unterschiedlichkeit der Rechtswege hat gewisse Konsequenzen, welche später noch erläutert werden.

Ausserdem ist die *Aufsicht über die Versicherer*, je nachdem, ob sie ermächtigt sind, die soziale Krankenversicherung (Art. 13 KVG) oder die Zusatzversicherungen (Art. 21 KVG und 24 KVV) zu betreiben, unterschiedlich; dies wird ebenfalls Auswirkungen auf die Rechtspflege haben.

### Rechtswege in der sozialen Krankenversicherung

#### a. Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherern

Wie im geltenden Recht (Art. 30 Abs. 1 KUVG) muss der Versicherer, wenn eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden ist, ihr diesen schriftlich bestätigen, das heisst eine *Verfügung* im Sinne von Art. 5 Abs. 1 VwVG erlassen (analog anwendbar: BGE 120 V 349 E. 2b), und zwar innert 30 Tagen seit dem *ausdrücklichen Ersuchen* des Versicherten (Art. 80 Abs. 1 KVG). Das Gesetz präzisiert nicht, in welcher Form und innert welcher Frist dieses Gesuch der versicherten Person zu erfolgen hat. Man wird sich deshalb an die Rechtsprechung anlehnen können, wonach von der versicherten Person, welche mit einer bestimmten Lösung nicht einverstanden ist und über ihre Rechte mittels eines

<sup>1</sup> Die in diesem Beitrag geäußerten Meinungen verpflichten nur ihren Autor.

beschwerdefähigen Verwaltungsaktes befunden haben will, erwartet werden kann, dass sie ihre Auffassung innerhalb einer angemessenen Überlegungs- und Prüfungsfrist kundtut (BGE 110 V 168 E. 2b; RKUV 1990 Nr. K 835, S. 81–82; s. auch BGE 119 Ib 71).

Gegen jede Verfügung kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung beim Versicherer *Einsprache* erhoben werden (Art. 85 Abs. 1 KVG). Dieses Rechtsmittel (BGE 118 V 185 E. 1a), welches bereits in der Unfallversicherung (Art. 105 Abs. 1 UVG) und in der Militärversicherung (Art. 99 MVG) existiert, stellt für das Krankenversicherungsrecht eine Neuerung dar. Man wird bei der Anwendung im Krankenversicherungsrecht deshalb die gleichen Grundsätze heranziehen können (vgl. z. B. die von Frau RUMO-JUNGO in der kommentierten Textausgabe zum UVG, zweite Auflage [1995] S. 376 f. zitierten Urteile).

Der weitere Verlauf ist der klassische: *Verwaltungsgerichtsbeschwerde* gegen den Einspracheentscheid vor dem *kantonalen Versicherungsgericht* innerhalb von 30 Tagen (Art. 86 Abs. 1 KVG) oder, gegebenenfalls, Beschwerde wegen formeller Rechtsverweigerung (BGE 114 V 147 E. 3a), wenn der Versicherer, obwohl die versicherte Person darum ersucht hat, keinen Einspracheentscheid erlässt (Art. 86 Abs. 2 KVG; vgl. BGE 112 V 25 E. 1). Der *Gerichtsstand* ergibt sich aus Art. 86 Abs. 3 KVG; es handelt sich um einen alternativen Gerichtsstand: zuständig ist entweder das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz haben, oder der Versicherer, gegen den die Beschwerde gerichtet ist, seinen Sitz hat (zu diesem Begriff: BGE 114 V 48 E. 3b). Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Dritten *im Ausland*, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der Versicherer seinen Sitz hat. Schliesslich ist bei Streitigkeiten der Versicherer unter sich das Versiche-

rungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem der *beklagte Versicherer* seinen Sitz hat.

Die *Mindestanforderungen an das Verfahren* sind in Art. 87 KVG festgelegt. In Anlehnung an den Entwurf des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), vom Ständerat aufgrund einer Parlamentarischen Initiative ausgearbeitet (BBl 1991 II 181, insbesondere S. 198 zu Art. 67 Abs. 2), sind diese Bestimmungen umfassender als diejenigen, welche heute in Art. 30bis Abs. 3 KUVG figurieren. Insbesondere ist der Anspruch des obsiegenden Beschwerdeführers auf *Partei-kostensatz* inskünftig im Bundesrecht verankert (Art. 87 Bst. g; vgl. RKUV 1987 Nr. K 708 S. 13). Gleiches gilt von der Verpflichtung, die Namen der Mitglieder des Gerichts im kantonalen Urteil aufzuführen (Art. 87 Bst. h; vgl. BGE 114 V 61).

Gegen den Entscheid des kantonalen Versicherungsgerichts kann nach Massgabe des Bundesrechtspflegegesetzes Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG) erhoben werden (Art. 91 KVG).

#### b. Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern

Ebenfalls ausgehend vom geltenden Recht (Art. 25 KUVG) sieht der Gesetzgeber vor, dass Streitigkeiten zwischen Versicherern und Leistungserbringern von einem *kantonalen Schiedsgericht* beurteilt werden (Art. 89 Abs. 1 KVG). Es sei daran erinnert, dass diese spezialisierte Gerichtsbarkeit den gleichen Forderungen nach Unparteilichkeit unterliegt wie jedes andere staatliche Gericht (BGE 115 V 257) und dass Ersatzansprüche aus seinen allfälligen schädigenden Handlungen mittels Staatshaftungsklage geltend gemacht werden können (BGE 117 V 351).

Zuständig ist das Schiedsgericht ebenfalls für den *Entscheid über die Ablehnung eines Vertrauensarztes* durch eine kantonale Ärztesellschaft (Art. 57 Abs. 3 KVG) sowie über den *Ausschluss eines Leistungserbringers* wegen groben Verstosses gegen das Gesetz (Art. 59 KVG; vgl. BGE 120 V 481).

Im Unterschied zum KUVG verlangt das neue Gesetz kein vorgängiges Schlichtungsverfahren mehr (vgl. BGE 119 V 312 E. 1a); hinge-

gen müssen die Kantone ein einfaches und rasches (jedoch nicht kostenloses) Verfahren vorsehen; zudem unterstellt das Gesetz die Prozessinstruktion dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 89 Abs. 5 KVG).

Die Entscheide des Schiedsgerichts können an das Eidgenössische Versicherungsgericht weitergezogen werden (Art. 91 KVG).

#### c. Streitigkeiten über die Aufnahme in die Spezialitätenliste

Anlässlich der letzten Revision des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege wurde im KUVG eine Neuerung eingeführt (Art. 12 Abs. 7 KUVG), welche vom KVG übernommen wurde; diese Regelung sieht vor, dass Verfügungen über die Aufnahme eines Medikaments in die Spezialitätenliste (Art. 52 Abs. 1 Bst. b) der Beschwerde an eine Spezialkommission (Art. 90 KVG) unterliegen. Deren Entscheide können an das EVG weitergezogen werden (Art. 91 KVG).

#### d. Streitigkeiten zwischen Kantonen, Leistungserbringern und/oder Versicherern

Das neue Gesetz überbindet den Kantonen zahlreiche *Vollzugskompetenzen*, insbesondere im Bereich der Zulassung von Spitälern und anderen Einrichtungen, welche zu Lasten der obligatorischen Pflegeversicherung tätig werden (Art. 39), der Sicherung der medizinischen Versorgung der Versicherten (Art. 45), der Genehmigung der Tarifverträge (Art. 46 Abs. 4), der Festsetzung der Tarife bei Fehlen eines Vertrages (Art. 47), der Festsetzung eines Rahmentarifs für die Arztleistungen (Art. 48), der Herabsetzung eines Spitaltarifs (Art. 49 Abs. 7), der Festsetzung eines Globalbudgets für Spitälern und Pflegeheime (Art. 51 und 54) sowie der Blockierung der Erhöhung der Tarife oder der Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen (Art. 55).

In allen diesen Fällen ist es an den *Kantonsregierungen*, die erforderlichen Massnahmen zu ergreifen, und ihre Beschlüsse, häufig politischer Natur, können Gegenstand einer Beschwerde an den *Bundesrat* bilden (Art. 53 Abs. 1 KVG). Das Beschwerdeverfahren richtet sich nach dem Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren (Art. 53 Abs. 2 KVG), und es lag dem Gesetzgeber

daran, der Rekursbehörde für den Entscheid eine Frist von längstens vier Monaten einzuräumen; allerdings kann diese Frist bei Vorliegen wichtiger Gründe um höchstens vier Monate überschritten werden (Art. 53 Abs. 3 KVG).

#### e. Andere Streitigkeiten

Bei der Anwendung des neuen Rechts der sozialen Krankenversicherung könnten weitere Streitigkeiten auftauchen, für welche im KVG die Rechtswege nicht ausdrücklich definiert sind. Erinnert sei beispielsweise an die Bestimmungen über die Versicherungspflicht (Art. 3), die Zuweisung von Amtes wegen (Art. 6), die Bewilligung zur Durchführung der Versicherung (Art. 13), die Rückversicherung (Art. 14), die Bezeichnung der Leistungen (Art. 33 und 34), die Zulassung der Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Versicherung (Art. 36, 37, 38 und 40), die Durchführung der Qualitätskontrollen (Art. 58), die Prämienverbilligung zugunsten von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen (Art. 65) und über den Risikoausgleich zwischen den Versicherern (Art. 105). Allerdings kann diese Frage gegebenenfalls auch auf dem Verordnungswege geregelt werden (s. beispielsweise betreffend den *Risikoausgleich* Art. 15 der Verordnung vom 12. April 1995 [AS 1995 1371]).

#### Rechtswege in der Zusatzversicherung zur Krankenversicherung

Gemäss Art. 12 Abs. 3 KVG unterliegen die Zusatzversicherungen, welche von den Krankenkassen zusätzlich zur sozialen Krankenversicherung angeboten werden, dem *Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag* (VVG). Das ist heute bereits der Fall für die von den privaten Versicherungseinrichtungen betriebene Krankenversicherung; sie sind dem Gesetz betreffend die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen vom 23. Juni 1978 (Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG, SR 961.01) unterstellt. Auf diese Weise werden die beiden Kategorien der Krankenversicherer auf die gleiche Ebene gestellt, sind doch die besagten privaten Versicherungseinrichtungen inskünftig er-

mächtigt, ebenfalls die soziale Krankenversicherung zu betreiben, und zwar zu den gleichen Bedingungen wie die Krankenkassen (Art. 11 Bst. b und 13 KVG).

Nach der Rechtsprechung des EVG, wonach die von einer anerkannten Krankenkasse betriebene Krankenversicherung als Ganzes den Bestimmungen des KUVG unterstellt ist, und zwar ohne Unterscheidung zwischen den gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen und den diese übersteigenden statutarischen Leistungen (BGE 102 V 197), entspricht heute das Verfahren im Bereich der von den Krankenkassen gemäss Art. 3 Abs. 5 KUVG (BGE 107 V 39) und den Statuten (BGE 114 V 276 E. 2a) betriebenen Zusatzversicherungen demjenigen der Grundversicherung (BGE 108 V 42, 105 V 296 E. 1b). Mit anderen Worten: sind sich eine Kasse und eines ihrer Mitglieder hinsichtlich einer Zusatzversicherung uneins (beispielsweise im Falle einer Hospitalisation in einer Privatklinik: RKUV 1992 Nr. K 904, S. 233), finden die Art. 30f. KUVG als solche Anwendung.

Dies wird sich mit dem Inkrafttreten des KVG (unter Vorbehalt der in Art. 102 Abs. 2 KVG vorgesehenen Übergangsfrist) ändern. Inskünftig wird die Materie, was die *Frist zum Handeln* (durch *Klage* und nicht durch *Beschwerde*) anbelangt, insbesondere durch Art. 46 VVG geregelt. Gemäss dem ersten Satz des ersten Absatzes dieser Bestimmung verjähren die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag in *zwei Jahren* nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet. Die Auslegung dieser Bestimmung ist kontrovers. Nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist der Beginn der Verjährung auf objektive Weise festzulegen; somit spielt der Zeitpunkt, in welchem der Versicherte Kenntnis von den anspruchsbegründenden Tatsachen erhält, kaum eine Rolle (BGE 118 II 455 E. 2b). Bei der in dieser Bestimmung erwähnten «Leistungspflicht» handelt es sich um diejenige gegenüber dem Versicherer auf Ausrichtung der Leistungen, welche durch das versicherte Ereignis ausgelöst wurden (a.a. O., S. 454).

Der Versicherte hat gemäss Art. 28 Abs. 1 VAG in Verbindung mit Art. 46a VVG die Wahl zwischen dem ordentlichen *Gerichts-*

*stand* und demjenigen seines schweizerischen Wohnsitzes.

Was das *Verfahren* betrifft, ist erstinstanzlich Art. 47 VAG in der neuen Fassung gemäss Ziffer 2 Anhang KVG (AS 1995 1364) anwendbar. Diese Bestimmung lautet:

#### Art. 47 Gerichte

1 *Privatrechtliche Streitigkeiten zwischen Versicherungseinrichtungen oder zwischen solchen und den Versicherten entscheidet der Richter.*

2 *Für Streitigkeiten aus Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung sehen die Kantone ein einfaches und rasches Verfahren vor, in dem der Richter den Sachverhalt von Amtes wegen feststellt und die Beweise nach freiem Ermessen würdigt.*

3 *Bei Streitigkeiten im Sinne von Absatz 2 dürfen den Parteien keine Verfahrenskosten auferlegt werden; jedoch kann bei mutwilliger Prozessführung der Richter der fehlbaren Partei solche Kosten ganz oder teilweise auferlegen.*

4 *Die schweizerischen Gerichte haben der Aufsichtsbehörde von allen Zivilurteilen, soweit sie Bestimmungen des Versicherungsvertragsrechts zum Gegenstand haben, eine Kopie unentgeltlich zuzustellen.*

Bei dieser Regelung liess sich der Gesetzgeber von den bundesrechtlichen Bestimmungen zum kantonalen Verfahren in den Streitigkeiten im Bereich von Miete (Art. 274d OR), Pacht (Art. 301 OR) und Arbeitsvertrag (Art. 343 OR) leiten. Diese Lösung war im Entwurf des Bundesrates nicht vorgesehen. Sie wurde der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SKG) vom Eidgenössischen Versicherungsgericht vorgeschlagen, weil die Kommission über die praktischen Konsequenzen des vorgesehenen «Splitting» der Rechtswege in der sozialen Krankenversicherung und in den Zusatzversicherungen besorgt war. Letztlich ist diese Unterschiedlichkeit der Rechtswege als solche keine Neuerung, besteht sie doch bereits zwischen der durch das UVG geregelten Unfallversicherung (Sozialversicherung) und den dazugehörigen Zusatzversicherungen (Versicherungsvertrag; BGE 119 II 363 E. 4; SJ 1992 S. 141; RKUV 1990 Nr. U 103, S. 265). Ausserdem befindet sich diejenige Person, welche bei einer Krankenkasse für die Grundversicherung und bei einer Privatversicherung für eine

oder mehrere Zusatzversicherungen versichert ist, in einer vergleichbaren Lage.

Anlässlich der letzten parlamentarischen Debatten über das neue Gesetz hat der Berichterstatter Ständerat Huber am 15. Dezember 1993 im Plenum den Wunsch geäußert, dass die Kantone für die Beurteilung der Streitigkeiten aus der sozialen Krankenversicherung und den Zusatzversicherungen wenn möglich den gleichen Richter bezeichnen (Amtl. Bulletin SR, S. 1095). Angemerkt sei, dass es sich hierbei nur um das kantonale Versicherungsgericht im Sinne von Art. 86 KVG handeln kann, denn dieses ist obligatorisch zuständig für die Beurteilung von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherern in der sozialen Krankenversicherung. Selbst in diesem Fall müssten allerdings letztlich zwei unterschiedliche Verfahren durchgeführt werden, weil sowohl das materielle Recht als auch das Verfahren für beide Versicherungsarten unterschiedlich sind. Ausserdem könnten die kantonalen Urteile im Bereich der Zusatzversicherungen nicht mehr Gegenstand einer Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das EVG bilden. Für den Fall, da der Kläger seine Sache ans Bundesgericht weiterziehen möchte, müsste er somit zwischen der Berufung (Art. 43f. OG), der Nichtigkeitsbeschwerde (Art. 68f. OG) oder der Staatsrechtlichen Beschwerde (Art. 84 OG) wählen.

## Die Aufsicht über die Versicherer

Diese Frage bildet Gegenstand von besonderen Bestimmungen sowohl im KVG als auch im VAG.

### a. Die Sozialversicherung

Wie bislang obliegt die Aufsicht über die Praxis der sozialen Krankenversicherung, das heisst der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 24 bis 31 KVG) und der freiwilligen Taggeldversicherung (Art. 67 bis 77 KVG) dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV).

Folglich ist jede zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung ermächtigte Versicherungseinrichtung für diesen Teil ihrer Aktivität der Aufsicht des BSV unterstellt. Dieses hat ein *Weisungsrecht* gegenüber diesen Sozialversicherern

(Art. 21 Abs. 4 KVG) sowie eine *Zwangsgewalt* im Falle der Missachtung der gesetzlichen Vorschriften; die Sanktionen können bis zum Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch das Eidgenössische Departement des Innern gehen (Art. 21 Abs. 2 KVG).

Geregelt ist das Verfahren durch das Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren.

Zudem müssen die Urteile der kantonalen Versicherungsgerichte und der Schiedsgerichte dem BSV eröffnet werden, welches gegen diese Entscheide Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim EVG erheben kann (Art. 27 KVV). In der Praxis spielt dieses Beschwerderecht der Bundesaufsichtsbehörde eine wichtige Rolle für eine einheitliche Rechtsanwendung in der ganzen Schweiz.

### b. Die Zusatzversicherungen

Die *Rechtspflege der Aufsicht über die Versicherer*, welche die Zusatzversicherungen durchführen, ist in den Artikeln 45a und 46 VAG in der seit 1. Januar 1994 in Kraft stehenden Fassung geregelt (AS 1992 334 und 1993 877). Gemäss Art. 21 Abs. 3 KVG obliegt die Aufsicht über die Durchführung der in Art. 12 Abs. 2 dieses Gesetzes umschriebenen Versicherungen dem *Bundesamt für Privatversicherungswesen (BPV)* nach Massgabe der Gesetzgebung über die privaten Versicherungseinrichtungen. Mit anderen Worten: obschon die Krankenkassen von der Aufsicht nach Art. 4 Abs. 1 Bst. f VAG ausgenommen sind, sind sie ihr trotzdem insofern unterstellt, als sie die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung durchführen.

Die Verfügungen des BPV können in erster Instanz an die Eidgenössische Rekurskommission, wie sie in Art. 45a Abs. 1 VAG vorgesehen ist, weitergezogen werden, und die Entscheidungen dieser Kommission können ihrerseits mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vor das *Bundesgericht* getragen werden (und nicht vor das EVG!)

Anzumerken ist, dass Art. 46 Abs. 3 VAG den Beschwerdeweg gegen die *Verfügungen über Tarife* öffnet, welche laufende Versicherungsverträge berühren. Diese Verfügungen müssen im Bundesblatt mitgeteilt werden, und diese Bekanntmachung tritt für die Versi-

cherten an die Stelle einer Eröffnung der Verfügung gemäss Art. 36 VwVG. Die Beschwerden müssen innert 30 Tagen eingereicht werden. Während der Beschwerdefrist können die Verfügungen beim BPV eingesehen werden. Es wird interessant sein zu erfahren, ob im Rahmen der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden wird.

Schliesslich ist zur Erinnerung zu erwähnen, dass die privatrechtliche Krankenversicherung ebenfalls der Aufsicht nach dem Bundesgesetz über die Direktversicherung mit Ausnahme der Lebensversicherung vom 20. März 1992, in Kraft seit dem 1. Januar 1993, unterstellt ist (Schadenversicherungsgesetz, SchVG; SR 961.71; AS 1992 2363 und 1993 3247). Gemäss Art. 1 Abs. 1 gilt das Gesetz für Versicherungseinrichtungen, welche im Bereich der Direktversicherung mit Ausnahme der Lebensversicherung aufgrund des VAG tätig sein können. Die Krankenversicherung figuriert unter den Versicherungsbranchen, welche im Anhang zur Verordnung des Bundesrates vom 8. September 1993 (SchVV; SR 961.711; AS 1993 2620) dem Gesetz unterstellt werden, und sie ist Gegenstand einer besonderen Regelung in Artikel 6 dieser Verordnung. —

(Aus dem Französischen übersetzt)

## Das KVG – zwischen sozialer Sicherung und Markt



**Fritz Britt,  
Fürsprecher,  
Direktor  
des Konkordats der  
Schweizerischen  
Krankenversicherer,  
Solothurn**

Das Krankenversicherungsgesetz bedeutet für den Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen einen wichtigen Schritt vorwärts. Bisher kartellistisch geregelte Bereiche werden dem Wettbewerb ausgesetzt, und der Verdrängungskampf unter den Anbietern auf dem Gesundheitsmarkt – Krankenversicherer und Leistungserbringer – nimmt zu. Der Wettbewerb soll Ineffizienzen gleichsam mit unsichtbarer Hand zum Verschwinden bringen und dadurch dem Kunden einen fairen Preis beschern. Im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes stimmt dies aber nur mittelfristig, kurzfristig werden wir mit einem massiven Anstieg des Prämienvolumens rechnen müssen und die Ineffizienzen bleiben.

Für die meisten Versicherten bedeutet der Systemumbau der Krankenversicherung primär eine starke Erhöhung der Krankenversicherungsprämie. Im Rahmen des Systemwechsels spielen dabei verschiedene Faktoren eine gewichtige Rolle. In der obligatorischen Grundversicherung erfolgt ein deutlicher Leistungsausbau. Mit der neuen Einheitsprämie pro Versicherer und Region fallen die Altersstufen weg und bisherige Kollektivversicherte werden auf das normale Prämienniveau angehoben. Zudem erfährt auch der Subventionsbereich einen grundsätzlichen Systemwechsel; die bisherige Giesskannen-Subvention wird durch eine individuelle und gezielte Prämienverbilligung durch den Bund und die Kantone ersetzt.

Schon heute lässt sich voraussagen, dass der Übergang zum neuen Krankenversicherungssystem nicht ohne Misstöne erfolgen wird. Der neu obligatorisch Versicherte wird

die kostensteigenden Faktoren des Gesetzes sehr viel früher zu spüren bekommen als die Elemente der Kostendämpfung. Dies kommt erst einmal bei der Prämienverbilligung durch die Kantone zum Ausdruck. Zum Zeitpunkt der Prämienankündigung Ende '95 werden System und Höhe der Verbilligung in der Regel noch nicht bekannt sein. Die Kantone sind mit ihrer Gesetzgebung im Verzug und haben zudem die entsprechende Informationspflicht nicht wahrgenommen. So oder so wird der Versicherte frühestens im Frühjahr '96 wissen, ob und in welcher Höhe er in den Genuss der Prämienverbilligung kommt. Zum Ausdruck kommt die zeitlich unterschiedliche Einführung auch bei den Elementen für eine wirksame Kostendämpfung, nämlich bei der Einführung der Kostenstellenrechnung in den Spitälern und bei der Spitalplanung. Diese kostendämpfenden Massnahmen werden ihre Wirkung – wenn überhaupt – frühestens 1999 entfalten können.

Angesichts dieser Situation kommt den Krankenversicherern zunehmend die Rolle von Versicherervertretern zu. Es ist unredlich, den Kunden der Krankenversicherung in derart unverschämter Weise die Kosten mangelhafter politischer Leistung aufzubürden. Mangelhaft ist insbesondere der politische Wille, den Gesundheitsbereich auf gesunde Beine zu stellen, liegt dies doch weitgehend in der Hand der Kantone. So vermisst man konkrete Massnahmen auf dem Gebiet der Verzichtplanung und auf dem Gebiet der Kostentransparenz im Spitalbereich, auf dem Gebiet der High-Tech-Apparaturen, der sozialen Abfederung von Härtesituationen sowie bei der Information der Bürger unseres Landes. Besonders stossend ist, dass die Kantone als Betreiber der meisten Spitäler der Schweiz, und damit als grösste Leistungsanbietergruppe, bisher keine wirksamen Massnahmen zur Kapazitäts- und Kostenreduktion ergriffen haben.

Das KVG bringt mehr Markt in der Krankenversicherung. Dieser wird sich in einer ersten Phase

primär im Bereich der Zusatzversicherung auswirken. Der Wettbewerb wird sich aber auch in der Grundversicherung intensivieren. Dort sind allerdings die versicherten Leistungen vom Gesetz und den Verordnungen für alle Versicherten gleich umschrieben – ein Einheitsprodukt. Der Wettbewerbsdruck fördert hingegen die Entstehung integrierter Systeme der medizinischen Versorgung wie HMO-, PPO- und Gatekeeper-Modelle, um nur die heute gebräuchlichsten zu nennen. Diese relative Vertragsfreiheit zwischen Versicherer und Versicherten wurde möglich durch die Zulässigkeit von Wahlfreiheitseinschränkungen und das Verbot der Meistbegünstigungsklausel. Wer die kompetitivsten Modelle als Versicherungsprodukte anbieten kann, erlangt auch im Grundversicherungsbereich den nötigen Marktvorteil. Wettbewerb äussert sich künftig nicht nur im kostengünstigen Einkauf der Leistungen, sondern vermehrt noch in der Kundenorientierung, dem Service und dem Angebot an integrierten Leistungspaketen. Der Wettbewerb wird also immer weniger ausschliesslich über die Prämienhöhe erfolgen.

Das neue Krankenversicherungsgesetz wird nicht an seinem Buchstaben gemessen werden, sondern daran, wie die Beteiligten an unserem Gesundheitssystem mit den neuen Instrumenten konkret umgehen. Nicht zuletzt sind Erfolg und Misserfolg des Gesetzes abhängig von der weiteren Entwicklung unserer Gesundheitskosten. Einerseits ist es unbedingt erforderlich, dass der «neue Markt» im Gesundheitswesen mindestens mittelfristig auch für den Versicherten Kostenvorteile bringt. Zum anderen dürfte die Zeit des gemütlichen Kooperierens zwischen Staat, Leistungserbringern und Versicherern vorbei sein. Es geht nun darum, alle neuen Instrumente zur Kostendämpfung konsequent zu nutzen. In der Schweiz verfügen wir in allen Bereichen des Gesundheitswesens über Überkapazitäten. Besonders kostspielig sind sie in den Spitälern und bei den medizinischen High-Tech-Apparaturen. Hier sind die Kantone und Gemeinden aufgefordert, rasch und deutlich zu redimensionieren. Denn sonst würden wir eines der Ziele des KVG sicher nicht erreichen: die mittelfristige Stabilisierung der Gesundheitskosten. —

# Das neue KVG aus der Sicht der Patienten



**Margrit Bossart, lic. oec., Präsidentin der Stiftung Schweizerische Patienten-Organisation, Zürich**

Versicherte und Patienten stehen im Gesundheitswesen zwei Anbietern gegenüber: den Anbietern von Leistungen und den Anbietern von Versicherungen. In beiden Bereichen sorgte der Gesetzgeber für eine Besserstellung der Nachfrage:

- Die bisherige Grundversicherung war für die Kranken mangelhaft. Wichtige Leistungslücken werden im neuen Gesetz geschlossen.
- Die «goldenen Fesseln» der Versicherten (Alter und vorbestehende Krankheiten) sind weggefallen. In der Grundversicherung kämpfen fortan alle Versicherten mit gleich langen Spiessen um die Gunst der Kunden.

In der sozialen Krankenversicherung wird vieles zwischen den Anbietern von Leistungen und den Anbietern von Versicherungen ausgehandelt. Die Nachfrageseite hat neu ein Anhörungsrecht. Im wesentlichen aber werden die Vorgaben von den beiden Anbietern bestimmt. Resultat: Versicherte und Patienten sind in ihren Entscheiden weit weniger frei, als hin und wieder behauptet wird.

## Neues KVG: quo vadis?

Jede Marktordnung begründet eine gewisse Eigendynamik. Das neue KVG kann sich für die Versicherten optimal auswirken. Aber auch für den schlimmsten Fall existiert ein Szenario:

- a) Im Streben nach Marktanteilen versuchen die einzelnen Versicherer, die Prämien tief zu halten. Sie veranlassen die Leistungserbringer (v.a. Ärzte, Spitäler), zu möglichst tiefen Kosten anzubieten.
- b) Die Leistungserbringer (z.B. Spitäler) fügen sich dem Kostendiktat. Sie verringern dabei aber die

Qualität der Leistungen. Dies beeinträchtigt zwar die Attraktivität der Grundversicherung, fördert aber – nicht unwillkommen – jene der Zusatzversicherung.

c) Die Krankenversicherer opponieren nicht, denn auch für sie sind Zusatzversicherungen das interessantere Geschäft.

Im «worst case» haben alle Anbieter die Marktkräfte ausgeschöpft: Die Krankenversicherer bieten billige Prämien an und die Spitäler haben pflichttunlichst Kosten gespart. Dieses Szenario soll folgendes veranschaulichen:

1. Das neue KVG schliesst nicht aus, dass am Schluss der Patient den Schwarzen Peter in Händen hält.
2. Eine gesicherte Qualität der Leistungen ist ein kategorischer Imperativ. Denn im Krankheitsfall ist der Patient auf gute Qualität angewiesen.
3. Die Patienten möchten ihre Interessen in einer eigenen, unabhängigen, nachfrageorientierten Vertretung wahrnehmen, die rechtzeitig Probleme und unerwünschte Wirkungen des KVG signalisiert.

## Übergang als Nagelprobe

Der Gesetzgeber sah vor, dass künftig Versicherte und Patienten eine aktivere Rolle wahrnehmen. In der Übergangszeit sehen wir vor allem drei Herausforderungen:

### a) Transparente Verhältnisse

Die Versicherten sollen sich über die Prämien informieren. So dürften z.B. die markanten Prämienermässigungen bei HMO- und Gatekeeper-Modellen vor allem Familien ansprechen.

Information wird aber auch zur Herausforderung für die Krankenversicherer, die Ärzteschaft und die Kantone:

- Die *Verwaltungen der Versicherer* müssen den Patienten Auskunft geben können, ob Leistungen übernommen werden oder nicht (z.B. bei Zahnschäden, Medikamenten, Spitexleistungen usw.). Denn die Kassenzulässigkeit ist in vielen Fällen begrenzt.
- Die *Ärzte* sind verpflichtet, die Patienten über die Kostenfolgen

einer Behandlung aufzuklären, sofern diese nicht kassenzulässig ist (z.B. vor Operationen in Spitälern, die kantonale nicht anerkannt sind).

- Die *Kantone* müssen alle Anspruchsberechtigten über Prämienverbilligungen informieren. Nota bene wollte man mit den Verbilligungen nicht einfach Minderbemittelte entlasten, sondern weitergehend die Härten der Kopfprämien lindern.

Der Zugang zur Information ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Vertrauen der Bevölkerung in die neue Krankenversicherung.

### b) Patientenklagen und -unklarheiten

Abgesehen vom Ombudsmann der Krankenversicherer und von den etablierten Patienten-Organisationen sollte jede Krankenversicherung über eine direkte Anlaufstelle für offene Fragen verfügen. Zudem wäre es zweckmässig, wenn sich das BSV – zumindest während der Übergangszeit – mittels einer «Vigilance-Stelle» über die aktuelle Entwicklung orientieren würde.

### c) Patientenfremdliche Zusatzversicherungen

Vor allem Ältere und Langzeitkranke fürchten, bei der Zusatzversicherung «ausgesteuert» zu werden. Sie vermuten, jahrelang vergeblich Prämien bezahlt zu haben. Die Zusatzversicherungen beinhalten weitere Probleme: der getrennte Rechtsweg und die Möglichkeiten der Versicherer,

- lebenslängliche Vorbehalte anzubringen sowie
- im «Schadenfall» (d.h. bei Krankheit) die Versicherung zu kündigen oder derart restriktive Bedingungen auszusprechen, dass die Patienten ihrerseits kündigen.

Das letztgenannte Problem liesse sich wohl mit einem Gentleman-Agreement zwischen den Versicherern lösen.

Die Herausforderungen stecken somit beim neuen KVG nicht nur in den Prämien. Es geht auch um den Zugang zur Information und um die Qualität der Leistungen. Diese Bereiche sind entscheidend, um das Vertrauen in eine verlässliche Krankenversicherung zu schaffen. ■

# Bundesgesetz über die Freizügigkeit: Fragen, Erwartungen, Konsequenzen nach der Inkraftsetzung

**Das Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Freizügigkeit in der beruflichen Vorsorge (FZG) am 1. Januar 1995 war sowohl seitens der Versicherten als auch der Vorsorgeeinrichtungen mit grossem Interesse erwartet worden. Für das BSV bot sich eine ausgezeichnete Gelegenheit, die Resonanz der Zweiten Säule in der Öffentlichkeit zu messen.**

ERIKA SCHNYDER, LIC. IUR., MITARBEITERIN DER SEKTION VERSICHERUNGSPFLICHT UND LEISTUNGEN IN DER ABTEILUNG BERUFLICHE VORSORGE DES BSV

Das Bundesgesetz über die Freizügigkeit gab schon vor seinem Inkrafttreten Anlass zu zahlreichen Fragen und war Gegenstand von Seminaren und Informationsveranstaltungen. Obwohl sich diese in erster Linie an ein bestimmtes Zielpublikum richteten, konnten nicht nur Fachleute im Bereich der beruflichen Vorsorge erreicht werden, sondern auch Teilnehmer aus unterschiedlichen Kreisen (Sozialarbeiter/innen, kaufmännische Angestellte, Banken, Versicherungen, Angestellte in der Sozialversicherung usw.). Die folgenden Ausführungen geben zunächst einen kurzen Überblick über die aufgeworfenen Fragen und informieren anschliessend über die Pläne des BSV zur Analyse der Auswirkungen des Gesetzes.

## Vor dem Inkrafttreten des Gesetzes

Bereits vor dem Inkrafttreten des Freizügigkeitgesetzes wurde grosses Gewicht auf die Information der Öffentlichkeit und der Fachleute gelegt. Im allgemeinen trugen die Pensionskassen ihren Teil dazu bei, indem sie ihre Versicherten über die zu erwartenden Neuerungen in Kenntnis setzten. Obschon gute Informationsarbeit geleistet wurde, sahen sich die betroffenen Kreise aber wegen des Verzugs beim Erlass der Verordnung zur Zurückhaltung veranlasst. Sie scheuten davor zurück, zu detaillierte Informationen zu ge-

ben. Dieser Umstand führte möglicherweise zu einigen Missverständnissen und löste zahlreiche Anfragen zu einzelnen Punkten des Gesetzes aus.

Um die Öffentlichkeit möglichst umfassend zu informieren, wirkte das BSV an Seminaren in der französischen und deutschen Schweiz sowie im Tessin mit. Die Seminare waren vor allem auf Fachleute ausgerichtet bzw. auf Personen, die im Rahmen ihrer Berufsausübung mit dem Gesetz «in Kontakt» kommen. Die breite Öffentlichkeit wurde aber keineswegs vernachlässigt, sondern das BSV richtete für die Zeit vom 18. Oktober 1994 bis 16. Dezember 1994 eine besondere Telefonlinie («grüne Nummer») ein. Auf dieser Linie wurden nicht nur Fragen zur Freizügigkeit, sondern auch zur Wohneigentumsförderung beantwortet. Die nachfolgend genannten Zahlen gelten somit für beide Gesetze, da die Anfragen nicht getrennt gezählt wurden. Insgesamt gingen etwa 1700 Anrufe ein. Sie dauerten meistens weniger als 5 Minuten, aber die Zahl der Anrufe betrug an manchen Tagen über 100 (Höchstzahl: 169). Das Sekretariat der Abteilung Berufliche Vorsorge erhielt etwa 1400 Anrufe und 460 schriftliche Anfragen. Auch die zuständigen Beamten wurden telefonisch oder brieflich direkt kontaktiert, allerdings überwiegend von Fachleuten, mit denen eine Zusammenarbeit

schon bestand und die daher meist spezifischere Fragen aufgriffen.

Die Anfragen zum neuen Gesetz waren breit gefächert. Neben den «klassischen» Fragen zum Datum des Inkrafttretens oder allgemeinen Fragen zur Freizügigkeit lassen sich die Fragen vier Hauptkategorien zuordnen:

- Barauszahlung der Austrittsleistung (Art. 5 FZG);
- Übergangsbestimmungen (Art. 27 FZG, Art. 23 FZV);
- Berechnung der Austrittsleistung (Art. 15–17 FZG, Art. 5 und 6 FZV)
- sowie diverse Fragen.

Es stellte sich heraus, dass sich das Fachpublikum und die breite Öffentlichkeit für dieselben Fragen allgemeiner Art interessierten.

Die Frage der Barauszahlung der Austrittsleistung an verheiratete Frauen oder Frauen, deren Heirat kurz bevorsteht, beschäftigte die meisten Anrufer<sup>1</sup>. Die Reaktionen gingen zwar nicht so weit wie im Anschluss an die Eurolex-Botschaft<sup>2</sup>, aber auch bei den Pensionskassen gingen zahlreiche Anfragen in dieser Richtung ein. Allerdings wurde nicht von Massenkündigungen wie bei Eurolex berichtet. Einige Personen erkundigten sich, ob eine Kündigung nicht angebracht sei, um die Austrittsleistung vor Ende 1994 in bar ausbezahlt zu bekommen.

Auch die Übergangsbestimmungen gaben zu manchen Fragen Anlass. Es ging vor allem darum, wie der Übergang zwischen den beiden Systemen bei bestimmten Fällen (Austritt aus der Vorsorgeeinrichtung im Jahre 1994 und Eintritt in die neue Vorsorgeeinrichtung im Jahre 1995) gehandhabt werden soll (Art. 27 Abs. 1 FZG). Diese Frage wurde etwa im Zusammenhang mit Scheidungen gestellt, und zwar insbesondere von Rechtsanwälten, die im unklaren darüber waren, wie sie sich bei Scheidungsfällen, die beim Inkrafttreten des FZG (Art. 22 FZG) hängig waren, verhalten sollen.

1 Die bis zum 31. 12. 1994 gültig gewesene Bestimmung in Art. 30 Abs. 2 Bst. c wurde durch das FZG aufgehoben.

2 Durch die Anpassung des Schweizer Rechts an das europäische Recht wäre das BVG ebenfalls in dem Sinne geändert worden, dass die Barauszahlung der Austrittsleistung an verheiratete Frauen nicht mehr möglich gewesen wäre.

Zahlreiche Fragen bezogen sich auf die Berechnung der Austrittsleistung, insbesondere auf den Mindestbetrag (Art. 17 FZG). Auch hier wollte die Öffentlichkeit vor allem wissen, welche Veränderungen und Verbesserungen gegenüber der bis 1994 geltenden Regelung zu erwarten sind. Demgegenüber stellten die Fachkreise vor allem gezielte Fragen zu Teilaspekten der Berechnung.

Bei den diversen Fragen zum FZG ging es teilweise sowohl um die Freizügigkeit als auch um die Wohneigentumsförderung, da beide Gesetze eng zusammenhängen. Es wurden aber auch Fragen ausschliesslich zur Freizügigkeit gestellt, zum Beispiel zu den gesundheitlichen Vorbehalten (Art. 14 FZG), zur Erhaltung des Vorsorge-schutzes (Art. 13 FZG) – wobei dies die Öffentlichkeit nicht übermässig zu beschäftigen scheint –, und schliesslich gab es noch verschiedene andere, weniger bedeutsame Fragen.

#### **Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes**

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes stellen sich vorab noch Fragen der praktischen Umsetzung, und zwar insbesondere bei der Anpassung der Reglemente der Vorsorgeeinrichtungen. Die Öffentlichkeit wendet sich nur noch mit allgemeinen Fragen an das BSV, und auch nur dann, wenn jemand mit einem besonderen Problem konfrontiert ist.

Die Fragen zur Anwendung dagegen sind überaus zahlreich und fördern zum Teil auch echte, bei der Abfassung des Gesetzes nicht beachtete Grundsatzprobleme zutage. Soweit solche Fragen für die Fachleute von Interesse sind, hat das BSV in den «Mitteilungen über die berufliche Vorsorge» Stellung bezogen. Dieses Informationsmittel soll auch weiterhin eingesetzt werden zur Beantwortung der Anfragen von allgemeinem Interesse.

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass dem BSV zur Scheidungsfrage unterschiedliche Auslegungen, zum Teil von Seiten der Gerichte, vorgelegt werden. Der – besonders in der Übergangsphase – fließende Übergang zwischen den beiden Systemen führt zu einer Reihe von Problemen, die vom jeweiligen Stand des Scheidungsverfahrens abhängig sind.

Insgesamt aber steht nun die Anpassung der Reglemente der Vorsor-

geeinrichtungen im Vordergrund. Die ersten Einrichtungen gelangen mittlerweile an die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Kantone, um die Reglemente genehmigen zu lassen (s. Art. 27 Abs. 2 FZG). Neben den unvermeidlichen Reglementsänderungen und der Anpassung an die neuen gesetzlichen Bestimmungen führt die Tatsache, dass die Vorsorgeeinrichtungen nicht als Freizügigkeitseinrichtungen fungieren dürfen (Art. 4 Abs. 2 FZG) und auch die Kantonalbanken diese Funktion künftig nicht mehr wahrnehmen können (Art. 23 FZV), zur Schaffung von Freizügigkeitsstiftungen. Dies ist vor allem Sache von Privat- oder Kantonalbanken.

#### **Analyse der Auswirkungen des FZG**

Gemäss Artikel 20 der Freizügigkeitsverordnung (FZV) hat das BSV zusammen mit den Fachkreisen eine Analyse über die Wirkungen der Freizügigkeit bei den Versicherten, den Vorsorgeeinrichtungen und den Freizügigkeitseinrichtungen durchzuführen. Zu diesem Zweck bildete das BSV im Juli 1994 eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag, ein Analysekonzept zur Erfassung der Wirkungen des Gesetzes zu erstellen. Die Arbeitsgruppe bestand aus Vertretern des Bundesamtes sowie Ausenstehenden mit entsprechender Berufspraxis (Pensionskassen, Wirtschaftskreise, kantonale Aufsichtsbehörden, Fachleute aus der Immobilienbranche usw.). Das Mandat der Gruppe beschränkte sich nicht auf die Ausarbeitung eines Konzeptes für die Wirkungsanalyse zum FZG, sondern auch für eine solche zum Bundesgesetz über die Wohneigentumsförderung, da beide Gesetze gleichzeitig in Kraft getreten sind und eng zusammenhängen.

Die Gruppe legte einen Konzeptentwurf für die Arbeitsmethode vor, die bei der Wirkungsanalyse angewandt werden soll. Darin ist ein Vorgehen in drei Phasen vorgesehen. In einem ersten Schritt, der einen verhältnismässig kurzen Zeitraum umfasst (der Schlussbericht wird für Mitte 1997 erwartet), sollen die bei der Durchführung der beiden Gesetze aufgetretenen Probleme inventarisiert werden, und zwar einerseits unter dem Blickwinkel der Praxis der Vorsorgeeinrichtungen, aber auch hinsichtlich der Information der Versicherten, der Probleme im Zusammenhang mit der Liquidation

von Pensionskassen und der administrativen Aspekte.

Die Zielsetzung der zweiten Phase, deren Abschluss für Ende 1998 vorgesehen ist, besteht darin, die Folgen des Freizügigkeitsgesetzes zu evaluieren, insbesondere im Hinblick auf die praktische Anwendung und die direkten oder indirekten wirtschaftlichen Auswirkungen. Dieselbe Überprüfung soll in der dritten Phase für das Gesetz über die Wohneigentumsförderung vorgenommen werden. Dafür ist ein längerer Zeitraum mit Abschluss der Arbeiten bis Ende 2001 vorgesehen.

Somit ist die Grundlage dafür geschaffen, dass wir in einem Zeitraum, der mit der ersten grossen BVG-Revision zusammenfällt, etappenweise die nötigen Schlussfolgerungen über die zwei neuen Gesetze ziehen können. ■

*(Aus dem Französischen übersetzt)*

# Die Entwicklung der Spalkosten 1991–1995

Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) gab vor kurzem in einer Mitteilung die Ergebnisse ihrer Umfrage zur Entwicklung der Spalkausgaben 1991–1995 bekannt. Die vorliegenden Daten stellen eine interessante Ergänzung zur Statistik über die Krankenversicherung des BSV und zur Trendanalyse der Krankenpflegekosten des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer dar. Im folgenden werden die Ergebnisse der Umfrage vorgestellt, Gründe für die festgestellte Entwicklung aufgezeigt sowie die Zusammenhänge zwischen der Entwicklung der Spalkkosten zu Lasten der Krankenkassen und den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes erläutert.

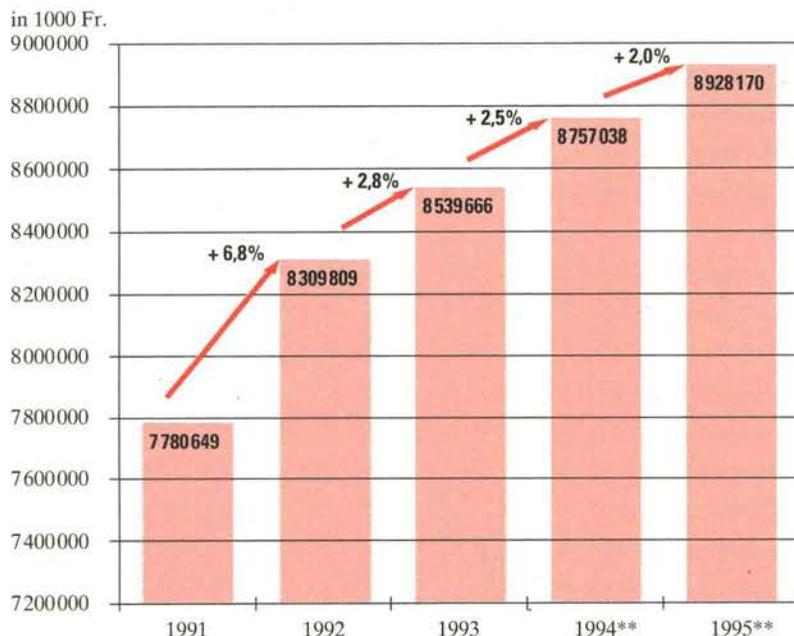
AUS DER SEKTION SOZIALPOLITIK IM BSV

## Ergebnisse der Umfrage der SDK zur Entwicklung der Spalkausgaben 1991–1995

Im Herbst 1993 beschloss der Vorstand der SDK, jedes Jahr aktualisierte Tabellen über die Entwicklung des Betriebsaufwandes der üblichen Akutspitäler zu erstellen. Die

im vergangenen Frühjahr durchgeführte Umfrage der SDK stützte sich auf die Angaben der üblichen Akutspitäler in den verschiedenen Kantonen. Als Akutspitäler gelten Spitäler zur kurzfristigen Behandlung körperlich Kranker oder Verunfallter, welche massgeblich durch die

Abbildung 1: Betriebsaufwand\* der üblichen Akutspitäler 1991–1995 (in tausend Franken) und jährliche Veränderung in %



\* Betriebsaufwand, ohne Aufwand für Investitionen und Anlagenutzung  
 \*\* Voranschlag

Quelle: Schweizerische Sanitsdirektorenkonferenz, Ergebnisse der Umfrage zur Entwicklung der Spalkausgaben 1991–1995, Bern, 18. April 1995.

übliche Hand mitgetragen und mitfinanziert wird. Die Umfrage hat ergeben, dass die Zuwachsrates der Betriebskosten der üblichen Akutspitäler seit 1992 eine rückläufige Tendenz aufweist (Abbildung 1), nämlich von 6,8% im Jahre 1992 auf 2% im Jahre 1995 (unter Berücksichtigung der für 1994 und 1995 veranschlagten Ausgaben).

Die Angaben der Kantone zu vergleichen, ist schwierig, da sie sich auf unterschiedliche Spalkategorien beziehen. Dennoch lässt sich festhalten, dass die rückläufige Tendenz im vorgegebenen Zeitraum nur in sieben Kantonen (ZH, OW, FR, SO, GR, VS, GE) von 1991 bis 1995 ununterbrochen andauerte. 23 Kantone weisen in den Jahren 1992–1993 eine abgeschwächte Zunahme der Betriebskosten auf, sieben Kantone in den Jahren 1993–1994 und 19 Kantone in den Jahren 1994–1995 (Abb. 2 und 3).

## Ursachen der rückläufigen Zunahme des Betriebsaufwandes der üblichen Akutspitäler

Die Umfrage der SDK zeigt vor allem, wie sich die Bundesbeschlüsse über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (dBB) ausgewirkt haben. Die dBB haben offensichtlich entscheidend zur Einführung einer Kostendampfungspolitik beigetragen. Dadurch können die Spitäler erhohnte Ausgaben nicht mehr unbegrenzt auf die Tarife übertragen. Die Massnahmen zur Einschränkung der Tarifierhöhungen haben zur Folge, dass die Eigenfinanzierung der Spitäler zurückgeht und sich das von den Kantonen zu tragende Defizit erhöhet. Letztere werden somit angehalten, ihre Ausgaben einzuschränken und die Entwicklung der Betriebskosten unter Kontrolle zu halten. Langfristig gesehen sollte dies den Kantonen dazu verhelfen, kostengünstigere Lösungen in Betracht zu ziehen (interkantonale und interregionale Spalkplanung, klarere Eingrenzung des Leistungsangebotes jedes einzelnen Spitals, kürzere Spalkaufenthaltsdauer). Die Bestimmung des Bundesbeschlusses, laut welcher die Kantone dazu verpflichtet sind, kantonale und interkantonale Planungen im Gesundheitswesen durchzuführen, zielt ebenfalls auf eine optimale Nutzung der Ressourcen und auf die Kosteneindämmung ab.

**Abbildung 2: Jährliche Veränderung des Betriebsaufwandes\* der öffentlichen Akutspitäler nach Kantonen in den Jahren 1991–1995**

Kanton	1992	1993	1994	1995
ZH**	8.5	3.5	3.1	1.1
BE	4.3	0.8	3.0	2.3
LU	7.0	4.4	5.7	2.8
UR	12.4	6.2	8.4	2.2
SZ	15.7	5.8	0.9	3.0
OW	8.0	4.2	3.0	-0.3
NW	8.5	6.0	13.5	1.5
GL	5.1	9.2	1.6	8.6
ZG	10.4	2.6	6.8	2.7
FR	7.0	4.7	2.3	1.8
SO	3.2	1.7	1.4	0.7
BS	7.4	2.5	-0.3	2.1
BL	5.2	2.1	5.7	3.5
SH	6.1	-0.1	3.7	0.6
AR	9.0	33.3	0.8	5.5
AI	6.9	-3.5	9.3	-1.0
SG	7.4	2.9	6.2	2.1
GR	10.1	6.7	5.5	•1.8
AG	7.5	3.4	3.1	7.2
TG	8.0	2.2	5.8	0.6
TI	7.1	4.5	7.2	3.2
VD	5.6	0.8	-2.7	1.0
VS	5.2	3.3	2.4	0.4
NE	4.2	4.3	-0.5	2.1
GE	8.2	2.3	1.9	0.4
JU	5.4	-0.8	4.7	-1.3
CH	6.8	2.8	2.5	2.0

\* Betriebsaufwand, ohne Aufwand für Investitionen und Anlagenutzung.

\*\* Ohne Richterswil (1992 verkauft; um die Vergleichbarkeit zu ermöglichen, wurden die Zahlen für Richterswil auch für 1991 und 1992 abgezogen).

Quelle: Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, Ergebnisse der Umfrage zur Entwicklung der Spitalausgaben 1991–1995, Bern, 18. April 1995.

Die dBB sowie die Finanzlage in den einzelnen Kantonen veranlassen die Kantone bereits in den letzten Jahren dazu, Anstrengungen im Hinblick auf Kosteneindämmung, erhöhte Effizienz und sparsame Haushaltsführung im gesamten Gesundheitswesen, vor allem aber auch im Spitalbereich, zu unternehmen. Bei diesen Bemühungen wird ein angemessenes Verhältnis zwischen einer guten Qualität und zunehmend eingeschränkten Finanzmitteln angestrebt. Die Anwendung neuer Finanzierungsmodelle in eini-

gen Spitälern trägt sicherlich zu vermehrter Wahrnehmung der Verantwortung sowie zur eigenständigen Führung der betreffenden Einrichtungen bei und regt zur Reflexion über das Kosten-Nutzen-Verhältnis an. Ausserdem setzen die Kantone gezielt Planungs- und Koordinationsmassnahmen ein, um eine innerkantonale und interkantonale Zusammenarbeit zu bewirken.

Der Einsatz der Kantone geht ebenfalls aus einer Umfrage der Zeitschrift «Schweizer Spital» hervor, durch die ein Überblick über die 1995 in öffentlichen Spitälern durchgeführten oder vorgesehenen Sparmassnahmen und Reformen gewonnen werden sollte<sup>1</sup>. Laut dieser Umfrage sind die grössere unternehmerische Freiheit für die Spitalleitungen sowie Finanzierungssysteme, die Anreize zum häuslicheren Einsatz der knapper werdenden Mittel bieten, die Leitlinien der Kantone bei den Reformen im Spitalwesen.

1 «Schweizer Spital», Umfrage bei den Gesundheitsdirektionen: Spitäler weiter auf Reformkurs (Massnahmen für 1995), Nr. 3, 1995, S.10–12.

2 BSV, Statistik über die Krankenversicherung: Einnahmen, Ausgaben und Krankenpflegekosten 1966–1993, Bern, Februar 1995.

3 Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Trendanalyse der Krankenpflegekosten 1991–1995, 3. April 1995.

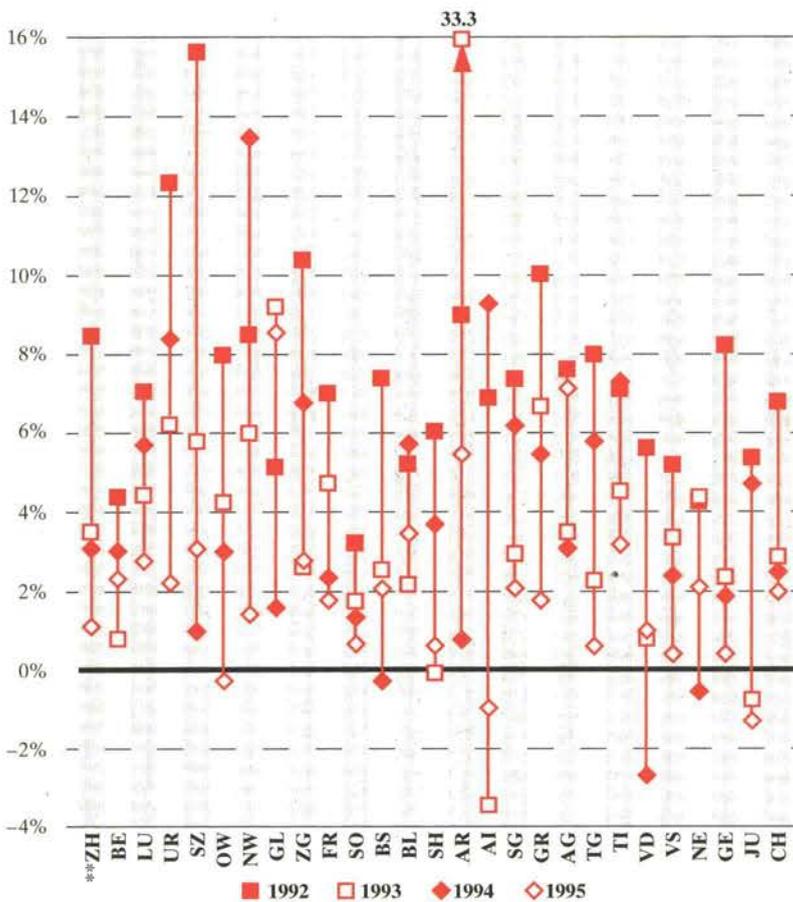
Die Kantone haben es sich zur Aufgabe gemacht, marktwirtschaftlich orientierte Methoden für das Spitalmanagement zu entwickeln. Darüberhinaus ist eine Tendenz zum Personalabbau, zur Verringerung der Bettenzahl, zu Investitionseinschränkung oder -aufschub sowie zur Verwendung globaler Budgets und von Fallpauschalen zu beobachten. Die Zielsetzung dieser Massnahmen stimmt voll und ganz mit den grundlegenden Zielen der in den dringlichen Bundesbeschlüssen sowie im neuen Gesetz über die Krankenversicherung getroffenen Regelungen überein.

### Der Zusammenhang mit den Spitalkosten zu Lasten der Krankenversicherung

Aus den vom BSV veröffentlichten Daten über die Spitalkosten zu Lasten der Krankenkassen pro Versicherten in der Grundversicherung geht hervor, dass sie 1992 um 9,2 % und 1993 um 10,5 % gestiegen sind.<sup>2</sup> Besonders auffällig ist, dass die von den Zusatzversicherungen verzeichnete Zunahme der Spitalkosten im Vergleich zur Grundversicherung wesentlich höher ausfällt (1992: +15,3%; 1993: +15,6%). Die beträchtlichen Erhöhungen bei der Zusatzversicherung liefern eine Erklärung dafür, warum bei diesem Versicherungstyp in der letzten Zeit so viele Kündigungen erfolgten. Die Zunahme der Grundspitalkosten scheint jedoch 1994 leicht rückläufig zu sein. Laut Trendanalyse des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer liegt die Rate für 1994 bei 6,5 % (Abbildung 4). Ebenfalls 1994 stiegen die Spitalkosten weiterhin in stärkerem Masse als die Arztkosten (+2,3 %) und die Arzneimittelkosten (+5,2 %).<sup>3</sup> Allerdings weist die Entwicklung der Spitalkosten zu Lasten der Krankenversicherung von Kanton zu Kanton beträchtliche Unterschiede auf. Während die Kosten pro Versicherten im Kanton Nidwalden um 1,6 % zurückgingen, sind in den anderen Kantonen Kostensteigerungen bis zu 22 % (Appenzell Innerrhodens) zu verzeichnen (Abbildung 5).

Gesamtschweizerisch gesehen haben somit die Spitalkosten zu Lasten der Krankenversicherung stärker zugenommen als die Betriebskosten der Spitäler. Auf kantonaler Ebene war dies 1994 in 16 von 26 Kantonen der Fall. Für diese Ent-

**Abbildung 3: Jährliche Entwicklung des Betriebsaufwandes\* der öffentlichen Akutspitäler**



\* Betriebsaufwand, ohne Aufwand für Investitionen und Anlagenutzung  
 \*\* Ohne Spital Richterswil

Quelle: Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz, Ergebnisse der Umfrage zur Entwicklung der Spitalausgaben 1991–1995, Bern, 18. April 1995.

wicklung lassen sich eine Reihe von Ursachen anführen. So hat zum Beispiel die ambulante Spitalbehandlung an Bedeutung gewonnen. Die Kosten im ambulanten Bereich gehen stärker zu Lasten der Krankenkassen als im stationären Bereich. Die Zusatzversicherungen spielen in diesem Zusammenhang ebenfalls eine Rolle. Aufgrund ihrer vollumfänglichen Deckung durch die Kassen sind die von den Zusatzversicherungen übernommenen Spitalkosten höher als die von der Grundversicherung übernommenen Kosten.

Ein wichtiger Grund für die raschere Zunahme der Krankenversicherungskosten hängt mit der Frage zusammen, in welchem Umfang die Kosten für die allgemeine Abteilung von Spitälern von der Krankenversicherung gedeckt werden. In den letzten Jahren zeichnete sich ein

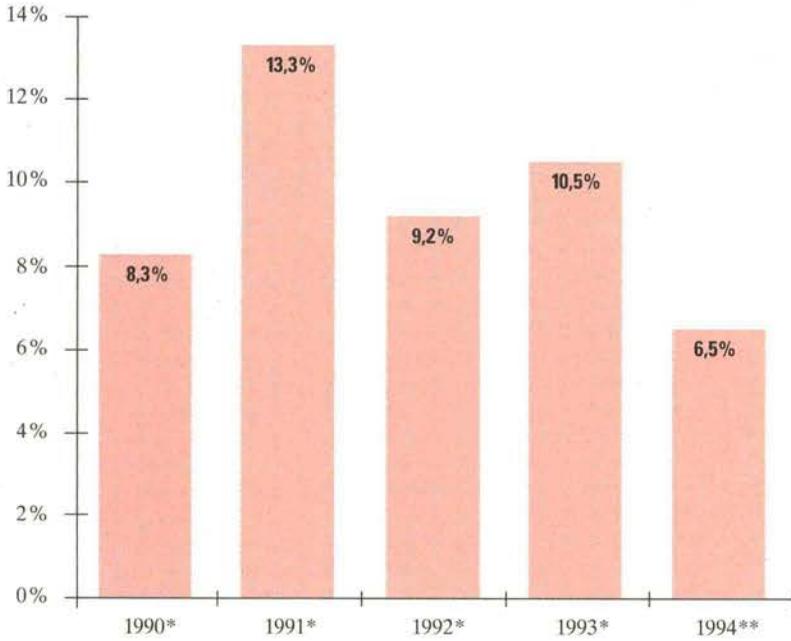
Trend zur Reduzierung des Anteils der öffentlichen Hand an den Gesamtkosten ab, was sich für die Krankenkassen nachteilig auswirkte. Diese Entwicklung liegt der Regelung in Artikel 49 des neuen Gesetzes über die Krankenversicherung zugrunde. Sie sieht vor, dass die Pauschalen für Kantonseinwohner/innen je Patient oder Patientin oder je Versichertengruppe höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Kosten in der allgemeinen Abteilung von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern decken. Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung werden nicht angerechnet. Der hier festgesetzte Höchstsatz von 50% entspricht in etwa dem derzeitigen Schweizer Durchschnitt. Allerdings gibt es auch noch Spitäler, bei denen

die öffentliche Hand weniger als 50% finanziert. Der Regelung liegt folgende Überlegung zugrunde: Wenn die öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitäler einen beträchtlichen Teil der von ihnen verursachten Kosten übernehmen müssen, sind sie stärker motiviert zu planen, die Investitionen und die Verwaltung effizienter zu koordinieren. Auf diese Weise soll der Entwicklung entgegengesteuert werden, dass erhöhte Spitalkosten, die auch durch Fehlplanung oder Fehleinschätzung der Spitalauslastung bedingt sein können, zunehmend zu Lasten der Sozialversicherung gehen. Letzteres hat wesentlich zur übermässigen Kostensteigerung im Spitalbereich beigetragen. In Anbetracht der von Kanton zu Kanton unterschiedlichen Finanzierungsverhältnisse in diesem Sektor scheint eine flexible Lösung durch Festsetzung des maximalen Deckungsumfanges – um Übertragungen an die Krankenversicherung zu vermeiden – den gegebenen Umständen am besten zu entsprechen. Eine einheitliche Definition der Kosten und Leistungen (Betriebskosten, Vollpauschalen) sowie ein einheitliches Berechnungsmodell sind jedoch Voraussetzung für die Festsetzung des Kostendeckungsgrades. Aus diesem Grund sieht Artikel 49 Absatz 6 des neuen Gesetzes eine einheitliche Kosten- und Leistungserfassung vor.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die günstige Entwicklung des Betriebsaufwandes der öffentlichen Akutspitäler in den letzten Jahren und entsprechende Initiativen, die vor allem durch die dringlichen Bundesbeschlüsse in Gang gesetzt wurden, sollten sich durch das Inkrafttreten des neuen Gesetzes über die Krankenversicherung im nächsten Jahr fortsetzen. Das Gesetz sieht eine Reihe von kostendämpfenden Massnahmen, vor allem bezüglich der Tariffestsetzung, vor. Auch die Festsetzung einer Höchstgrenze für den von der sozialen Krankenversicherung zu übernehmenden Kostenanteil sollte zu einem ausgewogeneren Verhältnis zwischen den Finanzierungsträgern beitragen. Dem Leitgedanken der Sozialpolitik, die eine solche Verteilung der Kosten verlangt, würde somit Rechnung getragen. —

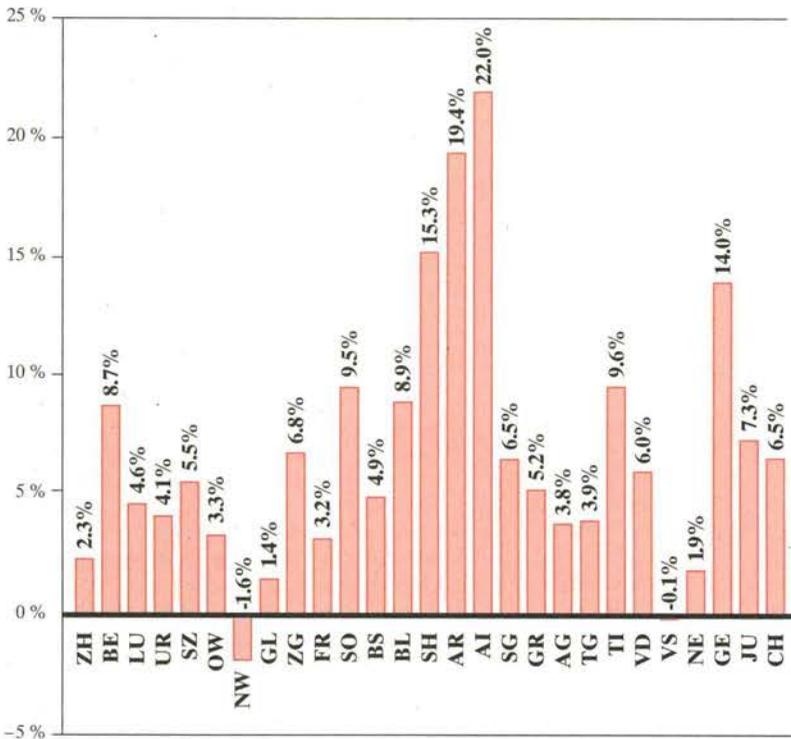
(Aus dem Französischen übersetzt)

**Abbildung 4: Jährliche Entwicklung der Spitalkosten zu Lasten der Krankenversicherung (Grundversicherung)**



Quellen:  
 \* Bundesamt für Sozialversicherung, Statistik über die Krankenversicherung: Einnahmen, Ausgaben und Krankenpflegekosten 1966–1993, Bern, Februar 1995.  
 \*\* Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Trendanalyse der Krankenpflegekosten 1991–1995, 3. April 1995.

**Abbildung 5: Zunahme der Spitalkosten pro Versicherten zu Lasten der Krankenversicherung 1993–1994**



Quelle: Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, Trendanalyse der Krankenpflegekosten 1991–1995, Bern, 3. April 1995.

# Das Gesundheitswesen in Zahlen

**Die vom Bundesamt für Statistik regelmässig veröffentlichten Zahlen über die Kosten des Gesundheitswesens erlauben es, unter verschiedenen Gesichtspunkten Aufschluss über die quantitative Entwicklung zu geben. Die vorliegende Statistik hat zum Ziel, einen globalen und kohärenten Überblick über die Finanzströme im Zusammenhang mit dem Konsum von Sach- und Dienstleistungen des Gesundheitswesens zu ermöglichen sowie den Verantwortlichen wichtige Anhaltspunkte zur Durchsetzung der Sozialpolitik zur Verfügung zu stellen. Gemäss provisorischen Zahlen könnten sich die Gesundheitskosten 1994 auf 36,4 Milliarden Franken belaufen, was 10,2% des Bruttoinlandproduktes ausmachen würde.**



RAYMOND ROSSET, LIC. SC. ÉCON.,  
SEKTION GESUNDHEIT,  
BUNDESAMT FÜR STATISTIK

Zuallererst scheint es wichtig daran zu erinnern, dass der Begriff der Gesundheitsausgaben oder der Kosten des Gesundheitswesens zugleich vage und präzise ist. Vage in einem internationalen oder universellen Zusammenhang, präzise, wenn man auf nationaler Ebene versucht, konkret festzulegen, um welche Sach- und Dienstleistungen es sich handelt, von welchen Leistungserbringern (Spitäler, Ärzte usw.) die Rede ist und wenn man definiert, wer interveniert, bezahlt und die wirtschaftliche Belastung im Gesundheitswesen trägt. Tatsächlich gibt es keine internationale methodische Grundlage, die mit genügender Sorgfalt die Sach- und Dienstleistungen des Gesundheitswesens genau abgrenzt. Man denke hier in erster Linie an die Datenbank der OECD im Bereich des Gesundheitswesens, anhand derer alle internationalen Vergleiche errechnet werden. Auf nationaler Ebene ein «Gesundheitskonto» einzuführen, bedeutet, dass dieser Sektor äusserst genau bestimmt werden muss.

Die im vorliegenden Beitrag besprochenen Ergebnisse stützen sich auf die Publikation

## **Kosten des Gesundheitswesens, Ergebnisse 1985–1992 und Entwicklung in der Periode 1960–1990**

Bundesamt für Statistik, Bern, 1995.  
Bestellnummer 026-9200. Preis: Fr. 9.–.

Weitere Publikationen des Bundesamtes für Statistik zur Gesundheitsstatistik:

- Kosten des Gesundheitswesens, Konzept und Ergebnisse, Bern, 1993. Bestellnummer 026-9000. Preis: Fr. 12.–.
- Kosten des Gesundheitswesens, Ergebnisse 1985-1991 und Schätzung 1992–1995, Bern, 1994. Bestellnummer 026-9100. Preis: Fr. 9.–.

Die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Publikationen können direkt unter Telefon 031 / 323 60 60 oder per Fax unter 031 / 323 60 61 bestellt werden

G E S U N D H E I T

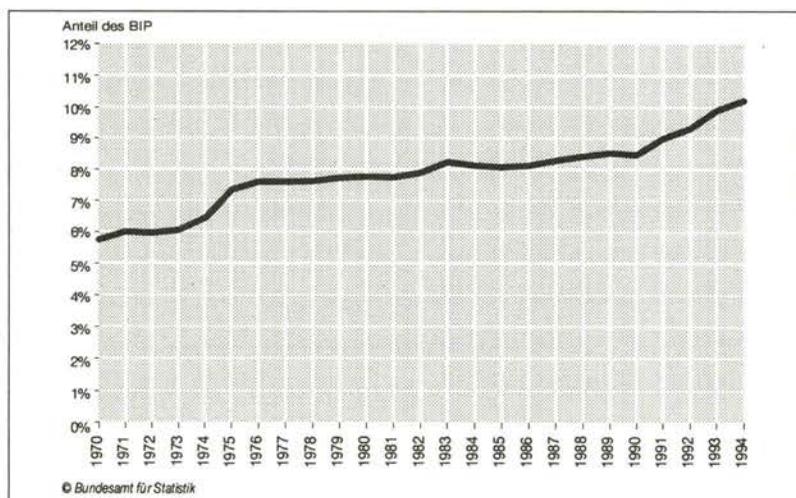
Die Tatsache, dass das Grundmodell dieser Statistik auf der Hypothese der Gleichheit zwischen Konsum, Produktion und den Finanzierungen von Sach- und Dienstleistungen des Gesundheitswesens in der Schweiz beruht, ist hier ausserordentlich wichtig. Das eher theoretische Vorhandensein von nicht kostenneutralen Kapitalströmen zum einen und der konkrete Geldstrom mit dem Ausland zum anderen können die Ergebnisse dieser Statistik nicht in Frage stellen. Denn weder die Pflege, die Schweizer Bürger in Anspruch nehmen, noch die wenigen Medikamente, die im Ausland gekauft werden oder umgekehrt, noch die Pflege von ausländischen Staatsangehörigen machen einen so wichtigen Anteil bei den Leistungen aus, als dass sie die Zahlen der Statistik nennenswert beeinträchtigen könnten.

### **Die Kosten global gesehen**

Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens dürften im Jahre 1994 36 Milliarden Franken überstiegen haben. Die Berechnung des Anteils der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) erlaubt es, die Entwicklung des Anteils der wirtschaftlichen Ressourcen aufzuzeigen, die unser Land für diesen Sektor aufwendet. 1970 machte dieser Anteil 5,7% des BIP aus (siehe Grafik 1), bis 1994 ist dieser voraussichtlich auf 10,2% des BIP gestiegen. Die Wirtschaft unseres Landes verwendet demzufolge mehr als 10% der Produktionskapazitäten für das Gesundheitswesen, was einen Anstieg von 79% in den letzten 20 Jahren bedeutet. Obwohl die Zahlen von 1993 und 1994 noch provisorisch sind, lassen die verfügbaren Indikatoren keinen Zweifel aufkommen, dass die realen Gesundheitskosten zwischen 1991 und 1994 stark gestiegen sind.

Qualitative Verbesserungen bei der Pflege sowie die Erhöhung des Leistungsangebots und die demografische Alterung tragen hauptsächlich zum Anstieg der Kosten des Gesundheitswesens bei, geht man davon aus, dass die Preise der Sach- und Dienstleistungen in diesem Bereich langfristig die gleiche Entwicklung verfolgen wie diejenigen des allgemeinen Indexes der Konsumentenpreise. Diese Faktoren dürften grundsätzlich zu einer gewissen Regelmässigkeit beim Anstieg der

## Grafik 1: Entwicklung der Kosten des Gesundheitswesens in Prozenten des BIP seit 1970



Die Sprünge in der Kostenkurve sind in erster Linie technischer Natur; sie lassen sich durch die Schwankungen des Nenners (BIP) der berücksichtigten Verhältniszahl erklären. Die Analyse dieser Entwicklung führt im weiteren zur Annahme, dass der Anstieg des Angebots und der Nachfrage im Bereich des Gesundheitswesens durch eine gewisse Trägheit geprägt ist. Der jährliche Anstieg der Leistungen im Gesundheitswesen verläuft wahrscheinlich regelmässig, während sich die entsprechenden Kosten zyklisch verändern. Die Rezession und die Jahre mit einem rückläufigen Wachstum sind geprägt von einem starken Anstieg des Anteils der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt.

Kosten beitragen, da es sich um grundlegende Tendenzen in der Entwicklung unserer Gesellschaft handelt. Dennoch konnten zwei oder drei Perioden mit höheren Zuwachsraten festgestellt werden, nämlich zwischen 1974–1975, 1982–1983 und 1991–1994, wo sich der Anstieg beschleunigt hat. Diese Jahre waren denn auch geprägt von einem sehr

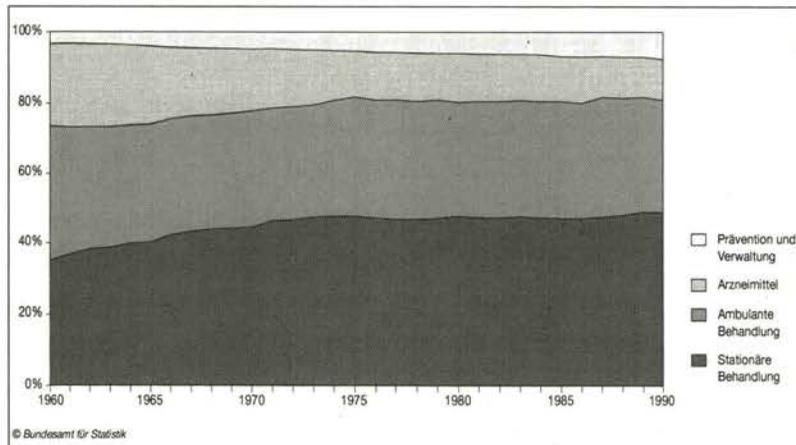
schwachen oder gar negativen wirtschaftlichen Realwachstum.

### Entwicklung des Konsums

Der Konsum in den Jahren 1960 bis 1994 zeichnet sich durch folgende Tendenzen aus (siehe Grafik 2):

- Anstieg des Ausgabenanteils für stationäre Behandlung von 35,2% auf 49,0%;

## Grafik 2: Ausgaben nach Art der Güter und Dienstleistungen von 1960 bis 1990



Der deutliche Rückgang des Ausgabenanteils bei den Medikamenten ist ein bekanntes Phänomen. Zwei Gründe zusammen sind hauptsächlich für diese Entwicklung verantwortlich: auf der einen Seite sind es die Preise, die bei den Medikamenten langsamer als bei den Dienstleistungen (Tarife der Ärzte und Zahnärzte usw.) gestiegen sind, auf der anderen Seite sind es quantitative Gründe, die mit der Einstellung der betroffenen Kreise zu tun haben, die heute mit grösserer Zurückhaltung Medikamente verschreiben.

- Rückgang des Ausgabenanteils für ambulante Behandlung von 38,4% auf 32,1%;
- deutlicher Rückgang des Ausgabenanteils für Medikamente von 23,2% auf 11,3%;
- deutlicher Anstieg des Ausgabenanteils für Prävention und Verwaltung von 3,3% auf 7,6%.

Der Anstieg des Ausgabenanteils für stationäre Behandlung und dessen Rückgang bei der ambulanten Behandlung ergänzen sich. Die Erklärungen dafür sind die gleichen, welche allgemein für die Gesamtkosten gelten: Erweiterung des Leistungskatalogs, zunehmende Professionalität, bessere Techniken und mehr Komfort sowie die Alterung der Bevölkerung. Das Verschwinden von bestimmten familiären und nachbarschaftlichen Solidaritätsformen könnte ebenfalls einen spezifischen Faktor beim Anstieg der Ausgaben für die stationäre Behandlung darstellen. Bei alleinstehenden Personen zum Beispiel verlängert sich oftmals der Spitalaufenthalt. Auch eine Einweisung in ein Heim findet in der Regel früher statt.

Eher aussergewöhnlich ist der starke Anstieg des Leistungsanteils des Staates – Bund, Kantone und Gemeinden – und der Sozialversicherungen von 3,3% 1960 auf 7,6% 1990. Angesichts der Zunahme der administrativen Aufgaben sowie der Aktivitäten im Bereich der Prävention im Gesundheitswesen ist dies jedoch nicht weiter erstaunlich. Zu den Hauptgründen für den Anstieg der Verwaltungskosten gehören die Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über die obligatorische Unfallversicherung (UVG) 1984, die Erweiterung der Leistungen in der Invalidenversicherung bei den individuellen Eingliederungsmassnahmen, die Subventionen an Institutionen, die Invalidenhilfe leisten, sowie der Anstieg der Versicherungsdichte bei den Krankenkassen. Während 1960 nur 72% der Bevölkerung durch die Krankenversicherung abgedeckt waren, sind es heute nahezu 100%. Die Aufgaben des Staates bei der Spitalplanung sowie bei der Spitexpflege haben zugenommen. Auch bei der Prävention werden die Aufgaben immer mehr, vor allem bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten (AIDS), beim Strahlenschutz und bei der Lebensmittelkontrolle.

**Tabelle 1: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringer und nach Direktzahler 1992, in Mio. Franken**

Leistungserbringer	Direktzahler											
	Haushalte	Sozialversicherungen					Staat				Ausland	Total
		Kranken- kassen	Unfallvers. UVG	IV-AHV	Militär- vers.	Ins- gesamt	Bund	Kantone	Ge- meinden	Ins- gesamt		
Betriebe für kurz- und langfristige Behandlung	3 725,6	5 894,1	489,9	174,5	28,0	6 586,6	0,7	4 167,2	688,9	4 856,8	715,4	15 884,4
Institutionen für Behinderte				1 307,1		1 307,1		151,4	45,3	196,7		1 503,8
Ärzte	1 130,4	3 961,3	218,9	50,7	12,3	4 243,3						5 373,7
Zahnärzte	2 414,7	88,6	35,9	40,0	2,4	166,8						2 581,5
Physiotherapeuten	36,2	278,4	53,8	5,3	3,1	340,6						376,8
Spitex	146,8	103,8		82,0		185,8		67,9	118,7	186,6		519,2
Sonstige ambulante Dienste	158,3	234,3	80,8	119,6	11,1	445,7						604,0
Medizinische Labors	23,4	239,5		2,8		242,3						265,7
Apotheken	669,6	1 378,3	17,9	10,3	2,5	1 409,1						2 078,7
Drogerien	267,4											267,4
Sozialversicherungen	16,2	1 135,8	229,9	90,5		1 456,2						1 472,4
Staat	174,3						125,3	303,7	188,4	617,4		791,7
Total	8 763,0	13 314,1	1 127,2	1 882,8	59,4	16 383,5	126,0	4 690,2	1 041,3	5 857,5	715,4	31 719,4

### Die Direktfinanzierung

Die Finanzierung des Gesundheitswesens kann unter zwei Gesichtspunkten analysiert werden: der Direktfinanzierung, die die Zahlungen der Sozialversicherungen, der Haushalte und der öffentlichen Hand an Leistungserbringer wie Spitäler oder Ärzte aufzeigt, und der Finanzierung nach Trägern der wirtschaftlichen Belastung (Haushalte, Unternehmen, Bund, Kantone, Gemeinden). Im folgenden werden wir uns auf einige Kommentare zur Direktfinanzierung konzentrieren.

Tabelle 1 zeigt die Finanzströme für jeden einzelnen Leistungserbringer für das Jahr 1992 auf. Betriebe für kurz- und langfristige Behandlung werden zu 41,5 % von den Sozialversicherungen, zu 30,6 % von der öffentlichen Hand, zu 23,4 % von den Haushalten und zu 4,5 % vom Ausland finanziert. Die Gesundheitsausgaben der Institutionen für Behinderte werden zu 87 % von der Invalidenversicherung (1307,1 Mio. Fr.) und durch die Kantone und Gemeinden (196,7 Mio. Fr.) finanziert. Die Einnahmen der Leistungserbringer im ambulanten Bereich stammen von Haushalten und Sozialversicherungen, und dies in einem sehr unterschiedlichen Verhältnis: der Anteil der Sozialversicherungen macht 79,0 % für Ärzte, 6,5 % für Zahnärzte, 90,4 % für Physiothera-

peuten, 91,2 % für Laboratorien, 35,8 % für spitalexterne Pflege und 73,8 % für andere ambulante Behandlungen aus. Beim Detailverkauf von Medikamenten betrug dieser Anteil 67,8 % für Apotheken, während er für Drogerien null beträgt. Leistungen der Sozialversicherungen in den Bereichen Verwaltung und Präventionsmassnahmen gegen Unfall und Krankheit werden von den Sozialversicherungen selber zu 98,9 % bezahlt, ausgenommen sind Präventionsmassnahmen des Fonds für Verkehrssicherheit, die durch Versicherungsprämien auf Motorfahrzeugen von den Haushalten getragen werden (1,1 %). Die Kosten werden selbstverständlich durch die verschiedenen Einnahmen gedeckt (z. B. Prämien, Subventionen). Was die Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens anbelangt, so werden diese hauptsächlich durch den Staat finanziert, jedoch werden 22,0 % der Leistungen durch Gebühren und Abgaben gedeckt.

Die Statistik über die Kosten des Gesundheitswesens ermöglicht eine synthetische Analyse der Finanzflüsse aus der Sicht der Produktion, des Konsums, der Direktfinanzierung und der Finanzierung nach Trägern der wirtschaftlichen Lasten. Nach dieser zusammenfassenden Präsentation einiger Aspekte im Zusammenhang mit der Analyse der

Gesundheitskosten gilt es abschliessend auf die Vielfalt und die Komplexität der Parameter, die auf die Finanzströme Einfluss nehmen, aufmerksam zu machen. Hinter diesen Zahlen verbergen sich Menschen, Fachleute im Gesundheitsbereich und Kranke, die oft unter materiellen Zwängen, nach besten Kenntnissen und Überzeugungen Sach- und Dienstleistungen des Gesundheitswesens anbieten und konsumieren. Eine detaillierte Analyse auf dieser Ebene entzieht sich unseren Möglichkeiten. ■

# Die neue Gesetzgebung der Arbeitslosenversicherung (zweite Teilrevision des AVIG)

Nach einer langen Beratungsphase hat das Parlament am 23. Juni 1995 die zweite Teilrevision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) verabschiedet. Die Neuregelung soll in zwei Etappen, und zwar auf Anfang 1996 und 1997 in Kraft gesetzt werden. Die Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung (AVIV) ist am 22. September 1995 eröffnet worden. Im folgenden werden die Details der neuen Gesetzgebung und teilweise auch die Absichten des Verordnungsgebers erläutert.



DR. IUR. HANS J. PFITZMANN,  
CHEF DER ABTEILUNG  
ARBEITSLSENVERSICHERUNG  
IM BIGA

Die neue Gesetzgebung ist ein sozialpolitischer Kompromiss, der definitiv im Frühjahr 1995 in Solothurn von den Sozialpartnern festgeschrieben wurde. Die Revision bringt einerseits auf der Leistungsseite eine Reihe von Verbesserungen, andererseits wird auch angestrebt, die Finanzlage der Arbeitslosenversicherung in den Griff zu bekommen. Missbräuche sollen – wenn immer möglich – bekämpft werden und der raschen Wiedereingliederung von arbeitslosen Personen kommt erste Priorität zu. Das zuletzt genannte Ziel soll durch eine effizientere Arbeitsvermittlung sowie eine gezielte Beratung der Versicherten und ein ausreichendes Angebot an Bildungs- bzw. vorübergehenden Beschäftigungsmassnahmen seitens der Kantone gesichert werden. Ab Beginn der Arbeitslosigkeit werden die Arbeitslosen beraten und es wird – sofern ihnen keine geeignete Stelle zugewiesen werden kann – die für sie beste arbeitsmarktliche Massnahme zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ermittelt.

## Der Erwerbersatz

### Grundsatz: Leistungen während der gesamten Dauer der zweijährigen Rahmenfrist für den Leistungsbezug

Während einer zweijährigen Rahmenfrist werden Leistungen erbracht, sofern der Versicherte im Sinne einer von ihm zu erbringenden Gegenleistung bereit ist, an einer Umschulungs-, Weiterbildungs- oder Eingliederungsmassnahme (z.B. Beschäftigungsprogramme, Einarbeitungszuschüsse, Förderung der selbständigen Erwerbstätigkeit) teilzunehmen. Verwehrt er diese Gegenleistung, wird sein Taggeldanspruch gesperrt.

### Erwerbersatz bei Unfall/Zweite Säule

In Zukunft sind alle arbeitslosen Personen gegen Nichtbetriebsunfälle versichert. Durchgeführt werden soll diese Versicherung nur noch von einem Unfallversicherer, und zwar der SUVA, wobei dann die Arbeitslosigkeit ein eigenständiges Versicherungsverhältnis zu dieser Anstalt begründet. Künftig werden auf den

Entschädigungen der Arbeitslosenversicherung Prämien für die obligatorische Unfallversicherung erhoben. Die Einzelheiten werden in einer besonderen Verordnung geregelt.

Die Zweite Säule wird für die Risiken Tod und Invalidität auch für die Arbeitslosen obligatorisch.

## Taggelder und Mindestbeitragszeit

### Mindestbeitragszeit und normale Taggelder

Das volle Taggeld beträgt 80 Prozent des versicherten Lohnes, bzw. 70 Prozent für Personen ohne Unterhaltspflicht gegenüber Kindern bzw. für solche Versicherte, deren volles Taggeld mehr als Fr. 130.– beträgt und die nicht invalid sind. Die Degression der Taggelder (bisher Art. 22 Abs. 3 AVIG) wurde aufgehoben. Die Höchstzahl der Taggelder hängt neu nicht mehr von der Zahl der Beitragsmonate, sondern vom Alter der Versicherten ab (Art. 27 Abs. 2 AVIG). Wer innerhalb der Rahmenfrist von zwei Jahren (Art. 9 AVIG) die Mindestbeitragszeit von sechs Monaten erfüllt oder wer von der Erfüllung der Beitragszeit befreit ist, hat ohne Teilnahme an einer arbeitsmarktlichen Massnahme Anspruch auf:

- 150 normale Taggelder bis zum vollendeten 50. Altersjahr;
- 250 normale Taggelder zwischen dem 50. und dem 60. Altersjahr;
- 400 normale Taggelder ab dem 60. Altersjahr.

Hat sich ein Versicherter der Erziehung von Kindern unter 16 Jahren gewidmet und deshalb keine Beiträge bezahlt, so wird diese Zeit in bestimmten Situationen als Beitragszeit angerechnet. Dies ist der Fall, wenn der Versicherte im Anschluss an die Erziehungsperiode aufgrund einer wirtschaftlichen Zwangslage eine unselbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen muss (Art. 13 Abs. 2 bis AVIG).

Wird ein Versicherter innert dreier Jahre nach Ablauf einer Rahmenfrist für den Leistungsbezug erneut arbeitslos, muss er eine Mindestbeitragszeit von 12 Monaten aufweisen (Art. 13 Abs. 1 AVIG). Eine Beschäftigung im Rahmen eines von der Arbeitslosenversicherung finanzierten Programms wird nicht mehr als Beitragszeit anerkannt, hingegen jedoch ein Zwischenverdienst.

**Die aktuellsten Arbeitslosenzahlen nach Berufsgruppen:  
Gruppe der Organisations-, Verwaltungs-, Büro- und Handelsberufe**

	Juli 1994	Juli 1995
Kaufmännische Angestellte, Büropersonal, Buchhalter	25 363	20 695
Einkäufer/innen, Verkaufs-Aufsichtskräfte, Detailhandelsangestellte, Verkäufer/innen, Pharma-Assistent/innen	10 093	9 212
Unternehmer/innen, leitende Beamte und Angestellte	2 589	2 482
Buchhändler/innen, Verlagskaufleute, Drogist/innen, Liegenschafts-, Viehhändler, Handelsreisende und Vertreter, Tankwarte/-wartinnen, Zeitungsverkäufer/innen	2 794	2 335
Korrektor/innen, Programmierer/innen, EDV-Operateur/innen, Datatypistinnen, andere EDV-Berufe	2 233	1 584
Kassierer/innen, Kalkulator/innen, Korrespondent/innen, Empfangssekretär/innen und Reisebüroangestellte	1 172	1 124
Werbefachleute, PR-Fachleute	988	889
Versicherungsinspektoren, Vermittler/innen, Verleiher/innen, Makler/innen	660	578
Hausierer/innen, sonstige ambulante Händler/innen, übrige Kaufleute	609	575
Steuerberater/innen, Treuhänder/innen, Bücherexpert/innen und -revisor/innen, übrige Dienstleistungskaufleute	210	216
Insgesamt	46 711	39 690

Quelle: BIGA

Der Bundesrat kann für Versicherte, die zweieinhalb Jahre vor Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters arbeitslos geworden sind, den Anspruch um höchstens 120 Tage erhöhen. Die Rahmenfrist für den Leistungsbezug wird bei diesen Personen um sechs Monate verlängert (Art. 27 Abs. 3 AVIG).

**Besondere Taggelder**

Neben den normalen Taggeldern richtet die Versicherung bis zum Ablauf der Rahmenfrist besondere Taggelder aus, sofern der Versicherte an einer arbeitsmarktlichen Massnahme teilnimmt (Art. 59b AVIG). Bei Teilnahme an einem Programm zur vorübergehenden Beschäftigung erhält der Versicherte wie im geltenden Recht einen Lohn. Ist dieser geringer als die Arbeitslosenentschädigung, kann der Versicherte bis zum Ende der Rahmenfrist Zwischenverdienst geltend machen.

Reicht im Kanton das Angebot an arbeitsmarktlichen Massnahmen nicht aus, um dem Versicherten nach Bezug der ihm zustehenden norma-

len Taggelder eine vorübergehende Beschäftigung zuzuweisen und ist keine andere arbeitsmarktliche Massnahme angezeigt, erhält der Versicherte ersatzweise 80 besondere Taggelder. Dieser Anspruch auf eine vorübergehende Beschäftigung bzw. auf 80 ersatzweise besondere Taggelder kann innerhalb der Rahmenfrist wiederholt geltend gemacht werden. Maximal kann er somit 520 Taggelder erhalten (Art. 59b Abs. 2 AVIG).

**Wartezeiten und Pauschalansätze**

**Wartezeiten**

Die durch den Bundesbeschluss über Sanierungsmassnahmen in der Arbeitslosenversicherung eingeführten fünf Karenztage wurden im Gesetz verankert (Art. 18 Abs. 1 AVIG). Der Bundesrat wird jedoch zur Vermeidung von Härtefällen bestimmte Versichertengruppen von der Wartezeit ausnehmen. Dabei wird auf die Einkommenshöhe abgestellt werden.

Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind,<sup>1</sup> haben eine Wartezeit von längstens 12 Monaten zu bestehen (Art. 14 Abs. 4 AVIG). Es besteht jedoch nicht die Absicht, die zwölfmonatige Frist auf Verordnungsebene voll auszuschöpfen. Die längste Wartezeit (gemäss Verordnungsentwurf 120 Tage) wird bei Versicherten angewandt, die von der Beitragspflicht befreit sind (Schüler, Maturanden, Studenten) und keine Unterhaltspflicht gegenüber Kindern haben sowie über keine abgeschlossene Ausbildung verfügen. Diese Wartezeit fällt bei Teilnahme an einer arbeitsmarktlichen Massnahme weg (nicht aber für Schulabgänger, Maturanden oder Studienabgänger ohne Berufsabschluss). Bei den anderen Personengruppen sind keine Wartezeiten vorgesehen.

**Pauschalansätze**

Die Pauschalansätze für Leute nach Abschluss einer Berufslehre oder für jüngere, nicht unterstützungspflichtige Personen, die von der Erfüllung der Beitragszeit befreit sind, richten sich nicht mehr wie im geltenden Recht nach dem Erwartungslohn, sondern werden abhängig gemacht vom Alter, dem Ausbildungsstand sowie den Umständen, die zur Befreiung von der Erfüllung der Beitragszeit geführt haben (Art. 23 Abs. 2 AVIG). Damit wird dem Einwand gegen die geltende Regelung Rechnung getragen, wonach eine im Vergleich zum Lehrlingslohn hohe Entschädigung dazu verleitet, im Anschluss an die Ausbildung zulaufen der Arbeitslosenversicherung eine «Ferienphase» einzulegen.

**Regelung der Zumutbarkeit – Zwischenverdienst**

**Vermittlungsfähigkeit und Zumutbarkeit**

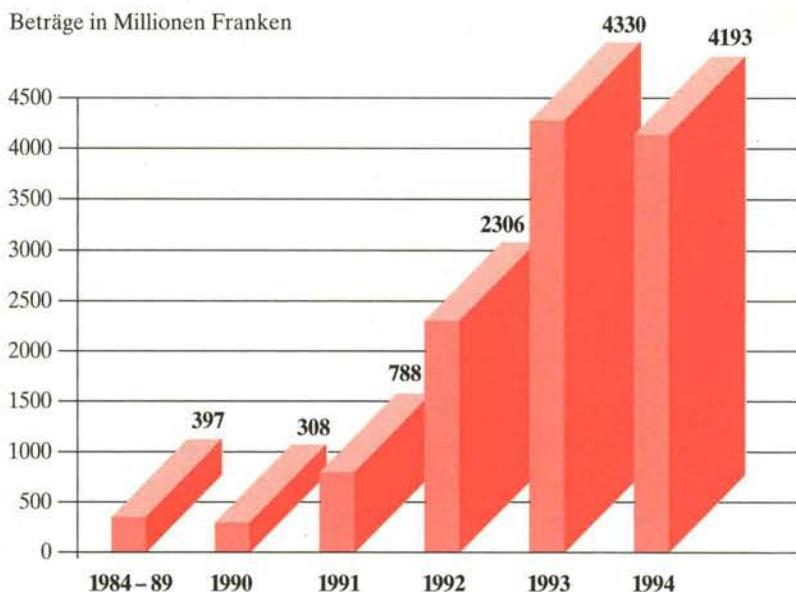
Im Sinne einer Schadensminderung muss ein vermittelbarer Arbeitsloser grundsätzlich jede Arbeit unver-

<sup>1</sup> Von der Beitragszeit befreit ist nach Art. 14 Abs. 1 AVIG, wer innerhalb der zweijährigen Rahmenfrist während insgesamt mehr als zwölf Monaten aus einem der folgenden Gründe nicht in einem Arbeitsverhältnis stand und deshalb die Beitragszeit nicht erfüllen konnte:

- a. Schulausbildung, Umschulung oder Weiterbildung;
- b. Krankheit, Unfall oder Mutterschaft;
- c. Aufenthalt in einer Haft-, Arbeitserziehungs- oder in einer ähnlichen Anstalt.

## Arbeitslosenentschädigungen seit 1984

Beträge in Millionen Franken



Quelle: BIGA

züglich annehmen (Art.16 Abs.1 AVIG). Die Definition der Vermittlungsfähigkeit wurde nicht geändert: vermittlungsfähig ist, wer bereit, in der Lage und berechtigt ist, eine zumutbare Arbeit aufzunehmen (Art.15 Abs.1 AVIG). Neu ist jedoch, dass Versicherte, die eine freiwillige Tätigkeit im Rahmen eines Projektes für Arbeitslose ausüben, als vermittlungsfähig gelten. Zumutbar ist in der Regel jede Arbeit, die 70 bzw. 80 Prozent des letzten Lohnes einbringt, wobei die heute geltenden Ausnahmekriterien in etwa übernommen wurden. Solange ein Versicherter Anspruch auf Differenzausgleich (Zwischenverdienstabrechnung) hat, ist auch eine Arbeit zumutbar, deren Lohn geringer ist als 70 Prozent des versicherten Verdienstes. Bezüglich Reisedauer ist jede Arbeit zumutbar, die eine Hin- bzw. Rückreise von je bis zu zwei Stunden erfordert. Dabei wird auf die effektiv erforderliche Reisezeit abgestellt.

Mit der Revision wurde auch die Basis geschaffen, dass die berufliche, soziale oder psychologische Beratung durch die Arbeitslosenversicherung bezahlt werden kann (Art.17 Abs.5 AVIG). Damit soll in schwierigen Situationen der Wiedereinstieg gezielt gefördert werden.

### Zwischenverdienst

Aufgrund der verschärften Zumutbarkeitsregelung wurde die Dauer

der Anrechnung von Zwischenverdienst verlängert. Ein Anspruch auf Ersatz des Verdienstaufalles besteht neu während 12 Monaten (Art.24 Abs.2 AVIG). Versicherte mit Unterhaltspflichten gegenüber Kindern sowie Versicherte, die über 45 Jahre alt sind, können diesen Anspruch während längstens zwei Jahren geltend machen. Der Entschädigungssatz beträgt nicht mehr generell 80 Prozent, sondern richtet sich nach dem Taggeldansatz (70 oder 80 %).

### Zuschüsse zur Ausbildung und zur Förderung der selbständigen Erwerbstätigkeit

Der Gesetzgeber will mit dem neuen Gesetz alles unternehmen, damit ein Arbeitsloser seine Chance zum Wiedereinstieg verbessern kann. Deshalb kommen neben den bereits im geltenden Recht bestehenden Massnahmen (Kurse, Programme zur vorübergehenden Beschäftigung, Einarbeitungszuschüsse, Wochen- aufenthaltsbeiträge, Pendlerkosten) neu noch Ausbildungszuschüsse (Art.66a AVIG) und die Leistungen zur Förderung der selbständigen Erwerbstätigkeit (Art.71a AVIG) hinzu. Die Versicherung kann an eine höchstens dreijährige Ausbildung Zuschüsse gewähren, sofern der Versicherte mindestens 30 Jahre alt ist und über keine abgeschlossene

oder über eine veraltete berufliche Ausbildung verfügt. Es muss ein Ausbildungsvertrag vorliegen. Einem Arbeitslosen, der sich selbständig machen will, richtet die Versicherung während der Planungsphase bis zu 60 besondere Taggelder aus. Dafür muss jedoch ein Grobkonzept für eine wirtschaftlich tragfähige und dauerhafte selbständige Erwerbstätigkeit vorgelegt werden: Während dieser Zeit braucht der Versicherte nicht vermittlungsfähig zu sein.

### Kontrolle und Sanktionen

Das neue Gesetz dehnt den Leistungsbezug auf maximal 520 Taggelder aus, was sozialpolitisch weitblickend ist. Da aber mit der neuen Konzeption der Arbeitslosenversicherung einerseits die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt intensiviert werden soll, werden auf der anderen Seite die Sanktionen verschärft bei einem Verhalten des Versicherten, das diesem Ziel widerspricht. Die maximale Einstellungsdauer wird deshalb von 40 auf 60 Tage erhöht (Art.30 Abs.3 AVIG). Weigert sich ein Versicherter trotz Einstellung in der Anspruchsbeziehung wegen Nichtbefolgen einer Weisung des Arbeitsamtes, an einer arbeitsmarktlichen Massnahme teilzunehmen, so wird ihm der Leistungsanspruch gänzlich verweigert, bis er bereit ist, an einer solchen Massnahme teilzunehmen. Der Bundesrat hat in der Verordnung die Mindestdauer der Einstellung für einzelne Sachverhalte definiert (Art.30 Abs.3bis AVIG). Er hat dabei darauf abgestellt, in welchem Ausmass dem Versicherten Vorwürfe gemacht werden können.

Mit der definitiven Einführung der zweiten Revision des AVIG sollte grundsätzlich auch das «Stempeln» wegfallen. Dies heisst aber nicht, dass keine Kontrolle stattfindet. Zweimal pro Monat wird der Arbeitslose in Zukunft Kontakt mit der verantwortlichen Amtsstelle haben.

### Arbeitsmarktliche Massnahmen und Durchführung

#### Arbeitsmarktliche Massnahmen

Um in den Genuss von besonderen Taggeldern zu kommen, muss der Versicherte bereit sein, an einer ar-

beitsmarktlichen Massnahme teilzunehmen. Diese Verpflichtung ist nur dann gerechtfertigt, wenn die Kantone entsprechende Massnahmen zur Verfügung stellen. Gesamtschweizerisch müssen bei Inkrafttreten der Revision 25000 Plätze im Sinne einer arbeitsmarktlichen Massnahme geschaffen werden (Art. 72b Abs. 1 AVIG). Es handelt sich dabei keineswegs um «Zwangsmassnahmen», sondern um Tätigkeiten, die für die zukünftige Tätigkeit der Arbeitslosen von Nutzen sind. Der Bundesrat verteilt diese Plätze auf die einzelnen Kantone unter Berücksichtigung der Zahl der Arbeitslosen und der Einwohnerzahl. So muss z.B. Zürich ca. 4190, Bern ca. 3110 und Waadt ca. 2880 Plätze schaffen. Stellt ein Kanton diese Mindestzahl an Plätzen nicht zur Verfügung, muss er sich zu 20 Prozent an den Kosten für die ersatzweise auszurichtenden besonderen Taggelder beteiligen.

Pro Jahresplatz haben die Kantone einen Pauschalbetrag von Fr. 3000.– zu bezahlen, unabhängig von der Art der Massnahme (Art. 72c AVIG). Dieser Pauschalbetrag gilt nur für die Mindestzahl an Plätzen, die ein Kanton zur Verfügung stellen muss. Stellen die Kantone mehr Massnahmen zur Verfügung, so haben sie für diese zusätzlichen Massnahmen keinen Beitrag mehr zu entrichten.

### Die neue Organisation der Arbeitsvermittlung

Die Arbeitsvermittlung soll sich gesamtschweizerisch neu konsequent auf interinstitutionell tätige regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV) abstützen (Art. 85b AVIG). Diese RAV werden beraten und begleitet von einer tripartiten Kommission, bestehend aus den Arbeitsmarktbehörden und den Sozialpartnern (Art. 85c AVIG). Diesen Kommissionen kommen keine hoheitlichen Funktionen zu.

Bis zum 1. Januar 1997 müssen die Kantone regionale Arbeitsvermittlungszentren einrichten und können diesen Aufgaben der kantonalen Amtsstellen sowie der Gemeindearbeitsämter übertragen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben dürfen die regionalen Arbeitsvermittlungszentren Private beziehen. Die Kosten für die Schaffung und den Betrieb dieser Zentren werden vom Ausgleichsfonds übernommen. Diese Beiträge werden teilweise von den er-

brachten Leistungen abhängig gemacht.

### Kurz- und Schlechtwetterentschädigung

Kurzarbeitsentschädigung wird innerhalb von zwei Jahren während maximal 12 Abrechnungsperioden ausgerichtet. Der Arbeitsausfall darf während höchstens 4 Abrechnungsperioden 85 Prozent und mehr der normalen betrieblichen Arbeitszeit betragen. Bei der Berechnung des Höchstanspruchs werden die Abrechnungsperioden der Schlechtwetterentschädigung mitberücksichtigt (Art. 44a AVIG). Pro Abrechnungsperiode gilt eine Karenzzeit von höchstens drei Tagen, wobei im Verordnungsentwurf maximal 2 Karenztage vorgesehen sind.

Die Schlechtwetterentschädigung wird auf maximal sechs Abrechnungsperioden innerhalb von zwei Jahren beschränkt. Pro Abrechnungsperiode gibt es eine Karenzzeit von drei Tagen (Art. 43 Abs. 3 AVIG).

### Finanzierung

#### Laufende Verpflichtungen

Wie bei der heute geltenden Regelung beträgt der Beitragssatz maximal 3 Prozent (Art. 4 AVIG). Der beitragspflichtige Lohn entspricht dem für die obligatorische Unfallversicherung massgebenden Höchstbetrag von zurzeit Fr. 97 200.– pro Jahr.

Bei ausserordentlichen Verhältnissen leistet der Bund A-fonds-perdu-Beiträge in der Höhe von 5 Prozent der laufenden Ausgaben. Ausserordentliche Verhältnisse liegen neu vor, wenn:

- 2 % für die laufenden Ausgaben nicht genügen oder
- der Ausgleichsfonds Schulden machen muss.

Sind die laufenden Verpflichtungen auch nach den A-fonds-perdu-Beiträgen durch den Bund noch immer nicht gedeckt, gewähren der Bund und die Kantone Darlehen zu einem angemessenen Zins (Art. 90 Abs. 4 AVIG). Bei der Bestimmung der Anteile der Darlehen wird die Finanzkraft der Kantone und neu die Einwohnerzahl anstelle des Grades der Arbeitslosigkeit berücksichtigt.

### Schuldentilgung

Für die Tilgung der bis Ende 1995 aufgelaufenen Schulden sind zwei Massnahmen vorgesehen:

- Erhöhung des Beitragssatzes um 1 Prozent (bereits im Gesamtbeitrag von 3 % enthalten);
- Erhöhung des beitragspflichtigen Lohnes auf das Zweieinhalbfache des für die obligatorische Unfallversicherung massgebenden Lohnes (z.Z. 243 000.–), wobei auf den Lohnsummen zwischen 97 201.– und 243 000.– lediglich 1 Prozent entrichtet werden muss.

Bei der Festlegung des Finanzierungskonzepts ging das Parlament davon aus, dass die heute bestehenden Schulden bis im Jahr 2000 abgebaut sind. Voraussetzung dafür ist, dass die Arbeitslosenzahlen weiterhin sinken und dass keine Verschiebungen bei den verschiedenen Finanzquellen eintreten.

### Inkrafttreten

Die zweite Revision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes wird in Etappen in Kraft gesetzt werden, die erste Etappe voraussichtlich auf den 1. Januar 1996, die zweite ein Jahr später.

Auf Anfang 1996 sollen im wesentlichen folgende Bestimmungen in Kraft gesetzt werden:

- höherer beitragspflichtiger Lohn und höherer Beitragssatz;
- neue Zumutbarkeitsregelung;
- neue Pauschalansätze;
- Wartetage für jugendliche Versicherte;
- regionale Arbeitsmarktzentren;
- neue Kurzarbeits- und Schlechtwetterregelung;
- Versicherung gegen Nichtbetriebsunfälle.

Folgende Bestimmungen sollen erst am 1. Januar 1997 in Kraft treten:

- neues Taggeldregime mit normalen und besonderen Taggeldern;
- Anspruch auf vorübergehende Beschäftigung bzw. auf Ersatztaggelder bei Fehlen eines Angebots;
- Verpflichtung der Kantone, ein Mindestangebot an arbeitsmarktlichen Massnahmen zur Verfügung zu stellen (25000 Plätze);
- Mindestbeitragszeit von 12 Monaten im Wiederholungsfall;
- Obligatorium der beruflichen Vorsorge für den Todes- und Invaliditätsfall. —

# Pflegebedürftigkeit und Soziale Sicherheit: Die europäischen Minister ziehen Bilanz

**Die Zahl der Personen, die im täglichen Leben auf Hilfe angewiesen sind, nimmt stetig zu. Diese Entwicklung, die eng mit der demografischen Alterung verbunden ist, stellt eine der wichtigsten Herausforderungen für die Systeme des Gesundheitswesens und des sozialen Schutzes in den hochentwickelten Staaten dar. Nach der OECD<sup>1</sup> hat nun der Europarat anlässlich der 6. Konferenz der europäischen Sozialminister in Lissabon im vergangenen Mai über diese Frage diskutiert.**

VON CYRIL MALHERBE, ADJUNKT IN DER ABTEILUNG INTERNATIONALE ANGELEGENHEITEN, BSV

Gebrechliche ältere Menschen sind nicht die einzigen, die für die Fortbewegung oder für die Haushaltsführung auf Hilfe und Pflege angewiesen sind oder die in ein Krankenhaus oder Pflegeheim eingewiesen werden müssen. Dennoch steht das Interesse, das die Industriestaaten dem Phänomen der Pflegebedürftigkeit entgegenbringen, in direktem Zusammenhang mit der Alterung der Bevölkerung. In den meisten europäischen Ländern wird die Zahl der über 80jährigen weiter zunehmen. Man weiss, dass ein Grossteil unter ihnen regelmässige Pflege und soziale Betreuung benötigt. In der Schweiz, wie auch in Belgien oder Grossbritannien, dürfte sich die Zahl der über 80jährigen in den nächsten fünfzig Jahren fast verdoppeln, danach wieder abnehmen. Da sich die Lebenszeit, während der die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, langsamer als die normale Lebensdauer erhöht, dürfte die durchschnittliche Invaliditätsdauer bei den Hochbetagten weiter zunehmen. Diese Tendenz lässt einen starken Zuwachs bei der Inanspruchnahme von Sozial- und Gesundheitsleistungen durch ältere Menschen erahnen.

Welche Rolle hat die Soziale Sicherheit in diesem Zusammenhang also zu spielen? Über deren Finanzierung wird in den europäischen Ländern heftig diskutiert, und dies aus gutem Grund; denn die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

nimmt ab, die Arbeitslosigkeit reduziert die Zahl der Erwerbstätigen, während diese wiederum Gefahr laufen, durch die Erhöhung der Sozialabgaben an Kaufkraft zu verlieren. Die Schweiz bleibt von dieser Entwicklung nicht verschont. Sie hatte aber noch andere Gründe, sich für diesen Punkt auf der Tagesordnung zu interessieren. In der Schweiz wird bei der Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen sowohl auf die Kantone und Gemeinden (insbesondere für die Unterbringung in Pflegeheimen und für Spitex-Leistungen), auf Wohlfahrtsverbände oder karitative Werke und nicht zuletzt auch auf die Familie oder die Nachbarschaft zurückgegriffen. Das System der Sozialen Sicherheit stellt deswegen nicht einen weniger wichtigen Teil dar: Es sichert das Existenzminimum der älteren Bevölkerung und ermöglicht, dank der beruflichen Vorsorge, sogar die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung; zudem finanziert es den Grossteil der Kosten, die von pflegebedürftigen Betagten verursacht werden. Die Entwicklung der ausländischen Systeme sowie der Fortschritt des diesbezüglichen Denkprozesses auf internationaler Ebene können uns also nicht gleichgültig sein.

In Lissabon haben die Minister das Problem der Pflegebedürftigkeit einerseits unter dem Gesichtspunkt der spezifischen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, der Kosten sowie

der Finanzierung und andererseits unter dem Aspekt der sozialen Sicherung angegangen. Vierunddreissig Mitgliedstaaten des Europarates waren vertreten. In Abwesenheit von Bundesrätin Ruth Dreifuss wurde die Delegation von Verena Brombacher, Vizedirektorin in der Abteilung Internationale Angelegenheiten des BSV, geleitet. Verschiedene Beobachterstaaten, insbesondere die USA, und einzelne internationale Organisationen waren ebenfalls anwesend.

## Eine Vielfalt von Systemen

Die Minister mussten sich anlässlich der Konferenz mit der Tatsache abfinden, dass die Daten für aussagekräftige quantitative Vergleiche fehlen. Der Schutz von pflegebedürftigen Betagten durch die Soziale Sicherheit wird in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich gehandhabt und es gibt keine Universalösung, die für die Staaten bei der Suche nach neuen Instrumenten wegweisend sein könnte – eine Feststellung, welche die Vielfältigkeit unseres Kontinentes widerspiegelt. Was konnte man also angesichts einer solchen Ausgangslage von einer internationalen Begegnung erwarten?

Als erstes war es wichtig, die heutige Situation besser zu kennen. In dieser Hinsicht hat die Konferenz die Einsicht vermittelt, dass sich alle Länder – wie unterschiedlich sie auch sein mögen – mit ähnlichen Problemen konfrontiert sehen, die insbesondere mit der Kapazität der Spitex-Systeme, der Komplexität der Organisationsstrukturen, der fehlenden Koordination zwischen den Leistungserbringern oder auch der langsamen Entwicklung im Bereich der Kontrolle der Pflegeleistungen im Zusammenhang stehen. Weitere gemeinsame Tendenzen in Europa wurden ebenfalls aufgezeigt: Z.B. wird der Bedarf an Langzeitpflege zunehmen, wobei allerdings aus makroökonomischer Sicht entsprechende Schätzungen schwierig sind. Aufgrund gemeinsamer Daten, die zur Verfügung standen, konnte die Grössenordnung der Gesamtkosten der Pflegebedürftigkeit aufgezeigt werden. Es wurde auf die Vielfalt unter den öffentlichen Finanzie-

<sup>1</sup> Siehe den Beitrag in der «Sozialen Sicherheit» 4/1994 S.184.

I  
N  
T  
E  
R  
N  
A  
T  
I  
O  
N  
A  
L

rungsmodellen hingewiesen, und man hat feststellen können, dass die bisherigen Reformen nur wenig gemeinsam haben, ausser dem Bestreben, untragbare wirtschaftliche Folgen zu vermeiden. Diese Feststellungen haben es erlaubt, eine erste Bilanz zu ziehen. Die Minister haben anschliessend die verschiedenen Expertenvorschläge zur Kenntnis genommen, die nun von den einzelnen Ländern geprüft und auf die zukünftigen Arbeiten des Europarates in diesem Bereich Einfluss nehmen werden.

#### **Unterschiedliche Betrachtungsweisen: eine unumstössliche Realität**

Am deutlichsten zeigt sich der Nutzen der Konferenz, indem sie die Unterschiede der Betrachtungsweisen veranschaulicht. Dies nicht in den innenpolitischen Belangen (wo jedes Land autonom bleibt), sondern bei den Massnahmen, die es auf europäischer Ebene zu treffen gilt. Durch den Vergleich der einzelnen Gesichtspunkte konnten sich die Delegationen ein Bild davon machen, was realistischerweise machbar erscheint. Während alle europäischen Staaten der Ansicht sind, dass pflegebedürftige Personen ein Anrecht auf einen ausreichenden sozialen Schutz haben, und überzeugt sind, dass eine bessere Koordination zwischen der Sozialen Sicherheit und der Sozialhilfe notwendig ist, glaubt nur eine Minderheit der Staaten, dass die Pflegebedürftigkeit ein Risiko darstellt, das es als solches zu decken gilt, gleich wie das Krankheits- oder Invaliditätsrisiko. Deutschland verfügt mit der vielbeachteten «Pflegeversicherung» bereits über eine solche Lösung, die nun auch Belgien und Luxemburg einzuführen gedenken. In Österreich kennt man mit dem sogenannten «Pflegegeld» ein ähnliches System, bei welchem der Leistungsanspruch nicht von der Ursache der Pflegebedürftigkeit abhängt. Die meisten nationalen Systeme bieten jedoch keine spezifischen Leistungen für Pflegebedürftige an und kennen kein «Pflegebedürftigkeitsrisiko». Die Ausarbeitung eines internationalen Textes, der die Pflegebedürftigkeit als selbständiges Risiko deklariert, war somit nicht realistisch.

Wäre es unter Umständen angebracht gewesen, den anwesenden

Staaten «Modellbestimmungen» über den sozialen Schutz von pflegebedürftigen Menschen vorzuschlagen? Angesichts der Unterschiede bei den nationalen Systemen muss diese Frage verneint werden. Denn je nach Land werden Pflegebedürftige entweder von der Sozialen Sicherheit, der Sozialhilfe oder von beiden zusammen unterstützt. Zum einen werden diese Bar- oder Sachleistungen aus den Steuern finanziert, zum andern durch Beiträge oder auch durch beide gleichzeitig.

#### **Fortschritte brauchen Zeit**

Dennoch ist man sich in Europa über gewisse Ziele, die es zu erreichen gilt, einig. Eines dieser erklärten Ziele ist von grundsätzlicher Bedeutung. Es besteht darin, einer pflegebedürftigen Person zu ermöglichen, so lange als möglich in ihrer gewohnten Umgebung zu leben. Da den europäischen Staaten somit eine gemeinsame «Philosophie» zugrundeliegt, darf man hoffen, dass sie in der Lage sein werden, ihre unterschiedlichen Systeme gegenseitig besser zu verstehen und die Kenntnisse über die Herausforderungen, denen es zu begegnen gilt, zu vertiefen. Nur einzelne Delegationen haben es gewagt, sich zur Rolle, die der Europarat in diesem Zusammenhang spielen könnte, zu äussern. Ohne Zweifel rührt dies daher, dass das Phänomen der Pflegebedürftigkeit noch wenig erfasst wurde. Es muss ein gewisser Reifeprozess stattfinden, bevor auf internationaler Ebene gehandelt werden kann. Es ist nicht nur zufällig, dass die Kommission der Europäischen Gemeinschaften die alleinige Kompetenz der Mitgliedstaaten hervorhebt, und die Europäische Union, die doch verschiedene Massnahmen zugunsten von behinderten und älteren Menschen ins Leben gerufen hat, im Moment in bezug auf pflegebedürftige Menschen keine spezifischen Massnahmen zu unternehmen gedenkt<sup>2</sup>.

In den einzelnen Staaten ist ein breitgefächertes Denkprozess im Gang. Er stützt sich auf die vorhandenen Systeme, aber auch auf neue mögliche Wege: So sind gewisse Leistungen zugunsten pflegebedürftiger Personen «gemischte» Leistungen, die schwierig zuzuordnen sind. In Österreich zum Beispiel gibt es in diesem Bereich Regelungen, die weder der Sozialen Sicherheit noch der

Sozialhilfe zugehören («Pflegevorsorge»). In Spanien ist man der Ansicht, dass man sich nicht auf die klassischen Leistungen der Sozialen Sicherheit versteifen sollte, und regt deshalb zu neuen, transversalen Überlegungen an. In mancher Hinsicht scheint sich denn die Unterscheidung zwischen der Sozialen Sicherheit und der Sozialhilfe zu relativieren. Durch die vorhandenen Kategorien fühlen sich die Staaten eingegrenzt, und sie scheinen nun zum ersten Mal bereit zu sein, sich von ausgetretenen Pfaden wegzubewegen. Wohin der Weg führt, ist schwer auszumachen. Der Europarat bietet auf jeden Fall einen angemessenen Rahmen, um eine vertiefte Studie durchzuführen und Vergleichskriterien zu erarbeiten. Auf dieses Ziel hin wird man künftig in Strassburg arbeiten. —

(Aus dem Französischen übersetzt)

<sup>2</sup> Für Ende 1995 ist dennoch im Rahmen eines von der Europäischen Kommission erarbeiteten mittelfristigen Aktionsprogrammes im sozialen Bereich (1995–1997) eine Expertendiskussion vorgesehen, mit dem Ziel, einen vergleichenden Bericht über die Situation in allen Mitgliedstaaten vorzubereiten (ein Bericht über die Situation in sechs EU-Staaten ist bereits erschienen).

**AHI-Vorsorge**

**94.3175. Motion SRK, 24.5.1994:  
Gleiches Rentenalter und 11. AHV-  
Revision**

Der Nationalrat hat diese vom Ständerat bereits angenommene Motion (CHSS 1994 S. 146) am 2. Oktober 1995 ebenfalls gutgeheissen und an den Bundesrat überwiesen. Gegen die Überweisung wurde zwar von linker und grüner Seite opponiert. Bundesrätin Dreifuss erklärte sich zur Entgegennahme bereit, betonte jedoch, das künftige Rentenalter werde in Richtung stärkerer Flexibilisierung gehen müssen.

**94.3208. Motion Tschopp, 8.6.1994:  
Indikatoren für AHV-Revisionen**

Der Ständerat hat diese Motion des Nationalrates (CHSS 1994 S. 191) am 4. Oktober 1995 ebenfalls angenommen.

**94.3377. Motion SGK-SR, 28.9.1994:  
Konsolidierung und einheitlicher  
Vollzug der IV**

Der Nationalrat hat diese vom Ständerat bereits angenommene Motion (CHSS 1994 S. 298 und 1995 S. 51) am 28. September 1995 ebenfalls gutgeheissen.

**95.1074. Einfache Anfrage Hafner  
Ursula, 21.6.1995: Unsoziale Folgen der  
AHV-Revision für EL-Bezügerinnen**

Nationalrätin Hafner hat folgende Anfrage eingereicht:

«Die 10. AHV-Revision soll eine Revision zugunsten der sozial Schwächeren und der Frauen sein. Doch ausgerechnet die Schwächsten unter ihnen – das heisst: die geschiedenen Rentnerinnen, die auf Ergänzungsleistungen angewiesen sind und die gestützt auf den Bundesbeschluss vom 1.1.94 ihren Anspruch auf Erziehungsgutschriften geltend gemacht haben – gehören zu den Verliererinnen: Sie erhalten zwar eine etwas höhere Rente, doch ihre EL wird entsprechend reduziert. Die EL sind steuerbefreit, die Rente hingegen ist voll zu versteuern. Deshalb bleibt diesen Frauen weniger als vorher, wenn sie ihre Steuerrechnung bezahlt haben.

Den geschiedenen Rentnerinnen steht es frei, ihren Anspruch auf Erziehungsgutschriften geltend zu machen. Wir wissen, dass deshalb heute geschiedene Rentnerinnen bewusst darauf verzichten.

Ich frage deshalb den Bundesrat:

1. Wieviele anspruchsberechtigte Rentnerinnen haben bis heute ihren Anspruch auf Betreuungsgutschriften geltend gemacht? Wie verhält sich diese Zahl zum Total aller Anspruchsberechtigten?

2. Wieviele anspruchsberechtigte Rentnerinnen beziehen sowohl eine Rente als auch eine Ergänzungsleistung?

3. Geht der Bundesrat mit mir einig, dass es sich bei der beschriebenen Verschlechterung um eine ungewollte – wenn nicht gar paradoxe – Folge der 10. AHV-Revision handelt?

4. Wie gedenkt er beim Vollzug der 10. AHV-Revision die unerwünschte Folge zu beseitigen (oder – im Falle eines Neins in der Volksabstimmung – bei der Überarbeitung der Revisionsvorlage respektive der Überführung des befristeten Rechts ins ordentliche Recht dieser Ungerechtigkeit Rechnung zu tragen)?»

*Der Bundesrat hat die Anfrage am 13. September 1995 wie folgt beantwortet:*

«1. Ende 1994 bezogen in der Schweiz rund 38000 geschiedene Frauen eine ordentliche Altersrente der AHV und rund 9000 geschiedene Frauen eine ordentliche IV-Rente. Im gleichen Zeitpunkt wurden ca. 2000 ausserordentliche (beitragsunabhängige) Altersrenten und 800 ausserordentliche IV-Renten an geschiedene Frauen ausgerichtet. Bis Ende 1994 kamen in der AHV etwa 15000 und in der IV rund 5000 geschiedene Frauen in den Genuss der Anrechnung von Erziehungsgutschriften. Im Durchschnitt ergab sich daraus, bezogen auf alle geschiedenen Rentnerinnen, eine Rentenverbesserung von monatlich 200 Franken in der AHV und 350 Franken in der IV.

2. 18200 geschiedene Frauen bezogen im März 1994 eine Ergänzungsleistung. Das entspricht einem Anteil von 35,5 Prozent. Dieser Anteil ist mehr als doppelt so hoch wie bei allen Rentenbezügerinnen.

Die Auswirkungen der Erziehungsgutschriften auf die EL können noch nicht abschliessend beurteilt werden. Geht man aber von der Annahme aus, dass die Erziehungsgutschriften bereits 1993 in Kraft gewesen wären, so ergibt sich folgendes Bild. Von den 18100 geschiedenen EL-Bezügerinnen im März 1993 hätten 5800 Frauen Anspruch auf Gutschriften und erhielten damit

eine höhere Rente. Aufgrund dieser neuen Rente wurde die neue Ergänzungsleistung berechnet. Das Ergebnis daraus lautet wie folgt:

- 1100 EL-Bezügerinnen würden aus dem EL-System herausfallen. Ihre Rente erhöhte sich im Durchschnitt um 590 Franken im Monat, ihre Ergänzungsleistung betrüge aber nur 320 Franken im Monat. Im Durchschnitt würde diese Gruppe 270 Franken im Monat mehr als vor der Einführung der Erziehungsgutschriften erhalten;

- 4700 Frauen würden weiterhin EL-berechtigt bleiben. Ihre Rente erhöhte sich im Durchschnitt um 300 Franken im Monat. Die Ergänzungsleistung fiel um 280 Franken niedriger aus. Damit würde diese Gruppe monatlich im Durchschnitt 20 Franken mehr erhalten.

3. Der Bundesrat hat das Parlament über den Zusammenhang zwischen Rentenverbesserungen und Reduktion von Ergänzungsleistungen immer offen informiert. Bereits in seiner Botschaft zur 10. AHV-Revision hat er den Zusammenhang zwischen den Leistungsverbesserungen für geschiedene Personen und den daraus resultierenden Einsparungen bei den Ergänzungsleistungen detailliert aufgezeigt (BB1 1990 II 66). Schliesslich weist auch bereits der im Zeitpunkt der parlamentarischen Beratung des Bundesbeschlusses über Leistungsverbesserungen in der AHV und der IV sowie ihre Finanzierung vorliegende Schlussbericht des Arbeitsausschusses Splitting der vorberatenden Kommission des Nationalrates darauf hin, dass die durch das Splitting ermöglichten Leistungsverbesserungen in der AHV/IV Einsparungen bei den Ergänzungsleistungen von rund 100 Mio. Franken zur Folge hätte (Schlussbericht, S. 27).

Die in der Einfachen Anfrage angesprochene Problematik ist im übrigen nicht neu. Sie stellt sich nämlich bei jeder Anhebung des Rentenniveaus in der AHV/IV, namentlich auch bei der Einführung der neuen Rentenformel. Gerade bei den geschiedenen Frauen traten die in der Anfrage gerügten Wirkungen bereits unter dem vor dem Bundesbeschluss geltenden Recht ein, dann nämlich, wenn geschiedene Frauen nach dem Tod ihres ehemaligen Ehemannes die Neuberechnung ihrer Renten auf den Grundlagen einer Witwenrente, d.h. unter

Berücksichtigung der kumulierten Einkommen von Mann und Frau verlangen könnten (Art. 31 Abs. 3 AHVG). Ein Ziel von realen Rentenverbesserungen ist es immer auch, dass Personen, die Renten beziehen, in geringerem Mass oder gar nicht mehr auf EL angewiesen sind.

**4.** Der Bundesrat ist aber bereit zu prüfen, inwiefern die Leistungsverbesserungen der 10. AHV-Revision (insbesondere die Rentenformel und die Erziehungs- und Betreuungsgutschriften für alle) zu einer realen Verbesserung der Lage der EL-Bezüglerinnen und Bezüger führen könnten. Dies ist Aufgabe der 3. EL-Revision. Im Rahmen dieser Revision steht bei den Abzugsmöglichkeiten insbesondere auch der Übergang von der Nettomiete zur Bruttomiete zur Diskussion. Die Kosten dieser Massnahme (50 Mio. Franken) entsprechen den durch die 10. AHV-Revision bei den Ergänzungsleistungen realisierten Einsparungen. Der Bundesrat hält es für wünschenswert, diese Verbesserung zusammen mit der 10. AHV-Revision in Kraft zu setzen.»

**95.3012. Postulat Rechsteiner, 25. 1. 1995: Pensionskassen und Derivate**

Der Nationalrat hat dieses Postulat (CHSS 1995 S. 109) am 25. September 1995 angenommen und an den Bundesrat überwiesen.

**95.3051. Motion Frick, 2. 2. 1995: BVG-Witwerrente**

Der Ständerat hat die Motion (CHSS 1995 S. 109) am 4. Oktober 1995 angenommen.

**Gesundheit**

**95.1094. Einfache Anfrage Gross Andreas, 23. 6. 1995: Zur Praxis der SUVA und des EVG**

Nationalrat Gross hat folgende Anfrage angereicht:

«1982 verunfallt ein Gastarbeiter in einem Giessereibetrieb in Olten: Der knapp fünfzigjährige Arbeiter fällt aus 5 m in die Tiefe, verletzt den Brustkorb an einer Eisenstange. Er wird hospitalisiert, Rippenbrüche und in Atemwegen geplatzte Blutgefässe werden festgestellt. Nach gut zwei Monaten nimmt der italienische Ofenarbeiter seine Arbeit wieder auf, doch die austretenden Gase quälen ihn, er leidet an Erstickenfällen. Der Hausarzt stellt begin-

nende asthmatische Erkrankung fest, belässt ihn aber am Arbeitsplatz. Die SUVA kontrolliert den Arbeiter nicht nach. Der Arbeitgeber meldet der SUVA den sich verschlechternden Gesundheitszustand des Arbeiters nicht, die Giesserei wird geschlossen. Aufgrund seiner körperlichen Erkrankung hat der Arbeiter Angst vor der beruflichen Zukunft und wird depressiv. Der Sohn, selber Arzt, lässt den Vater von der SUVA auf eine berufs- bzw. unfallbedingte Invalidität abklären. Es gibt medizinische Beweise über den Zusammenhang zwischen dem Unfall, der jahrelangen Exposition zu atemwegschädigenden Giften in der Giesserei und der Invalidität des Gastarbeiters. Doch der Sohn wird nicht gehört. Das Eidgenössische Versicherungsgericht weist die Beschwerde ab und geht auf die Gegenbeweise des Italieners und seines Sohnes nicht ein.

Wie ist es möglich, dass ein Schwerarbeiter jahrelang als gesunder Mann am Giessereiofen arbeitet, verunfallt, nach dem Trauma zusätzlich geschädigt wird, keine prophylaktischen Massnahmen getroffen werden und er letztlich von der SUVA keine gerechte Entschädigung kriegt?»

*Die Antwort des Bundesrates vom 16. August 1995 lautet:*

«Die Anfrage betrifft einen konkreten Fall, der von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt und den zuständigen Gerichten, als letzte Instanz vom Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG), entschieden worden ist. Das EVG als Sozialversicherungsabteilung des Bundesgerichts ist innerhalb seiner richterlichen Tätigkeit unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen (Art. 21 Abs. 3 Bundesrechtspflegegesetz). Als Folge des Prinzips der Gewaltentrennung steht es dem Bundesrat nicht zu, sich darüber zu äussern, ob ein bestimmtes Urteil dieses Gerichts richtig ist. Als ordnungsgebende Behörde und Aufsichtsbehörde über den Vollzug von Gesetzen und Verordnungen ist der Bundesrat allerdings interessiert, über nicht befriedigende gesetzliche Regelungen informiert zu sein. Die Verhütung von Berufskrankheiten der beschriebenen Art ist ein wichtiges Anliegen des Bundesrates. Er wird deshalb bei der nächsten Überarbeitung der entsprechenden Vorschrif-

ten der mit vorliegender Anfrage signalisierten Problematik, soweit dies möglich ist, Rechnung tragen.»

**95.3255. Interpellation Borer Roland, 12. 6. 1995: Liberalisierung der Unfallversicherung**

Nationalrat Borer hat folgende Interpellation eingereicht:

«Ich bitte den Bundesrat um die Beantwortung folgender Fragen:

- 1.** Erachtet der Bundesrat ein Versicherungsmonopol, wie es der SUVA gewährt wird, als zeitgemäss oder gehört zu einem deregulierten und liberalisierten Markt nicht auch der Dienstleistungsbereich der Unfallversicherungen?
- 2.** Ist der Bundesrat bereit, das Monopol der SUVA im Unfallversicherungsbereich aufzuheben und diesen Versicherungszweig für weitere Anbieter zu öffnen?
- 3.** Ist der Bundesrat nicht auch der Meinung, dass eventuell notwendige Prämien erhöhungen durch die Versicherten eher akzeptiert würden, wenn der Markt spielen würde; d.h. wenn bei einem allfälligen Anheben der Prämien ein Wechsel zu anderen Versicherern möglich wäre?
- 4.** Ist der Bundesrat bereit, neue Berufsverbandsversicherungen gemäss Art. 66 Abs. 3 UVG zuzulassen, wenn diese die Versicherungsleistungen gemäss Art. 10ff. UVG garantieren können?
- 5.** Wäre der Bundesrat bereit, auch Verbände wie z.B. den Schweizerischen Gewerbeverband oder einen Arbeitnehmerverband wie einen Berufsverband anzuerkennen, damit deren Mitglieder eine Alternative zur staatlich verordneten Zwangsversicherung bei der SUVA hätten?» (35 Mitunterzeichnende)

*Die Antwort des Bundesrates vom 16. August 1995 lautet:*

«Die Arbeitnehmer der in Art. 66 Abs. 1 UVG aufgeführten Betriebe sind von Gesetzes wegen bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Für die betreffenden Betriebe besteht kein Wahlrecht. Auf der anderen Seite können die Betriebe, die nicht in Art. 66 Abs. 1 UVG aufgeführt sind, ihre Unfallversicherung nicht bei der SUVA abschliessen und sie müssen einen privaten UVG-Versicherer, eine Krankenkasse oder eine öffentliche Unfallversicherungskasse wählen (Versi-

## Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates, Stand 6. Oktober 1995

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. in Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Teilrevision Arbeitslosenversicherung (AVIG)	29.11.93	BBl 1994 I 340		SR 17.3.94 2.2.95		NR 5.10.94 NR/SR Sommer 95	23.6.95 (BBl 1995 III 526)	2.10.95 Referendumsfrist unbenutzt abgelaufen
Zusatzabkommen Portugal	17.8.94	BBl 1994 V 113		NR 14.12.94		SR 14.3.95	BBl 1995 II 466	1.11.95
Änderung des Bundesbeschlusses betreffend die Sozialversicherungsansprüche der Schweizer der ehemaligen belgischen Kolonien Kongo und Ruanda-Burundi	24.5.95	BBl 1995 III 493	NRK 24.8.95	NR 27.9.95	SRK 29.8.95	SR 2.10.95	6.10.95	

NRK = Vorberatende Kommission des Nationalrates / SRK = Vorberatende Kommission des Ständerates / WAK = Kommission für Wirtschaft und Abgaben

cherer nach Art. 68 UVG). Hiermit haben sowohl die SUVA wie auch die übrigen UVG-Versicherer einen vom Gesetz umschriebenen Tätigkeitsbereich zugewiesen erhalten.

Von der SUVA erstellte Unterlagen dokumentieren, dass Arbeitnehmer der bei ihr versicherten Betriebe bei der Arbeit und auch in der Freizeit durchschnittlich mehr und teurere Unfälle (überdurchschnittliches Unfallrisiko) verursachen als Arbeitnehmer der bei den Versicherern nach Art. 68 UVG versicherten Betriebe. Dies hat zur Folge, dass die bei der SUVA versicherten Betriebe und deren Arbeitnehmer in der Regel höhere Prämien bezahlen müssen als die übrigen Betriebe und deren Arbeitnehmer.

Bei der Beantwortung der Frage, ob das heutige Konzept der Durchführung der Unfallversicherung unter den Gesichtspunkten der Deregulierung und Liberalisierung des Marktes noch zeitgemäss sei, ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Unfallversicherung nach UVG eine Sozialversicherung ist. Als solche kommen bei ihr Solidaritätselemente zum Tragen, die von einer rein privaten Versicherung nicht zu berücksichtigen sind. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, die in der Privatversicherung angestrebte Deregulierung und Liberalisierung ohne weiteres auf die obligatorische Unfallversicherung nach UVG zu übertragen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass seit Einführung der Mehrfachträgerschaft durch das UVG im Jahre 1984 eine gewisse Öffnung dieses Sozialversicherungszweiges bereits Realität geworden ist. Ausfluss

der sich daraus ergebenden Konkurrenzsituation ist nicht zuletzt die 1995 erfolgte Preisgabe der Einheitsprämie und die Einführung von vier Risikogemeinschaften in der Nichtberufsunfallversicherung. Ziel dieses neuen Prämienmodells, das vor allem in Gewerbetreibenden auf Widerstand stösst, ist die bessere Berücksichtigung des Verursacherprinzips. Dazu kommt, dass die vom Interpellanten in Frage gestellte Ordnung vor allem für Branchen mit überdurchschnittlichem Unfallrisiko durchaus Vorteile haben kann. Im Unterschied zu den Versicherern nach Art. 68 UVG hat die SUVA einen Versichertenbestand, der nicht durch Kündigung der Versicherung abnehmen kann. In diesem Sinne kommt der SUVA eine gewisse Perennität zu, die Auswirkungen auf die erforderlichen Rückstellungen hat.

Es bleibt nun noch die Frage zu beantworten, ob gestützt auf Art. 66 Abs. 3 UVG neue Berufsverbandsversicherungen zugelassen werden könnten. Die Formulierung von Art. 66 Abs. 3 UVG deutet darauf hin, dass die Leistungsfähigkeit und der Bestand der bei Inkrafttreten des UVG bestehenden Unfallversicherungseinrichtungen von Berufsverbänden erhalten bleiben. Der Gesetzgeber hatte dabei vor allem an die Metzger-Unfallversicherung gedacht. Sicher nicht zulässig ist die Anerkennung von Verbandslösungen durch den Bundesrat, die den in Art. 66 Abs. 1 UVG umschriebenen Tätigkeitsbereich der SUVA auslösen würden. Hierzu wäre vielmehr eine Änderung des UVG erforderlich. Falls Betriebe, die nach

Art. 66 Abs. 1 UVG bei der SUVA versichert sind, eine Änderung der Zuteilung fordern würden, müsste nach dem in Art. 76 UVG beschriebenen Verfahren vorgegangen und das Gesetz geändert werden.»

### ALV

**93.1064. Einfache Anfrage Loeb, 30. 9. 1993: Ausbildung für Arbeitslose, die sich selbständig machen wollen**  
Nationalrat Loeb hat folgende Einfache Anfrage eingereicht:

«Die hohe Zahl der Arbeitslosen in unserem Land ruft neben der Verbesserung der Rahmenbedingungen nach rascher Ausschöpfung jeder unternehmerischen Initiative. Ich frage deshalb den Bundesrat an:

1. Ist dem Bundesrat bekannt, welche Ausbildungsmöglichkeiten für Arbeitslose jeden Alters, die sich selbständig machen wollen, bestehen?
2. Ist von Seiten des Bundes allenfalls vorgesehen, diese Ausbildungsmöglichkeiten zu erweitern?
3. Unterstützt der Bund bereits heute solche Ausbildungsmöglichkeiten oder ist vorgesehen, dass der Bund dieses Ausbildungsangebot zukünftig in irgendeiner Art fördern wird?
4. Erhalten Arbeitslose, die Kurse für die Vorbereitung des Einstiegs in die Selbständigkeit besuchen, diese Ausbildung teilweise oder ganz durch die Arbeitslosenkassen vergütet?»

*Die (von der Redaktion gekürzte)*

*Antwort des Bundesrates*

*vom 30. August 1995 lautet:*

«1. Die Weiterbildungskurse, die von der ALV subventioniert werden, sind im Informatiksystem «AVAM»

gespeichert. Der Bund hat auf diese Weise Kenntnis der gesamten Weiterbildungsangebote, die arbeitslosen Personen zur Verfügung stehen.

2. Eine konkrete Massnahme zur Verbesserung der Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote wurde 1994 durch die Einführung der Weiterbildungsangebotsbörse (WAB) im Informationssystem AVAM realisiert. Die Benützung dieser vom BIGA konzipierten und unterhaltenen Datenbank ist heute bereits möglich.

3. Mehrere Kantone und private Organisationen haben spezifische Kurse eingeführt, die vom Bund mit Mitteln des Ausgleichsfonds sowie mit speziellen Massnahmen zugunsten der beruflichen Weiterbildung unterstützt werden. Diese Kurse, die unter anderem in den Kantonen AG, BS, BE, FR, LU, OW, SZ, SO, SG, ZH, GE, NE und JU organisiert werden, richten sich an Personen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen. Auch in anderen Kantonen werden zahlreiche von der ALV subventionierte Kurse durchgeführt.

Im Rahmen der zweiten Teilrevision des AVIG werden die neuen Art. 71 a-d per 1.1.96 in Kraft treten. Sie sehen folgendes vor:

- Ausrichtung von maximal 60 besonderen Taggeldern während der Planungsphase eines Projektes.
- Übernahme von höchstens 20% des Verlustrisikos für eine gewährte Bürgschaft.

4. Momentan werden die Weiterbildungskurse, die speziell für Personen bestimmt sind, die eine selbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen, zu 100% von der ALV finanziert. In Anwendung des neuen Art. 72 c AVIG werden sich die Kantone ab 1.1.96 mit 3000 Franken pro Platz und Jahr an den Weiterbildungsmassnahmen beteiligen.»

**95.3195. Postulat der Kommission für Wirtschaft und Abgaben, 15. 5. 1995: Statistiker ALV**

Der Nationalrat hat dieses Postulat (CHSS 1995 S. 171) am 8. Juni 1995 angenommen.

**Familienfragen**

**93.3571. Motion Brunner Christiane, 7. 12. 1993: Adoption ausländischer Kinder**

Der Ständerat hat diese Motion des Nationalrates (CHSS 1994 S. 52) am 3. Oktober nur als Postulat überwiesen.

**Tagungen, Kongresse, Kurse**

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
Ab 9. 11.95	Vorlesungszyklus «Das neue KVG – was ändert sich im Gesundheitswesen?» (s. Hinweis)	Zürich, Universitäts-spital, Grosser Hörsaal	Schweiz. Institut für das Gesundheitswesen Frau A. Saner Tel. 062/824 71 61 Fax 062/824 51 38
15. 11. 1995	Kolloquium «Uno-Konvention über die Rechte des Kindes»	Genf, CS-Forum, Rue de Lausanne 17	Rechte des Kindes International Sektion Schweiz Grand-Lancy Tel. 022/771 41 17 Fax 022/771 41 17
17. 11. 1995	Tagung «Ausgewählte Fragen des neuen Krankenversicherungsrechtes»	Luzern, Casino	Schweiz. Institut für Verwaltungskurse St.Gallen Tel. 071/30 24 24 Fax 071/30 28 83
17. 11. 1995	Symposium «Verfassungsreform und Sozialrechte»	Bern, Hotel Bern	SVSP-Sekretariat Zürich Tel. 01/311 37 27 Fax 01/311 37 12
25. 11. 1995	Herbsttagung SVS: Berufliche Vorsorge und Koordination der Sozialversicherung (s. Hinweis)	Rapperswil SG, Hotel Schwanen	Sekretariat SVS-O Tel. 052/35 10 50 Fax 052/35 10 51
1. 12. 1995	Tagung «Unbehindertes Reisen behinderter Menschen» (s. Hinweis)	Bern, Konferenzzentrum Egghölzli	ASKIO Tel. 031/381 65 57 Fax 031/381 68 58

**Das neue KVG - Was ändert sich im Gesundheitswesen?**

Die Universität Zürich führt in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Institut für das Gesundheitswesen eine Vorlesungsreihe über das neue Krankenversicherungsgesetz und die damit verbundenen Änderungen im Gesundheitswesen durch. Insgesamt finden zwischen dem 9. November 1995 und dem 13. Juni 1996 elf Vorlesungen statt, und zwar jeweils donnerstags von 16.30 bis 18.15 Uhr.

Im folgenden die einzelnen Themen und die Namen der Referent/innen:

- 9. 11. 1995: Das neue KVG und seine Umsetzung (Dr. Markus Moser, BSV) / Das neue KVG und der mündige Versicherte: Herausforderung für alle (Fredy Müller, BSV).
- 30. 11. 1995: Auswirkungen des KVG auf die privaten und stationären Einrichtungen (Trix Heberlein, VESKA).
- 14. 12. 1995: Auswirkungen auf die ambulante Versorgung (Hans Heinrich Brunner, FMH).
- 11. 1. 1996: Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung (Urs Weyermann, SBK).

- 1. 2. 1996: Auswirkungen auf Patienten/Konsumenten (Margrit Bosart-Weiss, SPO).
- 22. 2. 1996: Vorgehen bei umstrittenen Leistungen (Dr. Pedro Koch, BSV) / Ein Beispiel aus der Praxis: Epilepsiechirurgie (Prof. Heinz G. Wieser, Universitätsspital Zürich).
- 14. 3. 1996: Konsequenzen des KVG für die sozialen Krankenversicherer (Fritz Britt, KSK).
- 11. 4. 1996: Auswirkungen des KVG aus volkswirtschaftlicher Sicht (Andreas Frei, HealthEcon AG).
- 2. 5. 1996: Das neue KVG – Anfang oder Ende einer Gesundheitspolitik? (Prof. Felix Gutzwiller, Universität Zürich).
- 23. 5. 1996: Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz bezüglich KVG-Gesetzgebung (Dr. Brigitte Bernardi-Schenkluhn, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn).
- 13. 6. 1996: Auswirkungen des KVG auf das Gesundheitswesen des Kantons Zürich (Verena Diener, Gesundheits- und Fürsorgedirektorin).

Anmeldungen an das Sekretariat der Vorlesungen: Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen

### Forum: Politik für Familien - Politik für Frauen: ein Widerspruch?

Familienrat vom 5. Dezember 1995, 20.00-21.00 auf DRS 1: Die Redaktion «Familienrat» von Radio DRS 1 und das Informationsbulletin Familienfragen des BSV beschäftigen sich erstmals in einer Gemeinschaftsproduktion mit diesem familien- und gleichstellungspolitisch hochaktuellen Thema.

Fördert oder verhindert Familienpolitik die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern?: Profilierte Politikerinnen und Politiker diskutieren mit Fachleuten und Betroffenen. Unter demselben Titel erscheint am 20. November Nr. 3/95 des Informationsbulletins Familienfragen: Silvia Grossenbacher, Sozialwissenschaftlerin und Vizepräsidentin der Eidg. Kommission für Frauenfragen, und Martin Senti, Politologe an der Universität Bern, beleuchten in ihren Beiträgen ein Gebiet schweizerischer Politik, das bisher eher im Dunkeln geblieben ist.

«Familienfragen» kann unter folgender Adresse gratis bezogen werden: Zentralstelle für Familienfragen, BSV, Effingerstrasse 33, 3003 Bern

(IfG), Pfrundweg 14, 5000 Aarau. Vorlesungsgebühr für den ganzen Zyklus (mit Testat) Fr. 150.-, für eine einzelne Vorlesung Fr. 20.- (kann auch direkt an der Vorlesungskasse bezahlt werden).

### Ausgewählte Fragen des neuen Krankenversicherungsrechts

Diese vom Schweizerischen Institut für Verwaltungskurse an der Hochschule St.Gallen organisierte Tagung will einen Beitrag zur Anwendung und praktischen Umsetzung des neuen Rechts leisten. In Referaten und Diskussionen werden schweremwichtig Fragen aus dem Leistungsbereich und dem Tarifrecht bzw. der Vertragsgestaltung behandelt. In den Diskussionen besteht auch die Möglichkeit, auf weitere Fragen einzutreten.

Als Referenten nehmen teil: Jürg Baumberger (Unternehmensberater), Dr. Stephan Hill (ATAG Ernst & Young Consulting AG, vormals

Direktor der Krankenkasse KPT), Dr. Markus Moser und Jörg Schürer (Hauptabteilung KUVG im BSV), Daniel Wyler (Tarif- und Rechtsdienst KSK).

Die Tagung findet am 17. November im Casino Luzern statt. Anmeldungen beim Sekretariat des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse wenn möglich bis 20. Oktober 1995; Tel. 071 / 30 24 24. Tagungsgebühr Fr. 280.-.

### Berufliche Vorsorge und Koordination der Sozialversicherungen

Die diesjährige Herbsttagung des Regionalverbandes Nord-/Ostschweiz des Schweizerischen Verbandes der Sozialversicherungsfachleute ist dem Thema «Berufliche Vorsorge im Rahmen der Koordination der Sozialversicherungen: Harmonie oder Widerspruch?» gewidmet. Es referieren: Nationalrat Heinz Allenspach, Dr. F. Schlauri (Abteilungschef im Bundesamt für Militärversicherung), A. Braun (Versicherungskasse der Stadt Zürich).

### 3. 12. 1995: Internationaler Tag der behinderten Menschen

Im Mittelpunkt des Internationalen Tages der behinderten Menschen steht dieses Jahr das Thema Mobilität. Aus diesem Anlass organisieren die ASKIO Behinderten-Selbsthilfe Schweiz und die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter am 1. Dezember 1995 eine zweisprachige Tagung über «Unbehindertes Reisen behinderter Menschen». Deren Ziel ist es, das Anliegen eines tragfähigen Transportnetzes für mobilitätsbehinderte Reisende gegenüber Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit zu propagieren und Wege zur konkreten Umsetzung vorzuzeichnen.

Als Referent/innen und Hearings- bzw. Diskussionspartner/innen nehmen u.a. teil: die Nationalratsmitglieder Lili Nabholz, Michel Béguelin und Marc F. Suter, der Neuenburger Kantonsrat Pierre Cattin sowie Paul Blumenthal, Direktor Personenverkehr SBB. Geleitet wird die Veranstaltung von Beobachter-Redaktor Walter Ilg.

Die Tagung findet im Konferenzzentrum Egghölzli in Bern statt. Teilnehmerbeitrag Fr. 40.- (inkl. Mittagessen). Anmeldung bei ASKIO, Effingerstrasse 55, 3008 Bern, Tel. 031/381 65 57.

## Neue Erlasse

### AHV

Verordnung 96 über Anpassungen an die Lohn- und Preisentwicklung bei der AHV/IV, vom 13. September 1995

Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AH-VV); Änderung vom 13. September 1995

### IV

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV); Änderung vom 13. September 1995

### EL

Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV); Änderung vom 13. September 1995

Verordnung über die Erhöhung der Einkommensgrenzen infolge Einführung der Prämienverbilligung im KVG, vom 13. September 1995

### EO

Verordnung über die Erwerbsersatzordnung (EOV); Änderung vom 13. September 1995

### KV

Liste der Analysen mit Tarif (Analyseliste); Änderung vom 6. Juni 1995 (Inkrafttreten am 1. Oktober 1995; die dritte, teilrevidierte Auflage kann als Sonderdruck bei der EDMZ bezogen werden)

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), vom 27. Juni 1995

Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV), vom 29. September 1995

### Diverse

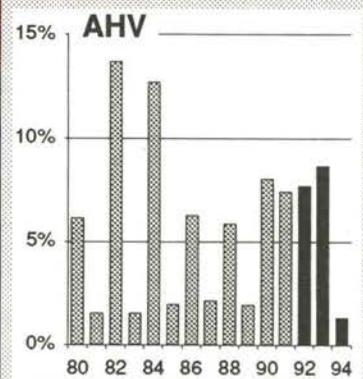
Verordnung über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes; Änderung vom 27. Juni 1995. —

# Sozialversicherungs-Statistik

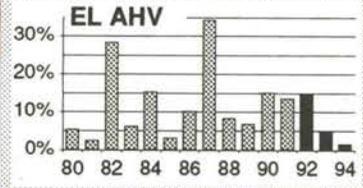
BSV, Sektion  
Statistik 9.10.  
1995 Ms/Ep

## Grafiken: Veränderung der Ausgaben in % seit 1980

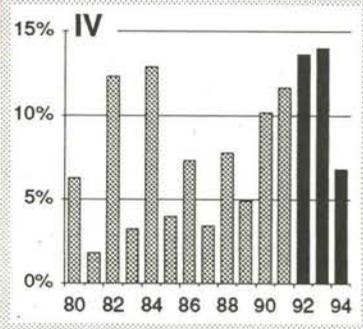
AHV		1980	1990	1992	1993	1994	Veränderung in % VR 1)
<b>Einnahmen</b>	Mio. Fr.	10 896	20 355	23 160	23 856	23 923	0.3%
davon Beiträge Vers./AG	*	8 629	16 029	18 005	18 322	18 307	-0.1%
davon Beiträge öff. Hand	*	1 931	3 666	4 241	4 523	4 585	1.4%
<b>Ausgaben</b>	*	10 726	18 328	21 206	23 047	23 363	1.4%
davon Sozialleistungen	*	10 679	18 277	21 129	22 980	23 298	1.4%
Saldo	*	170	2 027	1 954	810	561	-30.7%
AHV-Kapitalkonto	*	9 691	18 157	22 456	23 266	23 827	2.4%
Bezüger einf. Renten 2)	Personen	577 095	678 526	700 602	712 724	723 861	1.6%
Bezüger Paarrenten 2)	2 Personen	226 454	273 431	287 699	295 919	303 301	2.5%
Bezügerinnen Witwenrenten 2)		69 336	74 651	73 700	72 858	72 225	-0.9%
Beitragszahler(innen) AHV, IV, EO		3254 000	3773 000	3825 000	3826 000	3830 000	0.1%



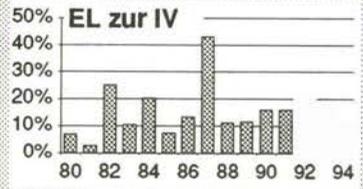
EL zur AHV		1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Ausgaben (=Einnahmen)</b>	Mio. Fr.	343	1 124	1 468	1 541	1 567	1.7%
davon Beiträge Bund	*	177	260	339	354	359	1.5%
davon Beiträge Kantone	*	165	864	1 130	1 188	1 208	1.7%
Bezüger	Fälle	96 106	120 684	127 076	125 141	124 057	-0.9%



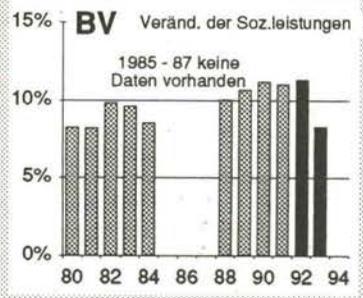
IV		1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Einnahmen</b>	Mio. Fr.	2 111	4 412	5 262	5 567	5 771	3.6%
davon Beiträge AN/AG	*	1 035	2 307	2 590	2 637	2 634	-0.1%
davon Beiträge öff. Hand	*	1 076	2 067	2 625	2 881	3 078	6.8%
<b>Ausgaben</b>	*	2 152	4 133	5 251	5 987	6 396	6.8%
davon Renten	*	1 374	2 376	2 888	3 305	3 577	8.2%
Saldo	*	-40	278	11	-420	-625	48.9%
IV-Kapitalkonto	*	-356	6	240	-180	-805	347.7%
Bezüger einf. Renten 2)	Personen	105 812	141 989	150 674	156 950	165 292	5.3%
Bezüger Paarrenten 2)	2 Personen	8 755	11 170	12 229	12 770	13 394	4.9%



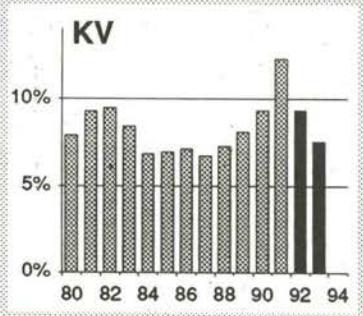
EL zur IV		1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Ausgaben (=Einnahmen)</b>	Mio. Fr.	72	309	426	494	545	10.3%
davon Beiträge Bund	*	38	69	94	109	120	10.1%
davon Beiträge Kantone	*	34	241	332	385	425	10.4%
Bezüger	Fälle	18 891	30 695	34 230	36 297	38 204	5.3%



BV/2. Säule		Quelle: BFS/BSV	1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Einnahmen 3)</b>	Mio. Fr.		13 231	32 150	42 000	43 100	...	2.6%
davon Beiträge AN	*		3 528	7 778	9 100	8 900	...	-2.2%
davon Beiträge AG	*		6 146	14 502	15 600	14 700	...	-5.8%
davon Kapitalertrag	*		3 557	9 870	14 500	16 700	...	15.2%
<b>Ausgaben 3)</b>	*		...	15 397	16 800	17 700	...	5.4%
davon Sozialleistungen	*		3 458	8 737	10 800	11 700	...	8.3%
Kapital	*		81 964	215 156	256 680	287 300	...	11.9%
Rentenbezüger	Bezüger		326 000	508 000	534 323	560 000	...	4.8%



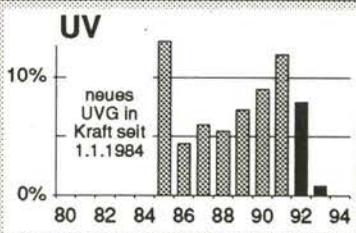
KV		1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Einnahmen</b>	Mio. Fr.	5 723	12 536	14 896	16 884	...	13.3%
davon Beiträge der Vers.	*	3 878	9 644	11 517	13 417	...	16.5%
davon Beiträge öff. Hand	*	1 218	1 936	1 994	1 996	...	0.1%
<b>Ausgaben</b>	*	5 677	12 199	14 978	16 111	...	7.6%
davon Krankenpflege	*	4 178	9 317	11 629	12 651	...	8.8%
davon Krankengeld	*	505	797	923	928	...	0.6%
Rechnungs-Saldo	*	47	337	-82	774	...	...
Reserven	*	1 931	3 262	3 136	3 682	...	17.4%
Erkrankungsfälle je 100 Versicherte		165	213	205	202	...	-



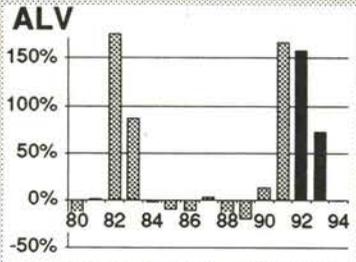
# Neu: Sozialleistungs- und Soziallastquote 1994: unverändert gegenüber 1993 – Grafiken erstmals mit Ausgaben!

## Grafiken: Veränderung der Ausgaben in % seit 1980

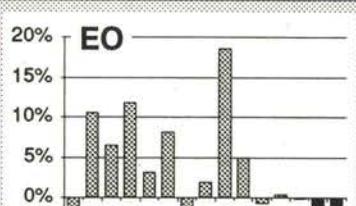
UV alle UV-Träger		1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Einnahmen</b>	Mio.Fr.	...	4 210	4 687	5 015	...	7.0%
davon Beiträge der Vers.	*	...	3 341	3 625	3 755	...	3.6%
<b>Ausgaben</b>		...	4 135	4 996	5 041	...	0.9%
davon direkte Leistungen ohne TZL		...	2 567	3 136	3 167	...	-1.0%
Rechnungs-Saldo	*	...	75	- 308	- 26	...	-91.6%
Deckungskapital	*	...	11 172	12 840	13 721	...	6.9%



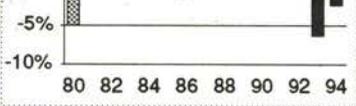
ALV Quelle: BIGA		1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Einnahmen</b>	Mio.Fr.	474	786	804	3 556	3 680	3.5%
davon Beiträge AN/AG	*	429	648	726	3 527	3 634	3.0%
davon Zinsen	*	45	126	72	18	26	45.3%
<b>Ausgaben</b>	*	153	502	3 461	5 986	5 921	-1.1%
Rechnungs-Saldo	*	320	284	-2 657	-2 430	-2 241	-7.8%
Ausgleichsfonds	*	1 592	2 924	- 207	-2 637	-4 878	85.0%
Arbeitslose (ganz oder teilweise) 4)	...	...	18 133	92 308	163 135	171 038	4.8%



EO		1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Einnahmen</b>	Mio.Fr.	648	1 060	1 210	1 250	1 266	1.3%
davon Beiträge	*	619	958	1 077	1 095	1 094	-0.1%
<b>Ausgaben</b>	*	482	885	887	830	810	-2.5%
Rechnungs-Saldo	*	166	175	322	419	456	8.7%
Ausgleichsfonds	*	904	2 657	3 243	3 662	4 118	12.4%

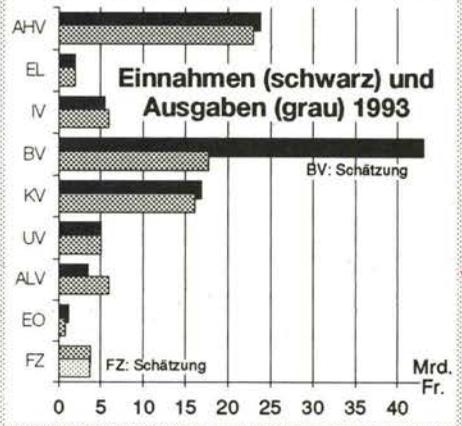


FZ		1980	1990	1992	1993	1994	VR 1)
<b>Einnahmen geschätzt</b>	Mio.Fr.	...	3 115	3 584	3 807	3 948	3.7%
davon Bund (Landwirtsch. *		69	112	128	135	136	0.5%

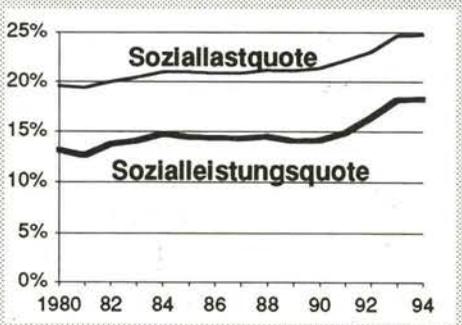


## Finanzhaushalte der Sozialversicherungen 1993 5)

Sozialversicherungszweige	Einnahmen Mio.Fr.	Veränd. 1992/93	Ausgaben Mio.Fr.	Veränd. 1992/93	Saldo Mio.Fr.	Reserve 6) Mio.Fr.
<b>AHV</b>	23 856	3.0%	23 047	8.7%	810	23 266
<b>EL AHV</b>	1 541	5.0%	1 541	5.0%	-	-
<b>IV</b>	5 567	5.8%	5 987	14.0%	- 420	- 180
<b>EL IV</b>	494	16.0%	494	16.0%	-	-
<b>BV</b> 3) (Schätzung)	43 100	2.6%	17 700	...	...	287 300
<b>KV</b>	16 884	13.3%	16 111	7.6%	774	3 682
<b>UV</b>	5 015	7.0%	5 041	0.9%	- 26	13 721
<b>ALV</b>	3 556	342.3%	5 986	72.9%	-2 430	-2 637
<b>EO</b>	1 250	3.3%	830	-6.4%	419	3 662
<b>FZ</b> (Schätzung)	3 807	6.2%	3 736	10.0%	71	...
<b>Total 5)</b>	<b>105 072</b>	<b>7.8%</b>	<b>80 473</b>	<b>10.4%</b>	...	<b>328 815</b>



Volkswirtschaftliche Kennzahlen	Quelle: Nationale Buchhaltung des BFS				vgl. CHSS 5/94, S. 229ff.	
	1970	1980	1990	1992	1993	1994
Soziallastquote 7)	13.5%	19.6%	21.4%	23.0%	24.7%	24.7%
Sozialleistungsquote 8)	8.5%	13.2%	14.1%	16.4%	18.2%	18.2%



Arbeitslose	ø 1992	ø 1993	ø 1994	Juli 95	Aug. 95	Sept. 95
Ganz- und Teilarbeitsl.	92 308	163 135	171 038	146 104	145 726	143 458

Demografie		1990	2000	2010	2020	2030	2040
Szenario Kontinuität BFS							
Jugendlastquotient 9)		37.7%	39.2%	38.2%	36.9%	39.1%	39.3%
Alterslastquotient 10)		23.5%	25.1%	29.1%	34.0%	39.6%	41.2%

1) Aktuellste Veränderungsrate = VR, letztes verfügbares Jahr.  
 2) Rentenbezüger und -bezügerinnen im In- und Ausland.  
 3) 1992/93: Inkl. pers. Einkäufe und übrige Einnahmen, ohne Freizügigkeitsleistungen, Ausgaben inkl. grob geschätzte Verwaltungskosten.  
 4) Jahres-ø. Die aktuellen Daten finden Sie am Schluss dieser Tabelle.  
 5) Das letzte für alle SV verfügbare Jahr ist 1993. Fehlende Angaben der BV und FZ wurden teilweise vom BSV geschätzt.  
 6) Kapitalkonto, Deckungskapital oder Reserven.  
 7) Verhältnis der Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.  
 8) Verhältnis der Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.  
 9) Unter 20jährige im Verhältnis zu den 20-64jährigen.  
 10) Über 64jährige im Verhältnis zu den 20-64jährigen.  
 Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung, Sektion Statistik, 9.10.95 Ms/Ep

**Arbeitslosigkeit in der Schweiz: Bilanz und Perspektiven.** Schriftenreihe des Forum Helveticum, Heft 6. 148 Seiten. 1995. Fr. 18.50. Referate einer Tagung auf Schloss Lenzburg 1994.

**Blanchard-Zingg Ruth, Müller Beat, Simmler Ruedi: Fürsorgeunterstützungen im Kanton Bern.** Eine Untersuchung. Ca. 80 Seiten. Fr. 18.–. Edition Soziothek, Wabersackerstrasse 110, 3098 Köniz. Im Kanton Bern verfügen die Fürsorgebehörden der Gemeinden über einen grossen Ermessensspielraum bei der Bemessung der Sozialhilfe. Die Arbeit beschreibt im ersten Teil das bernische Fürsorgewesen und stellt im zweiten Teil die Resultate einer Untersuchung vor, an der sich 85 % der 400 bernischen Gemeinden beteiligt haben. Es werden Massnahmen vorgeschlagen, wie eine rechtsgleiche Behandlung der Empfänger/innen erreicht werden könnte.

**Bütschi-Germann Brigitta, Jungvan Bürck Heide: Kinder – eine Existenzfrage.** Eine Untersuchung zur materiellen Situation der Familie. 90 Seiten. Fr. 22.–. Edition Soziothek, Wabersackerstrasse 110, 3098 Köniz. Die Studie bestätigt die Hypothese, dass es der traditionellen Familie in der Schweiz weit weniger gut geht, als allgemein angenommen wird. Bei 18 % der Familien liegt das Einkommen unter den Ergänzungsleistungs-Grenzbeträgen. Das bedeutet, dass – würde man die Familien mit den AHV/IV-Rentnern gleichstellen – beinahe jede fünfte Familie Anspruch auf EL hätte.

**75 Jahre Pro Infirmis.** Die Nr. 1/95 der Fachzeitschrift INFORUM setzt sich aus Anlass des 75jährigen Bestehens der Vereinigung Pro Infirmis mit der Zukunft dieser Dienstleistungsorganisation für Behinderte auseinander. Dabei kommen auch die Vorstellungen und Visionen behinderter Menschen zur Darstellung: nicht eine Polarisierung der Stellungen zwischen Behinderten und Nichtbehinderten, sondern ein Miteinander wird angestrebt. Bezugsadresse: Redaktion Pro Infirmis, Postfach 1332, 8032 Zürich; Tel. 01/383 05 31.

**Griesshaber Christoph: Europafähigkeit der schweizerischen Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) mit Blick auf einen Beitritt zur Europäischen Union.** Dimensionale vergleichende Analyse des schweizerischen Alterssiche-

runnungsystems mit den Systemen der EU-Mitgliedstaaten. Diplomarbeit, Konstanz; 1994; Reihe Deutsche Hochschulschriften. 2 Mikrofiches, Mikroreproduktion 156 Seiten.

**Helbling Carl et al.: Personalvorsorge und BVG.** Gesamtdarstellung der rechtlichen, betriebswirtschaftlichen, organisatorischen und technischen Grundlagen der beruflichen Vorsorge in der Schweiz. 6., nachgef. Auflage. 1995. Fr. 162.–. Verlag P. Haupt, Bern.

**Kieser Ueli: Streifzug durch das Familienzulagenrecht.** Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, Heft 4/1995, S. 276–294. Verlag Stämpfli + Cie AG, Bern. Inhalt: Einordnung sowie Entwicklungstendenzen des Familienzulagenrechts/Beitrags- und leistungsrechtliche Fragen/Verfahrensrechtliche Bemerkungen.

**Kinder, Jugendliche und Familien in der schweizerischen Politik.** Ein Projekt der Schweizerischen Kinder- und Jugendnachrichtendienstagentur kinag in Zusammenarbeit mit der Stiftung Pro Juventute. 72 Seiten. 1995. Fr. 10.–. Erhältlich beim Zentralsekretariat Pro Juventute, Postfach, 8022 Zürich, Tel. 01/251 72 44. Die Broschüre vermittelt die Ergebnisse einer Umfrage bei Parlamentarier/innen sowie Kommentare und Interviews dazu.

**Kinderkosten und Kinderkosten-Ausgleich in der Schweiz.** Illustrierte Kurzfassung der Nationalfonds-Studie 29 über Kinderkosten. Erhältlich beim Sekretariat des Schweiz. Nationalfonds, Wildhainweg 20, 3001 Bern; Tel. 031 / 308 22 22.

**Neue Krankenversicherung / La nouvelle assurance-maladie.** Heft 7/8 1995 der im Verlag Peter Lang, Bern, erscheinenden Schweizerischen Versicherungszeitschrift widmet sich zur Hauptsache dem auf Anfang 1996 in Kraft tretenden KVG, wobei besonders auf die neue Rechtslage für die Zusatzversicherungen eingegangen wird. Die Beiträge:

- Le nouveau régime de l'assurance-maladie complémentaire (Raymond Spira).
- Die neue schweizerische Krankenversicherungslösung per 1.1.1996: Neue Chancen, um die uns das Ausland beneidet (Thomas K. Braun).
- Questions relatives aux assurances complémentaires à la LAMal (Jean-Baptiste Ritter).
- Finanzierungssysteme in der privaten Krankenversicherung (Eike Steinmann).

– Die neue Krankenversicherung: Herausforderung für die Marktpartner. Ein Überblick (Christian Richter).

**Schüller Heidi: Die Alterslücke. Für einen neuen Generationenvertrag.** 205 Seiten. 1995. Rowohlt Verlag, Berlin (Ausleihe möglich bei der Bibliothek und Dokumentationsstelle für Altersfragen der Stiftung Pro Senectute, Zürich, Tel. 01/201 30 20).

**Spycher Stefan, Bauer Tobias, Baumann Beat: Die Schweiz und ihre Kinder. Private Kosten und staatliche Unterstützungsleistungen.** 360 Seiten. 1995. Fr. 54.–. Verlag Rüegger.

**Statistik 1994 der Spitäler, Kliniken und Heime im Aargau.** 202 Seiten. Juli 1995. Herausgegeben vom Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau.

**Widmer Dieter: Die Sozialversicherung in der Schweiz.** 148 Seiten. 1995. Fr. 38.–. Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich. Das Buch vermittelt einen raschen und umfassenden Überblick über Finanzierung, Geltungsbereich und Leistungen der verschiedenen Sozialversicherungen. Das neue Krankenversicherungsgesetz und die 10. AHV-Revision werden ausführlich vorgestellt. Besonders instruktiv ist das Kapitel über das Zusammenwirken der einzelnen Versicherungszweige. Das Buch eignet sich als Lehrmittel wie als Nachschlagewerk.

**Zur Wirksamkeit der Integration.** Forschungsüberblick, praktische Umsetzung einer integrativen Schulform, Untersuchungen zum Lernfortschritt. 240 Seiten. 1995. Verlag Paul Haupt, Bern. Diese Habilitationsschrift der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg ist im ersten Teil dem aktuellen Stand der Integrationsforschung und den Ergebnissen der gemeinsamen Schulung behinderter und nichtbehinderter Kinder gewidmet. In einem zweiten Teil wird ausführlich auf die in der Schweiz praktizierte Schulform der «Regelklasse mit heilpädagogischer Schülerhilfe» eingegangen. Im Anschluss daran wird in zwei Kapiteln über die durchgeführten empirischen Untersuchungen in diesen Schulen berichtet. ■

# **Die «Soziale Sicherheit» (CHSS)**

**erscheint seit 1993. Nebst der kontinuierlichen Information über das aktuelle sozialpolitische Geschehen befassten sich die bisherigen Ausgaben mit folgenden Schwerpunktthemen:**

- Nr. 1/93 Die Reform der Krankenversicherung
- Nr. 2/93 Die soziale Sicherung der Arbeitslosen
- Nr. 3/93 Das Splitting-Modell des Nationalrates für die AHV
- Nr. 4/93 Die berufliche Vorsorge im Vorfeld der BVG-Revision
- Nr. 5/93 Die Totalrevision der Militärversicherung
- Nr. 6/93 Spitex – aus der Sicht des Bundes, der Kantone und Gemeinden
- Nr. 1/94 Demografische Entwicklung und Sozialversicherung
- Nr. 2/94 Sozialversicherung, Sozialhilfe und Armut
- Nr. 3/94 Die Invalidenversicherung in schwierigem Umfeld
- Nr. 4/94 Das neue Krankenversicherungsgesetz – eine Gesamtbeurteilung
- Nr. 5/94 Fragen und Argumente zur Volksabstimmung vom 4. 12. 1994 über die Krankenversicherung
- Nr. 6/94 Die 10. AHV-Revision – ein sozialpolitischer Wendepunkt
- Nr. 1/95 Möglichkeiten und Grenzen der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV
- Nr. 2/95 Die 10. AHV-Revision vor dem Volksentscheid
- Nr. 3/95 Altern in der Schweiz – der dritte Altersbericht
- Nr. 4/95 Familienpolitik in der Schweiz
- Nr. 5/95 Das neue Krankenversicherungsgesetz vor dem Inkrafttreten

Diese Hefte können (mit Ausnahme der vergriffenen Nr. 1/93) nachgeliefert werden; Preis des Einzelheftes Fr. 9.–; die Hefte der Jahrgänge 1993 und 1994 sind zum Sonderpreis von Fr. 5.– erhältlich.

**«Soziale Sicherheit» (CHSS),**

**Bundesamt für Sozialversicherung, 3003 Bern,**

**Telefon 031/322 90 11 oder 322 90 61, Telefax 031/322 78 41**