

Schwerpunkt

Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil
des Sozialversicherungsrechts vor der Einführung

Gesundheit

Ausbau der Kernkompetenzen der SUVA

Internationales

Das KVG – Vorbild für einen regulierten Wettbewerb
in der deutschen Krankenversicherung?

Soziale Sicherheit

CHSS

5/2002

BSV / /
OFAS / /
UFAS / /

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 5/2002

Chronik August/September 2002	258
Rundschau	260

Schwerpunkt

Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vor der Einführung	261
Bedeutung des ATSG für Versicherte und Durchführungsorgane (Regina Berger, BSV)	262
Die lange Entstehungsgeschichte des ATSG (Regina Berger, BSV)	265
Mit Hartnäckigkeit zum Ziel (Josi J. Meier, alt Ständerätin, Luzern)	268
«Ein kühnes, ja gar verwegenes Vorhaben...» (Nationalrat Paul Rechsteiner, Präsident der Subkommission ATSG)	268
Praktische Hinweise für den Anwender (Regina Berger, BSV)	270
Leistungskoordination und Regress (Peter Beck, BSV)	273
Das ATSG aus der Sicht der Rechtsprechung (Ulrich Meyer-Blaser, EVG)	275
Das ATSG – was bringt's?	
– Heinz Allenspach, alt Nationalrat FDP	279
– Hans-Rudolf Müller, Schweizerischer Versicherungsverband	281

Vorsorge

Der Mindestzinssatz in der beruflichen Vorsorge wird herabgesetzt (Redaktion CHSS)	283
Anpassung der AHV/IV-Leistungen und der AHV/IV-Mindestbeiträge ab 2003 (Redaktion CHSS)	286

Gesundheit

Weitere Vorschläge des Bundesrates für mittelfristige Reformen der Krankenversicherung (Sandra Schneider, BSV)	287
Prämien 2003 der obligatorischen Krankenversicherung	289
Ausbau der Kernkompetenzen der SUVA (Peter Schlegel, BSV)	292

Sozialpolitik

Neue Perspektiven für die schweizerische Familienpolitik (Jürg Kruppenacher, Präsident EKFF)	296
--	-----

Internationales

Das KVG – Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung? (Ralf Kocher, BSV; Stefan Gress und Jürgen Wasem, Universität Greifswald)	299
--	-----

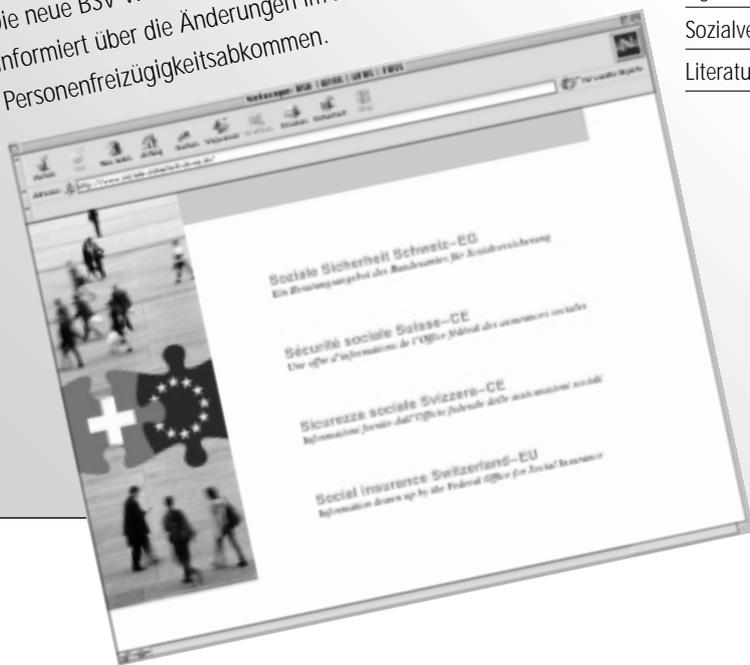
Parlament

Parlamentarische Vorstösse	308
Gesetzgebung: Hängige Vorlagen des Bundesrates	312

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Kurse)	313
Sozialversicherungsstatistik	314
Literatur und Links	316

Die neue BSV-Website www.soziale-sicherheit-ch-eu.ch informiert über die Änderungen im Zusammenhang mit dem Personenfreizügigkeitsabkommen.



Das KVG nicht schlechtreden!



Fritz Britt

Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung, BSV
fritz.britt@bsv.admin.ch

Regelmässig zu Beginn des Oktobers verkündet das BSV die genehmigten Prämien der Krankenversicherer für das Folgejahr. Und jedes Mal wird landesweit in den Medien und am Stammtisch über die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen diskutiert. Es gibt kaum eine politische Partei, die jeweils im Herbst nicht ganz genau wüsste, wie das Gesundheitswesen zu reformieren wäre.

Heuer wird die Diskussion durch die Wahlen 2003 geprägt. Jede erdenkliche gesundheitspolitische Idee wird flugs in eine Initiative oder einen parlamentarischen Vorstoss eingebaut. Und Profil gewinnt man schliesslich nur, wenn die aktuelle Situation schlechtgeredet wird. Fakten sind dabei nur hinderlich. Interessant ist deshalb dieses Jahr, dass der «Beobachter» in der Ausgabe 19/2002 einen ausführlichen Bericht unter dem Titel «Es krankt nicht an den Kassen» veröffentlichte. Anhand von Fakten wird dargelegt, dass das vor allem von den Medien und der Politik vermittelte Bild des desolaten Gesundheitswesens und der kranken Krankenversicherung grundfalsch ist. Wie steht es denn um die Fakten?

Seit 1996 steigen die Kosten der Krankenversicherung jährlich um etwa 5 %, die Kosten des gesamten Gesundheitswesens um etwa 4 % an. Keine Beschleunigung, keine Verlangsamung, keine Explosion, sondern kontinuierliche Entwicklung. Gründe dafür sind die Entwicklung der Demografie, die Fortschritte der Medizin sowie die Tatsache, dass der überwiegende Teil der Gesundheitskosten Personalkosten sind.

Im Vergleich mit dem übrigen Europa ist die Kostenentwicklung deutlich unterdurchschnittlich. Unsere Nachbarländer verzeichnen seit 1996 Kostensteigerungen von 6 bis 10 %. In Bezug auf die Belastung des BIP hat uns

Deutschland im Jahr 2002 überholt, Frankreich, Österreich und die anderen Europäer sind deutlich am Aufholen. Kein Trost, aber ein Hinweis darauf, dass Massnahmen im Rahmen des KVG nicht so falsch liegen können.

Seit Inkraftsetzung des KVG sind die Preise im Gesundheitswesen nach Angaben des Bundesamtes für Statistik, auch wegen der tiefen allgemeinen Teuerung, praktisch stagniert. Einzig die Spitaltarife entwickeln sich leicht über den Landesindex der Konsumentenpreise. Die Preisentwicklung im Medikamentenmarkt ist auch dank der Preiskontrolle des BSV – entgegen der öffentlichen Wahrnehmung – sogar rückläufig.

Die Schweizer Bevölkerung erhält im gut funktionierenden Gesundheitswesen für den bezahlten Preis (Prämien und Steuern) im internationalen Vergleich eine erstklassige Leistung. Keine Wartelisten, keine drittklassige Qualität, kaum Therapieengpässe, geringe Fehler- und Infektionsraten, kein Abweisen von Hilfesuchenden.

Die Finanzierung unserer Krankenversicherung ist anders als im übrigen Europa nicht lohnabhängig. Die Kopfprämien gelten als unsozial. Bund und Kantone stellen jedoch für die soziale Abfederung der Prämienlast gesamthaft 3,5 Milliarden Franken zur Verfügung. Und die Entlastung funktioniert. In keinem anderen Land Europas wird das sozial schwächste Viertel der Bevölkerung derart effizient unterstützt wie in der Schweiz. Bezeichnend ist, dass in unserem Land die Belastung bei jungen, normal verdienenden Familien mit Kindern am höchsten ist.

Zu sagen, dass die Schweiz über eine hervorragende Gesundheitsversorgung verfügt, dass der Zugang wie in keinem anderen Land für alle praktisch gleich ist, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung für über 95 % der Versicherten reibungslos funktioniert und dass die Belastung des Einkommens durch die Krankenkassenprämien für den überwiegenden Teil der Bevölkerung weniger schwer ist als diejenige in unseren Nachbarländern, all dies unserer Bevölkerung zu sagen, wagt niemand. Ich tu's trotzdem, weil es eben näher an der Wahrheit ist als die chronische Miesmacherei. Und der Bundesrat hat den Weg gezeigt: er hat mit seinen Aufträgen vom 22. Mai 2002 an die Verwaltung zum Ausdruck gebracht, dass das auch politisch gut ausgewogene System des KVG sorgfältig und mit Bedacht optimiert werden soll. Dringlichkeitsrecht ist aufgrund der Fakten nicht angebracht.

2. KVG-Teilrevision

Die 2. Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes wird sowohl von Seiten des Parlaments wie auch des Bundesrats durch weitere Themen angereichert – und verzögert sich dadurch. Der Bundesrat beschloss am *21. August*, die Einführung einer obligatorischen Versicherungskarte sowie ein alternatives System zur Prämienentlastung von Familien in die Vorlage einzubringen (s. dazu den Beitrag Seite 290). Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK) stimmte beiden Vorschlägen zu. Sie hat es trotz mehreren Sitzungstagen (28./29./30.8., 5./6.9.) nicht geschafft, die Vorlage für die Herbstsession reif zu machen.

Fest dürfte hingegen stehen, wie in den nächsten Jahren die Spitäler zu finanzieren sind. Kantone und Krankenversicherer bezahlen die stationär erbrachten Leistungen nach KVG je zur Hälfte, wobei neu auch die Investitionskosten anrechenbar sind und wie bisher das Spital auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sein muss. Kantonsbeiträge erhalten alle KVG-Versicherten, unabhängig vom Vorliegen einer Zusatzversicherung. Mittelfristig strebt das Parlament eine monistische Spitalfinanzierung an, bei der die Versicherer als einzige Kostenträger wirken und von den Kantonen Zuschüsse erhalten. Nach dem Beschluss des Ständerates soll der Bundesrat diesen Systemwechsel innert fünf Jahren nach dem Inkrafttreten der KVG-Revision beantragen. Die Nationalratskommission will das Tempo verschärfen. Mit 10 zu 9 Stimmen bei 3 Enthaltungen setzte sie die Frist für die bundesrätliche Botschaft auf Juni 2005 fest. Die Linke bekämpfte den Systemwechsel grundsätzlich, unterlag aber mit 14 zu 8 Stimmen.

Oppositionslos angenommen wurde ein Artikel, welcher dem Bundes-

rat die Kompetenz geben soll, im Einvernehmen mit den Kantonen Grundsätze einer interkantonalen Spitalplanung aufzustellen. In der Spitzenmedizin wurde die Planungskompetenz mit 12 zu 7 Stimmen dem Bund allein zugewiesen.

Mit 13 zu 11 Stimmen verankerte die SGK eine freiwillige «Hotellerie-Versicherung» im Gesetz. Wer im Spital eine komfortablere Unterkunft wünscht, soll dafür eine Versicherung abschliessen können. Diskussionslos nahm die SGK auch Geburtshäuser ins Gesetz auf.

Der Risikoausgleich unter den Krankenversicherern soll nach dem Vorschlag der Nationalratskommission um weitere zehn Jahre nach dem Inkrafttreten der KVG-Revision verlängert werden. Der Ständerat wollte ihn ins ordentliche Recht überführen und den Bundesrat beauftragen, innert fünf Jahren neue Modelle auszuarbeiten.

Noch zu behandeln hat die SGK insbesondere die Frage des Kontrahierungszwangs. Der Ständerat möchte es den Versicherern freistellen, mit welchen Ärzten und Ärztinnen sie zusammenarbeiten wollen. Der Bundesrat will diese Massnahme zur Kostendämpfung genauer prüfen und auf die nächste Revision verschieben.

11. AHV-Revision

Die SGK des Ständerates tagte am *12. August* sowie *2./3. September* und schloss die Detailberatung zur 11. AHV-Revision ab. Das Plenum wird sich aber erst in der Wintersession damit befassen. Die Kommission beantragt keine allzu schwer wiegenden Differenzen zum Nationalrat (s. CHSS 3/2001 S.137). Die meisten Entscheide wurden bereits in der «Sozialen Sicherheit» 3/2002 S.126 aufgeführt. Zusätzlich schlägt die Kommission folgende Abweichungen vor:

- Auch auf den Taggeldern der Unfall- und der Krankenversiche-

rung sollen AHV-Beiträge erhoben werden.

- Den Ermahnungen von Bundesrat Villiger folgend entschied die Kommission einstimmig, der Bundeskasse ihren Anteil am Demografieprozent und an den künftigen MWST-Zuschlägen (17%) zu belassen.

ATSG in Kraft gesetzt

Der Bundesrat hat am *11. September* die Inkraftsetzung des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts auf den 1. Januar 2003 beschlossen und die Verordnung zum ATSG sowie die damit verbundenen Verordnungsänderungen in der Sozialversicherung verabschiedet. Mit dem ATSG erhält die schweizerische Sozialversicherung ein formelles Dach. Der Schwerpunkt des vorliegenden Heftes beschäftigt sich mit dem neuen Gesetzeswerk.

Familienbesteuerung: Ständerat bleibt beim Teilsplitting

Der Ständerat ist nicht bereit, seiner Kommission für Wirtschaft und Abgaben zu folgen, die einen Wechsel zur Individualbesteuerung anstrebte. Der Rat, der sich in der ersten Woche der Herbstsession mit der Änderung der Familienbesteuerung auseinander setzte, unterstützte im Grundsatz das Teilsplitting-Modell von Bundesrat und Nationalrat. Bei diesem Modell wird das gemeinsame Einkommen der Ehegatten durch den Divisor 1,9 geteilt und zu diesem Satz besteuert. Eine Abweichung vom Nationalrat (CHSS 5/2001 S.243) beschloss der Ständerat aber in folgenden Punkten:

- Auf das Wahlrecht für Konkubinatspaare wird verzichtet. Damit hätten Konkubinatspaare mit Kindern zwischen gemeinsamer

oder individueller Besteuerung wählen können.

- Der Kinderabzug wird weniger stark erhöht, nämlich auf 8400 Fr. bzw. 9300 Fr. bei einjähriger Veranlagung (Nationalrat: 10 000 Fr.). Der Zuschlag für Kinder in Ausbildung (Nationalrat: 4000 Fr.) wird gestrichen.
- Um den Weg zur späteren Einführung der Individualbesteuerung nicht ganz zu verbauen, hiess der Rat einen Antrag Plattner (SP, BS) gut, wonach die Kantone nicht verpflichtet sind, das Teilsplitting einzuführen. Praktisch bedeutet dies, dass jene Kantone, die heute einen Doppeltarif (für Einzelpersonen bzw. Ehepaare) anwenden, dabei bleiben können.

Die Differenzbereinigung wird voraussichtlich in der Wintersession stattfinden.

Nein zur Solidaritätsstiftung

In der Volksabstimmung vom 22. *September* über die Verwendung der Goldreserven (CHSS 4/2002 S.238) hat das Schweizervolk sowohl die Goldinitiative wie auch den Gegenvorschlag (Gold für AHV, Kantone und Solidaritätsstiftung) abgelehnt, und zwar mit einem Anteil der Nein-Stimmen von 52,4 bzw. 51,8 %.

Tabakbesteuerung

Bei der Revision des Bundesgesetzes über die Tabakbesteuerung (CHSS 2/2002 S.66) votierte der Nationalrat am 25. *September* für eine weiter gehende Kompetenz des Bundesrates: er soll den Steuersatz nicht nur um 50, sondern um bis zu 80 % erhöhen können. Zudem hiess der Rat die Schaffung eines Tabakpräventionsfonds gut, welcher von den Bundesämtern für Gesundheit und für Sport verwaltet werden soll.

4. IV-Revision im Ständerat

Die Verhandlungen des Ständerates zur 4. IV-Revision – am 25. und 26. *September* – standen unter dem Eindruck der beunruhigenden Kostenentwicklung, beläuft sich doch das Defizit der IV inzwischen bereits auf rund 4,5 Mrd. Franken. Zwei Fragen standen im Vordergrund: wie kann behinderten Menschen ermöglicht werden, ein weitgehend selbständiges Leben zu führen, und mit welchen Mitteln soll die Aufsicht des Bundes verstärkt werden?

Nachdem die vom Nationalrat beschlossene Assistenzentschädigung (CHSS 1/2002 S.2) in Behindertenkreisen auf Kritik gestossen war, da sie erwerbstätige Behinderte benachteilige, schlug Ständerätin Langenberger (FDP, VD) ein neues Modell vor. Danach soll die heutige Hilflosenentschädigung beibehalten, aber durch individuell angepasste Assistenzleistungen (bis zu 8000 Fr. im Monat) ergänzt werden. Dieses Modell fand schon in der vorbereitenden Kommission viel Unterstützung, wurde aber letztlich vom Rat dennoch abgelehnt, da dessen Kostenfolgen zurzeit unabsehbar wären. Einstimmig wurde aber einem Auftrag zur Durchführung von Pilotversuchen zugestimmt. Die Assistenzentschädigung wird folglich in der vom Nationalrat beschlossenen Form eingeführt. Allerdings soll die neue Leistung weiterhin Hilflosenentschädigung genannt werden, um so das Risiko auszuschliessen, dass diese Leistung in die EU ausgeführt werden muss.

Der Rat diskutierte im Weiteren ausgiebig die Notwendigkeit einer strengeren Steuerung durch den Bund, und zwar einerseits bei den regionalen ärztlichen Diensten: Aufgrund des Antrags von Schmid (CVP, AI), der mit 18 zu 17 Stimmen angenommen wurde, lautet Art.59 Abs.2 IVG nun: «Der Bundesrat regelt die Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen.» Im gleichen Sinne und abweichend

vom Nationalrat beschloss der Ständerat andererseits mit 18 zu 16 Stimmen, dass die Geschäftsführung der IV-Stellen weiterhin vom BSV und nicht von externen Revisionsstellen geprüft werden soll.

Mit 34 zu 0 Stimmen hiess der Rat die Revisionsvorlage gut. Die Differenzen zwischen den Räten werden voraussichtlich in der kommenden Wintersession bereinigt.

Alt Bundesrat Tschudi gestorben

Alt Bundesrat Hans Peter Tschudi verstarb in der Nacht zum 30. *September* in seinem 89. Altersjahr. Tschudi war am 17. *Dezember* 1959 zusammen mit dem Zürcher Sozialdemokraten Willy Spühler in den Bundesrat gewählt worden. Mit der Wahl der beiden SP-Mitglieder wurde gleichzeitig die bis heute gültige und immer wieder umstrittene «Zauberformel» geschaffen. Tschudi leitete während 14 ereignisreichen Jahren das Departement des Innern und gilt als einer der Väter der AHV.

Bundesrätin Ruth Dreifuss tritt zurück

Bundesrätin Ruth Dreifuss hat am 30. *September* ihren Rücktritt als Bundesrätin auf Ende 2002 erklärt. Ruth Dreifuss war 1993 – nach dem Rücktritt von René Felber – als damals 53-jährige Gewerkschaftssekretärin zur Bundesrätin gewählt worden. Die Nachfolgerin – oder der Nachfolger – wird in der Wintersession gewählt.

Krippenfinanzierung

Der Nationalrat hat am 30. *September* die Differenzen bezüglich der Anschubfinanzierung für Krippenplätze (CHSS 3/2002 S.175) durch Zustimmung zum Ständerat (50 Mio. Fr. pro Jahr) beseitigt.

Glückliche Schweizer(?)

75 % der Schweizerinnen und Schweizer empfinden es als Glück, in der Schweiz leben zu können, und 36 % sind mit ihrem Leben sehr zufrieden. Worauf beruht dieses Schweizer Glück? Das GfS-Forschungsinstitut hat im Auftrag der Zürich-Versicherung (im Rahmen des Expo-Projekts Happy End) mit einer Umfrage bei 853 Personen in der Schweiz Aufschlüsse rund um das Glück der Bewohner dieses Landes zu gewinnen versucht. Da das Glück sich nach gängiger Vorstellung nur einstellt, wenn gewisse Vorbedingungen erfüllt sind, galt die Hauptfrage diesen Glücksfaktoren. An deren Spitze stehen:

- Gesundheit (97 %),
- ethisches Handeln (89 %),
- finanzielle Absicherung (85 %),
- intakte Natur (85 %),
- Freunde/Verwandte (84 %).

Auf den weiteren Plätzen folgen: Freizeit (80 %), finanzielle Lage (76 %), in der Schweiz leben zu können (75 %), die Wohnsituation (74 %), Ferien (72 %), Ehe/Partner, Kinder (72/71 %), erfüllende Tätigkeit bzw. Arbeit/Beruf (65/63 %), persönliches Aussehen (62 %), Sexualität (59 %).

Es erstaunt nicht, dass die Vorbereitungspositionen in der Schweiz eine wichtige Rolle spielen. Der Leiter der Umfrage, Peter Spichiger, meinte gar: «Die Schweizer sind Weltmeister im Vorbereiten des Glücks.» Fragt sich, ob sie auch im Stande sind, das Angestrebte und Erreichte dann auch zu geniessen. Beachtet man den hohen Stellenwert, den die materielle Absicherung hat, so wird verständlich, dass nur schon die Vision des finanziellen Erfolges Glücksgefühle auslöst. Es ist daher anzunehmen, dass auch unsere Sozialversicherungen einen Teil zum Glücksgefühl der Schweizer beitragen. Wer schon heute finanziell gut gestellt ist, schaut zudem – wie die Umfrage zeigt – mit mehr Optimismus in die Zukunft. Die

Deutscheschweizer sind diesbezüglich am zuversichtlichsten, die Tessiner am skeptischsten.

Die Studie versuchte sodann herauszufinden, wie sich Glücksstrategien und Lebensmodelle über einen Zeitraum von sechzig Jahren verändert haben. Der vielbeschworene Wertewandel liess grosse Unterschiede zwischen den Generationen erwarten. Dem ist aber keineswegs so. Traditionelle Werte wie Partnerschaft, Familie und Kinder sind für die 20-Jährigen von heute noch genauso erstrebenswert wie für die Jungen im Jahr 1942. Einzig der richtige Zeitpunkt für das Kinderkriegen hat sich um fast zehn Jahre nach hinten verschoben. Die Beständigkeit der traditionellen Werte bestätigt sich bei der Nennung der wichtigsten Lebensziele der Schweizer/innen: Gesundheit (32 %), glückliche, gesunde Familie (25), Erfolg, Karriere, Beruf (19), und für 13 % ist das Streben nach Glück und Zufriedenheit wichtigstes Lebensziel. Dass so viel Glücksstreben nicht unbedingt glücklich macht, haben schon die Denker des vorletzten Jahrhunderts erkannt, als sie festhielten: «Glück ist nur da, wo die Wünsche stille stehn.»

zurück. Die Hauptfrage lautete: «Wie beurteilen Sie die Erfahrungen, die Sie in letzter Zeit mit dem AfVS gemacht haben, in Bezug auf...» Als Ergebnis der Umfrage lässt sich, knapp zusammengefasst, festhalten:

Jeweils über 80 % der Antworten erteilten bezüglich der Kriterien Zugänglichkeit, Umgangston, Schnelligkeit, fachliche Qualifikation die Note «gut» oder «sehr gut». Leicht schwächer wurden die amtlichen Leistungen hinsichtlich Flexibilität, Organisation von Fachtagungen, Verbreitung von Fachinformationen und Verständlichkeit der Verfügungen eingeschätzt. Ziemlich negativ bewertet wurde die «Angemessenheit des Tarifs für Leistungen des AfVS». 44 % bezeichneten diese als durchschnittlich (Note 3), 24 % als schlecht und 12,4 % gar als sehr schlecht. Der am 1. Juli 2001 in Kraft gesetzte Gebührentarif wird offenbar von manchen als nicht angemessen empfunden. Trotz dieses Schwachpunktes erzielte das Amt bei der Gesamtbeurteilung seiner Arbeit die gute Durchschnittsnote von 1,9.

Weitere Informationen zur Entwicklung der Kundenzufriedenheit gegenüber öffentlichen Verwaltungen zwischen 1996 und 2001 unter www.gfs.ch/gesellschaft/ (Newsletter).

Kundenzufriedenheit mit öffentlichen Verwaltungen

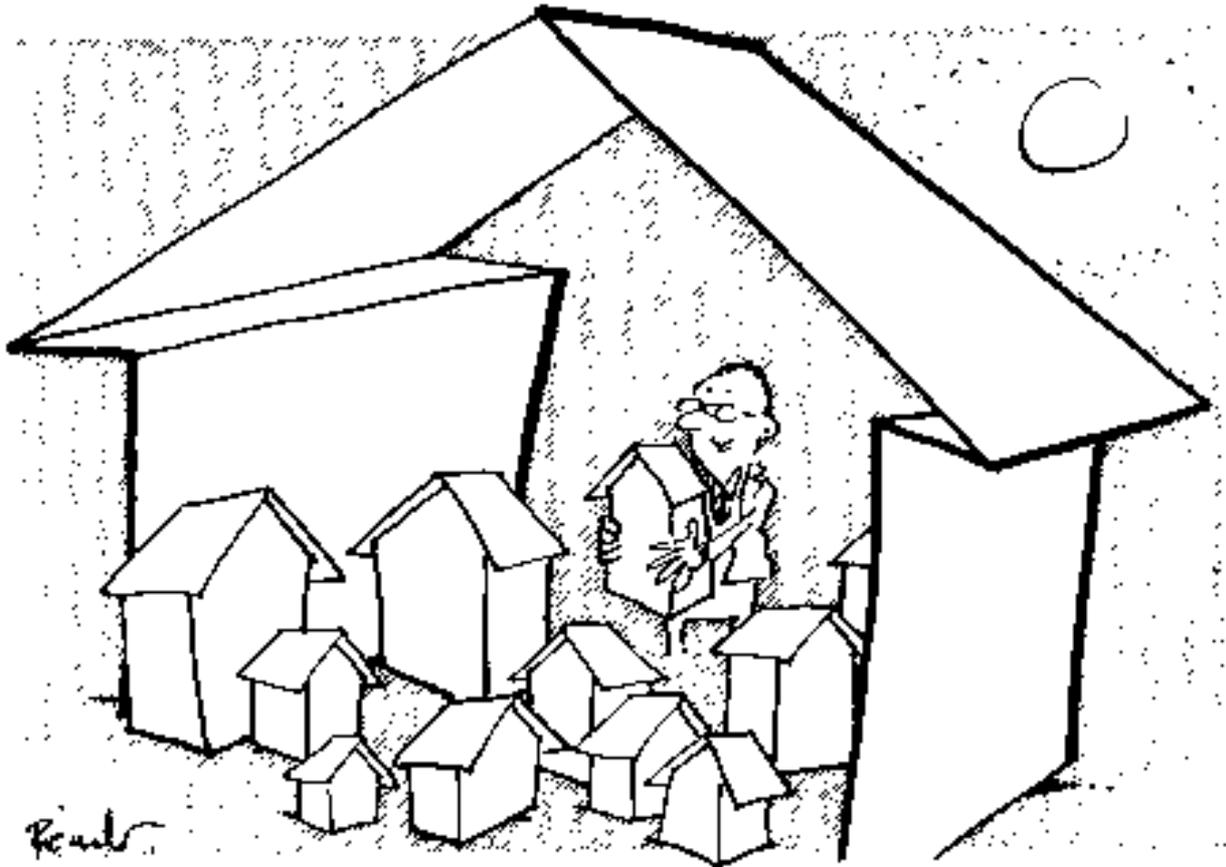
Nach dem Konzept des New Public Management wird die Effizienz öffentlicher Institutionen vermehrt am Massstab ihrer Wirkung und des erzielten Kundennutzens gemessen. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat sich im Jahr 2000 einer entsprechenden Kundenbeurteilung unterzogen (CHSS 1/2001 S.44). Das Amt für berufliche Vorsorge und Stiftungen des Kantons St. Gallen (AfVS) startete im Frühjahr 2002 eine Kundenumfrage, welche durch das Forschungsinstitut für Arbeit und Arbeitsrecht der Hochschule St.Gallen durchgeführt wurde. 268 der angeschriebenen 1006 Kunden sandten den Fragebogen

KV-Rechnung 2000/2001: Berichtigung

In der Ausgabe 4/2002 der «Sozialen Sicherheit» sind in der Tabelle auf Seite 235 für das Jahr 2000 die provisorischen statt die definitiven Daten wiedergegeben worden. Die definitiven Zahlen für das Jahr 2000 (drittletzte Kolonne) lauten:

101	15 478,3	42,4
7 268 111	2 130,0	3 297,3
3 921 920	-2 288,0	3 197,9
2 758 539	13 190,3	99,5
9 811	-306,0	110
5 778 841	2 832,1	12 092
5 947 035	21,1	17 664,5
13 897,8	3 956,2	17 831,9
13 441,7	459,0	-167,3
1 849	416,5	14 831,4
14 203,7		

Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vor der Einführung



Nach rund 15-jähriger Behandlung haben die eidgenössischen Räte am 6. Oktober 2000 das Bundesgesetz über den *Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts* ATSG verabschiedet. Nachdem das Parlament am 21. Juni 2002 auch den aktualisierten Anhang zum ATSG – mit welchem die betroffenen Sozialversicherungsgesetze angepasst werden – genehmigt hat, ist der Weg zur Inkraftsetzung des Gesetzes frei. Das ursprüngliche Ziel einer Harmonisierung und Vereinheitlichung der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung kann mit dem ATSG nur hinsichtlich des Verfahrens verwirklicht werden. Das ATSG fasst zahlreiche Bestimmungen, die bisher in den einzelnen Gesetzen enthalten waren, zusammen und führt so zu einer formellen Koordination und einer Harmonisierung der Begriffe. Davon sind ausser der beruflichen Vorsorge alle Sozialversicherungen betroffen.

Bedeutung des ATSG für Versicherte und Durchführungsorgane

Am 1. Januar 2003 wird das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft treten. Am neuen Markstein in der nach den einzelnen Sozialversicherungszweigen aufgegliederten Gesetzeslandschaft werden sich inskünftig (fast) alle bundesrechtlich geregelten Sozialversicherungen orientieren. Nur die historisch massgeblich vom Privatrecht beeinflusste berufliche Vorsorge wird kaum davon betroffen sein.



Regina Berger Hadorn
Geschäftsfeld Alters- und Hinter-
lassenenvorsorge, BSV
regina.berger@bsv.admin.ch

Das heutige Bundesrecht zur Sozialversicherung umfasst folgende zehn Bereiche:

- Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG)
- Invalidenversicherung (IVG)
- Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)
- Berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG)
- Arbeitslosenversicherung (AVIG)
- Krankenversicherung (KVG)
- Unfallversicherung (UVG)
- Militärversicherung (MVG)
- Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee, Zivildienst und Zivilschutz (EOG)
- Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG)

Das ATSG wird inskünftig für neun von zehn Bereichen die Regelung des Verfahrens im Sinne einer Leitgesetzgebung übernehmen und aufgrund seiner Begriffsdefinitionen und Koordinationsbestimmungen eine zentrale Rolle im Sozialversicherungsrecht einnehmen.

Bedeutung für die Versicherten

Das ATSG regelt die Rechte und Pflichten der Versicherten im Verfahren recht umfassend. Für die Versicherten ergeben sich dabei klare Verbesserungen; als wichtigste sind zu nennen:

- Das Recht auf Aufklärung und Beratung war bis anhin nur im KVG vorgesehen. Neu gilt es in allen dem ATSG angeschlossenen Versicherungszweigen.
- Das Recht auf unentgeltliche Rechtsverteidigung in Fällen, in denen dies erforderlich ist, war bis anhin ausdrücklich nur in der Militärversicherung gesetzlich verankert und wurde im Übrigen aus der Verfassung und der Rechtsprechung abgeleitet. Im ATSG wurde es nun ausdrücklich kodifiziert.
- Bis anhin kannte die Sozialversicherung nur eine Verzugszinspflicht auf ausstehenden Beiträgen oder Prämien. Neu besteht auch ein Anspruch der versicherten Person auf Verzugszinse, wenn sich die Auszahlung der Versicherungsleistung mehr als zwei Jahre verzögert, obwohl die versicherte Person ihre Mitwirkungspflicht erfüllt hat.
- Immer dann, wenn die Inanspruchnahme verschiedener Versicherungen zur Diskussion steht, haben sich bisher Probleme für die Versicherten ergeben, solange nicht geklärt war, welche Versicherung Leistungen zu erbringen hat (insbesondere wenn es um Leistungen der ALV, IV, KV und UV ging). Bis zur Klärung der Sachlage flossen keine Gelder, und die Versicherten waren oftmals vorübergehend auf Sozialhilfe angewiesen. Bei solchen Unklarheiten räumt das ATSG den Versicherten das Recht ein, Vorleistungen zu verlangen.
- Mit dem ATSG können Versicherte in allen Zweigen gegen Verfügungen der Versicherung «Einsprache» erheben. Damit kann – ohne dass sofort ein Gerichtsverfahren anhängig wird – eine Überprüfung des Entscheides erfolgen. Bisher hatten die Versicherten nur in der Kranken- und der Unfallversicherung die Möglichkeit, ihren Standpunkt nochmals gegenüber der Versicherung deutlich zu machen. Im Rahmen des Einspracheverfahrens muss sich die Versicherung mit den Einwänden der Versicherten auseinandersetzen und dann einen Einspracheentscheid erlassen. Damit dürften sich in vielen Fällen Streitigkeiten beilegen lassen, bevor sich ein Gericht damit befassen muss.
- Soweit es um Leistungen geht, besteht neu die Möglichkeit, dass Streitigkeiten mit einem Vergleich erledigt werden. Es lassen sich langwierige Gerichtsver-

fahren vermeiden, was in der Regel für beide Seiten von Vorteil ist.

Auswirkungen auf die Versicherungen und ihre Durchführungsorgane

Die Auswirkungen des ATSG werden nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Versicherungen und ihre Durchführungsorgane vorab im Verfahren spürbar werden. Kurzfristig und rund um die Einführung des ATSG werden die Durchführungsorgane stark gefordert sein. Zwar enthält das ATSG-Verfahren mit *Blick auf die Gesamtheit aller heute vorhandenen Regelungen* wenig tatsächlich Neues. Weil aber das ATSG Vorschriften aus einzelnen Bereichen (mehr oder weniger modifiziert) übernommen hat, welche nun in allen Versicherungszweigen anwendbar sind, verlangt die Umsetzung des ATSG von den Durchführungsorganen unterschiedlich intensiv ausfallende Vorarbeiten. Eine Auseinandersetzung mit folgenden Themen ist unumgänglich:

- Durchführung der Aufklärung und Beratung.
- Durchführung des Einspracheverfahrens, entsprechend den Ausführungsvorschriften in der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV).
- Erfüllung der Vorleistungspflicht und Rückforderung der Vorleistung, wenn letztendlich ein anderer Versicherungsträger leistungspflichtig wird.
- Verzugszins auf Leistungen: zur Sicherstellung eines einheitlichen Vollzugs wurden Berechnungsvorschriften in der ATSV erlassen.
- Die Möglichkeit, in strittigen Fällen im Leistungsbezug Vergleiche abzuschliessen, stösst aufgrund des Legalitätsprinzips auch an Grenzen. Es müssen Leitlinien erarbeitet werden, damit nicht unzulässige Leistungen als Folge eines Vergleichs ausgerichtet werden.
- Rückerstattung von unrechtmässig bezogenen Leistungen, die im guten Glauben empfangen wurden, und Erlass: zur Sicherstellung eines einheitlichen Vollzugs wurden Ausführungsbestimmungen in der ATSV erlassen.
- Änderung der Haftungs- und Verantwortlichkeitsvorschriften.

Die Vorarbeiten werden sich erstrecken müssen auf:

- die Ausbildung und Rekrutierung des Personals;
- die Überprüfung und allenfalls Änderung der betrieblichen Abläufe;
- die Anpassung der EDV-Programme.

Das ATSG wird sich für Versicherer und Durchführungsorgane somit vorab in der Einführungsphase und unter organisatorischen Aspekten auswirken. Vom ATSG sind aber auch langfristige finanzielle und organisatorische Konsequenzen zu erwarten:

- Die neu zu entrichtenden Verzugszinse auf ausstehenden Leistungen werden hauptsächlich zu Mehrausgaben in der IV führen. Im Jahr 1996 hätte die Verzugszinsregelung 9 Mio. Franken Mehrkosten verursacht, wobei jedoch andere Neuerungen des ATSG, welche die Verzugszinszahlung obsolet werden lassen (wie etwa die Möglichkeit zur Auszahlung von Vorschussleistungen und die Vorleistungspflicht in Fällen, in denen Leistungen verschiedener Sozialversicherungen zur Diskussion stehen), nicht berücksichtigt sind.
- Zur Quantifizierung der personellen und finanziellen Mehrbelastung durch die Ausdehnung des Einspracheverfahrens auf die AHV/IV/EO/EL/ALV/MV kann lediglich auf die Erfahrungswerte im Bereich der Unfallversicherung abgestellt werden: Gemäss Angaben der SUVA wird bei Rentenverfügungen in nur rund 10% der Fälle Einsprache erhoben. Insgesamt ist aber die Einsprachequote höher; so liegt sie bei den Verfügungen der Agenturen bei 39%. In 45% der Fälle besteht eine anwaltliche Vertretung. Es wird geschätzt, dass in 5% der anwaltlich vertretenen Fälle die unentgeltliche Verbeiständung nötig ist. Die Versicherer und ihre Durchführungsorgane verfügen zwar bereits heute über qualifiziertes Personal, welches Vernehmlassungen zuhanden der Gerichte zu verfassen hat. Die Bewältigung des Einspracheverfahrens in Zweigen, in denen das Einspracheverfahren neu eingeführt wird, verlangt aber nach einem Ausbau dieses Segmentes.
- Die Wahrnehmung der Aufklärungs- und Beratungspflicht durch die Versicherungen setzt nicht nur die Kenntnisse im eigenen Versicherungszweig, sondern einiges an Verständnis für das Gesamtsystem der sozialen Sicherheit voraus. Die Vorleistungspflicht bei einer möglichen Leistungspflicht verschiedener Versicherer zwingt ebenso zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit anderen Versicherungszweigen wie die Pflicht, Entscheide auch den andern von der Verfügung betroffenen Versicherungsträgern zuzustellen. Denkbar ist, dass das ATSG mit seinem gesamtheitlichen Denkansatz eine Entwicklung einleitet, welche das Bedürfnis nach intensiverer Nutzung von Synergien aufkommen lässt und Veränderungen von Strukturen – beispielsweise die Einrichtung gemeinsamer Aufklärungs- und Beratungsdienste – wünschbar erscheinen lässt. Das vereinheitlichte ATSG-Verfahren erleichtert auf jeden Fall die Bearbeitung interdisziplinärer Fragestellungen und den Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen.

Auswirkungen auf die Kantone und die Justiz

Die Kantone sind in die Organisationsstruktur der Sozialversicherung in verschiedenen Zweigen direkt

eingebunden, indem sie in der AHV, IV (Beiträge), EO und bei den Familienzulagen in der Landwirtschaft über Ausgleichskassen am Vollzug mitwirken. Zusätzlich sind sie mit den IV- und EL-Stellen sowie für die Arbeitslosenversicherung mit den kantonalen Arbeitsämtern, den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren und als Träger der öffentlichen Arbeitslosenkassen an der Durchführung beteiligt. Neben den Auswirkungen auf diese kantonalen Durchführungsorgane bringt das ATSG für die Kantone jedoch auch Umstellungen in der Organisation der Justiz mit sich:

- Das ATSG verlangt nämlich, dass die Kantone innert fünf Jahren nach Inkrafttreten ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden (gegen die Einspracheentscheide der Versicherer) einrichten. Einige Kantone sind bereits entsprechend organisiert. Für andere ist diese Neuerung mit einer Straffung des Rechtsweges und einer Reorganisation verbunden, weil spätestens ab dem Jahr 2008 mehrstufige kantonale Beschwerdeverfahren oder dezentrale, nach Versicherungszweig geordnete Rekurskommissionen zugunsten einer einmaligen Überprüfung durch ein zentrales kantonales Versicherungsgericht abgelöst werden müssen.
 - Ebenfalls innert derselben fünfjährigen Frist müssen die kantonalen Regelungen für das Beschwerdeverfahren den Rahmenbedingungen des ATSG angepasst werden. Die Mindestanforderungen, welche das ATSG an die kantonalen Beschwerdeverfahren stellt, sind aber weitgehend identisch mit denjenigen, welche bereits heute vom Bundesrecht in den verschiedenen Sozialversicherungsgesetzen postuliert werden. Für das kantonale Prozessrecht ergeben sich daher – abgesehen von den organisatorischen Fragen – kaum Änderungen.
- Allgemein wird erwartet, dass die kantonalen Gerichte aufgrund der Einführung des von der Versicherung durchzuführenden Einspracheverfahrens von Bagatellstreitigkeiten entlastet werden. Inwieweit die Möglichkeit, auch ein Gerichtsverfahren mit Vergleich abzuschliessen, zu weniger Aufwand führen wird, kann nur die Zukunft zeigen.
 - Die Verantwortung, welche den Gerichtsinstanzen bei der Beurteilung von sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten zukommt, wird mit dem ATSG wesentlich grösser werden. Denn sobald es um Auslegungsfragen des ATSG geht, muss bei der Rechtsfindung zum Einzelfall nicht nur auf den Einklang mit dem System des spezifischen Sozialversicherungsbereichs, in welchem der Einzelfall angesiedelt ist, geachtet werden. Vielmehr muss immer auch die Systemkompatibilität mit den anderen Bereichen im Auge behalten werden.

Die lange Entstehungsgeschichte des ATSG

Die Initiative zu einer besseren Koordination des Sozialversicherungsrechts ging nicht vom Bund, sondern von einer privatrechtlichen Organisation aus – der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht. Ständerätin Josi Meier verhalf dem Projektentwurf mit einer parlamentarischen Initiative zur Weiterbehandlung auf gesetzgeberischer Ebene. Das Parlament beschäftigte sich während 15 Jahren damit und verabschiedete schliesslich eine weniger ehrgeizige Light-Version. Der Bundesrat beteiligte sich daran lediglich mit Stellungnahmen sowie in der Schlussphase mit der Aktualisierung des Anhangs und dem Erlass der Ausführungsbestimmungen.

Regina Berger Hadorn

Geschäftsfeld Alters- und Hinterlassenenvorsorge, BSV
regina.berger@bsv.admin.ch

Was am 1. Januar 2003 in Kraft tritt, hat einen langen Weg hinter sich:

1978–1984: Vorarbeiten

Die Generalversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht hat am 30. Juni 1978 beschlossen, eine Arbeitsgruppe «Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts» unter der Leitung von Dr. Hans Naef (damaliger stellvertretender Direktor des BSV) einzusetzen. Ausschlaggebend für die Bearbeitung des Themas waren die Rechtsunsicherheiten und Erschwernisse im Vollzug, welche durch die Inkongruenz der rechtlichen Begriffe und die unzureichende Koordination unter den einzelnen Sozialversicherungen ausgelöst wurden. Am 21. Mai 1984 hat die Arbeitsgruppe, in welcher 25 Mitglieder ihre hochprofessionellen Kenntnisse einbrachten, einen Bericht und Entwurf zu einem Allgemeinen Teil der Sozialversicherung verabschiedet.¹

1985: Zustimmung zur Idee im Ständerat

Ständerätin Josi Meier (CVP, LU) reichte am 7. Februar 1985 eine parlamentarische Initiative ein, derzu-

folge – gestützt auf den von der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht ausgearbeiteten Entwurf – ein Bundesgesetz über einen Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts zu erlassen sei. Der Ständerat beschloss am 5. Juni 1985, der Initiative Folge zu geben, und beauftragte eine Kommission, einen entsprechenden Gesetzestext vorzulegen.

1985/86, 1989: Zwei Vernehmlassungen

Die ständerätliche Kommission ersuchte am 23. Oktober 1985 den Bundesrat, ein Vernehmlassungsverfahren über den von der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht ausgearbeiteten Gesetzesentwurf durchzuführen. Die Auswertung der Vernehmlassung, die Ende 1986 der ständerätlichen Kommission vorlag, ergab kein einheitliches Bild. Unter Beizug von Experten erarbeitete die ständerätliche Kommission in den Jahren 1987 und 1988 einen Gesetzesentwurf über einen Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und beauftragte den Bundesrat am 21. Februar 1989, diesen Entwurf nochmals in eine Vernehmlassung zu schicken. Aufgrund der Vernehmlassung überarbeitete die ständerätliche Kommission sodann im September 1990 den Gesetzesentwurf erneut. Sie genehmigte am 27. September 1990 Bericht und Antrag im Sinne einer Botschaft und unterbreitete sie dem Bundesrat zur Stellungnahme.

1991: Stellungnahme des Bundesrates; Annahme im Ständerat

Der Bundesrat äusserte sich in seinem Bericht vom 17. April 1991 grundsätzlich positiv. Er hielt jedoch fest, dass die damals anstehenden Revisionen der einzelnen Sozialversicherungsgesetze eindeutig Priorität vor der Schaffung eines ATSG hätten.

Der Ständerat stimmte am 25. September 1991 den Anträgen seiner Kommission grundsätzlich und ohne grosse Diskussion zu, wobei verschiedentlich geäussert wurde, der Nationalrat solle sich als Zweitrat dann in die Details der Vorlage vertiefen.

1992–1994: Erste Fristerstreckung für den Nationalrat

Die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) beschloss in Übereinstimmung mit dem Bundesrat am 4. November 1991, dem Nationalrat zu beantragen, die Behandlungsfrist um zwei Jahre zu verlängern. Der Nationalrat stimmte am 2. März 1992 der Fristerstreckung zu.

¹ Beiheft zu «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge», Verlag Stämpfli & Cie AG Bern, 1984.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe «Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts»*

eingesetzt von der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht am 30. Juni 1978

Vorsitzender

- Naef Hans, Dr. iur., stv. Direktor des BSV, Bern

Vorsitzende der Studiengruppen

- Viret Bernard, Bundesrichter, Luzern
- Böni-Clerc W., Dr. iur., Bundesgerichtsschreiber/Lehrbeauftragter Uni Freiburg, Luzern
- Duc Jean-Louis, avocat, Prof., Uni Lausanne, Hochdorf

Mitglieder

- Bickel Thomas, lic. iur., Rechtsdienst für Behinderte, SAEB, Zürich
- Büchi Otto, Abteilungschef BSV, Bern
- Clerc Jacques, Versicherungsmathematiker und Jurist, Vaudoises Assurances, Lausanne
- Ducommun Marc, Patria-Leben, Basel
- Forney J.-P., Neuchâtel
- Ghelew André, juge au Tribunal cantonal des assurances, Lausanne
- Grau-Biétry Anne-Marie, avocate, Neuchâtel
- Hügli J., Fürsprecher, KKB, Bern
- Jahn Bruno, Dr. iur., a. Kreisdirektor SUVA, Winterthur
- Jost Fernand, avocat, Eidg. Militärversicherung, Genève
- Lustenberger Alois, Präsident sozialversicherungsrechtliche Abteilung des luzernischen Verwaltungsgerichts, Luzern
- Moser Markus, Dr. iur., Abteilungschef BSV, Bern
- Nef Urs Ch., Prof. Dr., HSG, St.Gallen
- Nüscherer Fritz, Dr. iur., Sekretär SAEB, Zürich
- Pfizmann Hans J., Dr. iur., Vorsteher des kantonalen Amtes für berufliche Vorsorge und Stiftungsaufsicht, Bern
- Reber Urs, Dr. iur., Sekretär der AHV-Rekurskommission, Zürich
- Reimann Johannes, lic. iur., Departementssekretär der SUVA, Luzern
- Rüedi Rudolf, Bundesrichter, Luzern
- Seiler Walter, Dr. iur., Direktor der SUVA, Luzern
- Spira Raymond, Bundesrichter, Luzern
- Suter Heinz, Dr., Aargauische Industrie- und Handelskammer, Aarau
- † Tschudi Hans Peter, Prof. Dr., a. Bundesrat, Basel
- Walser Hermann, Dr. iur., Rechtsanwalt, Zürich

* Die angegebenen beruflichen Funktionen der Mitglieder entsprechen der Situation bei Abschluss des Berichts (1984).

1994: Vertiefte Stellungnahme des Bundesrates; Weiterarbeit

Nachdem der Bundesrat die vertiefte Stellungnahme am 17. August 1994 verabschiedet hatte, nahm die SGK des Nationalrates ihre Beratungen am 31. August 1994 wieder auf und hörte in einem ersten Schritt die Initiantin, Ständerätin Josi Meier, und massgebliche Experten, die mit den Vorarbeiten des ständerätlichen Entwurfes vertraut waren, an. Gleichzeitig beschloss sie Eintreten auf die Vorlage und setzte eine Subkommission zur Vorprüfung ein.

1995: Bericht der Subkommission

Die Subkommission hat der SGK am 1. November 1995 einen ersten schriftlichen Bericht erstattet, nachdem sie – unter Beizug von Experten und Vertretern von Fachämtern sowie nach Einholung schriftlicher Stellungnahmen von verschiedenen Dienststellen des Bundes und weiterer betroffener Institutionen – ihre Vorberatungen durchgeführt hatte. Dieser Bericht betraf zur Hauptsache das ATSG an sich und nicht die daraus resultierenden Anpassungen der einzelnen Sozialversicherungsgesetze im Anhang. Die SGK nahm vom Bericht am 17. November 1995 Kenntnis und beauftragte gleichzeitig die Subkommission mit der Vorbereitung des Anhangs.

1996/97: Detailarbeit in der Subkommission; Reduktion auf «ATSG light»

Im Jahre 1996 befasste sich die Subkommission intensiv mit der Umsetzung des ATSG in den Einzelgesetzen. Dabei musste sie feststellen, dass sich im Detail zahlreiche Fragen stellten. Ausserdem kam es Ende 1996 zu einer verstärkten grundsätzlichen Kritik am Projekt ATSG, namentlich aus Versicherungskreisen. Auf der Suche nach einer politisch und technisch tragbaren Lösung wurde im Sommer 1997 ein Kompromiss unter dem Stichwort «ATSG light» erarbeitet. Die SGK hat diesem Kompromiss an der Sitzung vom 27. November 1997 zugestimmt. Gleichzeitig hat sie beschlossen, das Projekt ATSG – auf der Basis des «ATSG light» – durch die Verwaltung in rechtstechnischer Sicht überprüfen zu lassen. Sie stellte zudem beim Nationalrat den Antrag, die Frist zur Ausarbeitung der Vorlage im Sinne des «ATSG light» bis Ende der laufenden Legislatur zu verlängern. Dieser Antrag wurde am 15. Dezember 1997 angenommen.

1998: Rechtstechnische Überprüfung

Bei der rechtstechnischen Überprüfung durch die Verwaltung im Jahr 1998, welche von der Subkommission und von bisherigen Experten begleitet wurde, wurden alle Fachspezialisten der Bundesverwaltung und zusätzlich neue externe Experten beigezogen. Die SGK des Nationalrates hat am 15. Januar 1999 die Anträge

zur rechtstechnischen Umsetzung des ATSG light und die damit verbundenen Rückkommensanträge beraten und ihren Bericht am 26. März 1999 verabschiedet.

1999: Behandlung im Nationalrat

Das Plenum des Nationalrates hat am 17. Juni 1999 Eintreten beschlossen und ist den Anträgen der Kommission weitestgehend gefolgt.

Im Vergleich zur Vorlage des Ständerates ergaben sich zentrale Differenzen zufolge des Kompromisses «ATSG light» im Bereich «Regelung des Medizinal- und Tarifrachts». Zudem hat der Nationalrat sich für eine gesetzestechnische Neukonzeption entschieden, welche sich ebenfalls in zahlreichen formalen Differenzen niedergeschlagen hat.

1999/2000: Differenzbereinigung

Die SGK des Ständerates befasste sich am 16. August, 6. September und 15. November 1999 mit der Vorlage. Nach Anhörung des damaligen Präsidenten des Eidgenössischen Versicherungsgericht, Dr. Ulrich Meyer-Blaser, schloss sie sich den Beschlüssen des Nationalrates weitgehend an. Anders als der Nationalrat war die Kommission jedoch der Auffassung, dass das Einspracheverfahren auf alle Sozialversicherungszweige auszuweiten sei. Mit dieser Differenz endete auch die Beratung im Plenum des Ständerates am 22. März 2000.

Im Rahmen der Differenzbereinigung ist die SGK des Nationalrates am 18. Mai 2000 bei ihrer Auffassung geblieben – ebenso der Nationalrat am 13. Juni 2000. Die SGK des Ständerates hat am 4. Juli 2000 erneut bekräftigt, dass die Einsprache in allen dem ATSG angeschlossenen Sozialversicherungen eingeführt werden müsse, und das Plenum des Ständerates blieb am 20. September ebenfalls bei dieser Haltung. Dennoch wurden die Differenzen in der Herbstsession – unter Ausdehnung des Einspracheverfahrens auf alle dem ATSG angeschlossenen Systeme – ausgeräumt, so dass das ATSG in der Schlussabstimmung am 6. Oktober 2000 angenommen wurde.

2000–2002: Nach der Schlussabstimmung

Mit der Schlussabstimmung vom 6. Oktober 2000 waren die parlamentarischen Arbeiten jedoch noch nicht

abgeschlossen. Man war sich bereits damals bewusst, dass die Vorarbeiten zur Inkraftsetzung einige Zeit in Anspruch nehmen würden und bis zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung der Anhang des ATSG aufgrund zahlreicher zwischenzeitlich in Kraft getretener Änderungen der einzelnen Sozialversicherungsgesetze überholt sein würde. Das Parlament sah sich daher veranlasst, den Anhang zum ATSG vor der Inkraftsetzung zu revidieren. Aufgrund von gesetzestechnischen Rahmenbedingungen musste diese Revision in drei Teilen erfolgen. Die Revisionen 1–3 des Anhangs zum ATSG sind am 21. Juni 2002 vom Parlament verabschiedet worden.

Letztlich doch ein wegweisendes Werk

Der lange Weg des ATSG hat gute Gründe. Das Sozialversicherungsrecht befindet sich in einem steten Wandel und ist in seiner Gesamtheit hochkomplex. Das ATSG in seiner heutigen Ausgestaltung als «ATSG light» beschränkt sich weitgehend auf eine Harmonisierung des Verfahrens und hat für die Versicherten kaum Änderungen in Bezug auf ihre Leistungsansprüche oder Beitragspflichten zur Folge. Auch ergeben sich keine Verlagerungen in der Leistungspflicht unter den Versicherern. Obwohl man dem ATSG vorwerfen kann, dass es die hohen Erwartungen nicht erfüllt, die zu Beginn der Arbeiten im Raum standen, wird nach über 20-jähriger Diskussion erstmals ein Gesetzesinstrument vorhanden sein, welches formal eine Klammer zwischen den einzelnen Sozialversicherungen bildet und Ausgangspunkt für eine weitergehende Harmonisierung sein kann. Das ATSG wird den Gesetzgeber in der Fortentwicklung des Systems inskünftig dazu zwingen, vermehrt vernetzt zu denken, und wird daher auch in Zukunft harmonisierend und stabilisierend wirken. Die Konzeption des ATSG als Modellgesetz ermöglicht es aber, aus guten Gründen bereichsspezifische Sonderregelungen zu treffen. Unter dem Aspekt der Kombination vom Streben nach Vereinheitlichung unter Wahrung der nötigen Flexibilität darf das ATSG als gelungen betrachtet werden.

Mit Hartnäckigkeit zum Ziel



24 Jahre lang – von 1971 bis 1995 – durfte ich in der Bundespolitik mitreden, davon je zwölf Jahre im National- und im Ständerat. Vorausgegangen war ein jahrzehntelanger Einsatz für das Stimm- und Wahlrecht der Frauen. Er hatte mir gezeigt, dass sich auch die besten Ideen nicht von selbst verwirklichen. Man muss für sie kämpfen, darf nie locker lassen und bei blossen Teilerfolgen nicht aufgeben. Sie sind Ansporn für neue Anläufe.

So ging es mir bei meiner Motion zur Harmonisierung des unübersichtlichen Sozialversicherungssystems. Sie wurde zwar überwiesen. Als sie aber in den Schubladen zu vergilben drohte, doppelte ich mit einer parlamentarischen Initiative nach. Ihr Schicksal ist bekannt. Die lange politische Auseinandersetzung brachte manche Abstriche vom ursprünglichen Ziel. Geblieben ist immerhin ein «Allgemeiner Teil der Sozialversicherungen». Manche mögen das als Light-Version belächeln. Hauptsache ist aber, dass die Grundidee zum Durchbruch kam. Das System wird überschaubarer, die Zusammenhänge bewusster, die Koordination erleichtert. Darauf kann und muss weiter gebaut werden. Ich zähle darauf, dass schliesslich das «formale Dach» auch sachlich zu mehr Einheit und Einfachheit führt.

Josi J. Meier, alt Ständerätin, CVP, Luzern

«Ein kühnes, ja gar verwegenes Vorhaben...»



Paul Rechsteiner
Präsident der Subkommission ATSG

Eintretensreferat von Nationalrat Paul Rechsteiner (SP, SG), Präsident der Subkommission ATSG, anlässlich der Behandlung des ATSG im Nationalrat am 17. Juni 1999

«Es war – rückblickend gesehen – ein kühnes, ja gar verwegenes Vorhaben, als sich alt Ständerätin Josi Meier 1985 dazu entschloss, vom Parlament ohne Umweg über den Bundesrat den Erlass eines Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechtes zu verlangen.

Man darf daran zweifeln, ob sie sich Rechenschaft darüber gegeben hat, in welches Unterfangen sie die Kommissionen, die Subkommissionen und die Vielzahl der beigezogenen Experten über Jahre hinaus gestürzt

hat. Dreissig Beratungstage benötigte allein die Subkommission ihres Rates in verschiedenen Phasen; in der ersten Phase in der letzten Legislaturperiode unter dem Präsidium von Herrn Allenspach und jetzt unter meinem Präsidium.

Die Vorlage, man muss es so sagen, schwebte oft zwischen Leben und Tod, lag über Jahre hinaus im Koma, zu schwach, um zu leben, und doch zu stark, um zu sterben, um schliesslich – fast eine Sensation – auch dank engagierter Mitarbeit der Verwaltung in der Kommission einstimmig verabschiedet zu werden.

Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG) ist angesichts seiner Komplexität und seines Umfangs der ungeeignetste Gegenstand, den man sich für eine parlamentarische Initiative überhaupt denken kann. Trotzdem: Hätte Josi Meier diese parlamentarische Initiative seinerzeit nicht eingereicht, gäbe es heute auch keinen Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes zu beraten. Nicht nur den Bundesrat, sondern auch uns sozialpolitisch engagierte Parlamentarierinnen und Parlamentarier interessiert das *materielle* Sozialversicherungsrecht. Wir streiten darum, welche Leistungen erbracht, verändert oder abgebaut und wie diese finanziert werden sollen. Das formale Sozialversicherungsrecht, die Koordination dieses Rechtsgebietes, ist kein Gegenstand, über den man ins Feuer geraten kann. Ohne diese parlamentarische Initiative wäre das ATSG bei den vielen drängenden Aufgaben in der Sozialpolitik immer von sekundärer Priorität geblieben und nie realisiert worden.

...

Die Vorlage für den Erlass eines ATSG ist nicht so ambitiös wie die entsprechenden Erlasse in anderen europäischen Staaten. Denken wir beispielsweise an den französischen Code de la sécurité sociale von 1956 oder an den Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches in Deutschland, der 1975 verabschiedet wurde.

Das nun vorliegende ATSG ist von politischem Pragmatismus geprägt, vom Verzicht auf alles, was im Moment nicht konsensfähig ist; aber dennoch ist es nicht einfach ein billiges Minimum, sondern vom Willen getragen, ein Werk, das sonst schon in einigen Jahren wieder neu begonnen werden müsste, auf der Höhe der gestellten Aufgabe zu Ende zu führen. Das ist immerhin nicht nichts in diesen sozialpolitisch rauhen Zeiten. Denken wir daran, dass die ebenfalls komplexen Reformvorhaben beispielsweise der Gesamtrevision des Haftpflichtrechtes oder des Versicherungsvertrages nicht vom Fleck kommen.

Der pragmatische Ansatz des ATSG light führt dazu, dass wir beispielsweise auf den Einbezug der beruflichen Vorsorge verzichten. Zwar ist die berufliche Vorsorge in der Schweiz ein bedeutender Zweig der Sozialversicherung, von den Finanzströmen her gesehen in zwischen sogar der grösste. Weil die berufliche Vorsorge im Unterschied zu den übrigen Sozialversicherungen aber über weite Teile nicht der Logik des öffentlichen Rechtes folgt, sondern privatrechtlich strukturiert ist, wird sie mit wenigen Ausnahmen vom Anwendungsbereich des ATSG ausgeschlossen. Ausgeschlossen worden sind nach der Konzeption des ATSG light vom Anwendungsbereich des ATSG aber auch inhaltlich kontroverse Gebiete wie das dornenvolle Medizinalrecht.

...

Die klassischen Rechtsgebiete kennen – wie das ZGB – einen Einleitungstitel oder – wie das Obligationenrecht – einen Allgemeinen Teil. Das noch junge Sozialversicherungsrecht als immer wichtigeres und jetzt gewissermassen ins Erwachsenenalter tretendes Rechtsgebiet erhält mit diesem Allgemeinen Teil ein formales Dach. Die Systematisierung der Begriffsdefinitionen, der Verfahrens- und der Koordinationsbestimmungen kann zu einem Fundus von sozialrechtstypischen Grundsätzen führen, ausgerichtet auf die besonderen Bedürfnisse der Sozialversicherten und der Verwaltung der Sozialleistungen.

Das Sozialversicherungsrecht ist geprägt vom Antagonismus zwischen privatrechtlicher Herkunft – eigentlich kommt es ja aus dem Versicherungs- und dem Haftpflichtrecht – und der Einbindung ins öffentliche Recht der Leistungsverwaltung und des Verwaltungsverfahrens. Das ATSG kann dazu beitragen, dass die heute erst theoretisch erkannte Selbständigkeit dieses Rechtsgebietes auch praktisch umgesetzt wird.

Doch genug der Theorie: Dass das ATSG nun so verabschiedet werden kann, dafür verdienen die vielen beigezogenen Experten, allen voran Dr. Ulrich Kieser, EVG-Präsident Dr. Ulrich Meyer-Blaser und Professor Pascal Mahon, unseren Dank. Dasselbe gilt aber auch für die Verwaltung, das Bundesamt für Sozialversicherung, insbesondere Frau Regina Berger, und das Bundesamt für Justiz mit Herrn Philippe Gerber, ohne die das ATSG und vor allem der schwergewichtige Anhang, der ja im Ergebnis mindestens so wichtig ist, nicht zustande gekommen wären. Einen Dank verdienen auch die Mitglieder der Subkommission in den verschiedenen Zusammensetzungen seit 1994.»

Zusammenspiel von ATSG, VwVG¹ und Spezialgesetz

Praktische Hinweise für den Anwender

Mit dem ATSG wird zwar das Sozialversicherungsrecht nicht wesentlich vereinfacht. Dank der Vereinheitlichung des Verfahrens kann jedoch im Einzelfall systematischer vorgegangen werden. Dazu muss der Anwender die an sich einfache «Mechanik» begreifen.

Regina Berger Hadorn

Geschäftsfeld Alters- und Hinterlassenenvorsorge, BSV
regina.berger@bsv.admin.ch

Steht man als Anwender vor einem konkreten sozialversicherungsrechtlichen Problem, kann man dieses nur lösen, wenn man Klarheit hat, welche Normen anwendbar sind. Bereits bis anhin war es zuweilen nicht einfach, sich diese Klarheit zu verschaffen, denn für das erstinstanzliche Verfahren reichte oftmals das einzelne Sozialversicherungsgesetz nicht aus. Beispiele:

- In der Invalidenversicherung müssen nicht nur die Vorschriften des IVG beachtet werden. Für die Berechnung von Fristen verweist heute das IVG beispielsweise in Art. 81 auf das AHVG. Dieses wiederum verweist in Art. 96 auf die Vorschriften des VwVG.
- In der Krankenversicherung gelten für das Verfahren nicht nur Vorschriften des KVG. Vielmehr muss dort auch kantonales Recht beachtet werden.

Mit dem ATSG wird die Klärung der Frage nach dem anwendbaren Recht auf das erstinstanzliche Verfahren im Einzelfall zwar nicht einfacher, aber gesamthaft gesehen wird sie systematischer gelöst. Für das Verfahren entscheidend ist dabei, dass der Anwender folgende «Mechanik» begreift:

- Verbindung von Art. 2 ATSG und Art. 1 des Spezialgesetzes,
- Anwendung des VwVG gemäss Art. 55 ATSG.

Art. 2 ATSG und Art. 1 des Spezialgesetzes

Der Wortlaut von Art. 2 ATSG selber liefert keine Antwort auf die Grundsatzfrage der Anwendbarkeit des ATSG:

Art. 2 ATSG Geltungsbereich und Verhältnis zu den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen

Die Bestimmungen dieses Gesetzes sind auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen.

Das Spezialgesetz hat also die Aufgabe, den Anwendungsbereich des ATSG zu definieren. Im Anhang zum ATSG wurden in allen Sozialversicherungsgesetzen Änderungen vorgenommen. Dabei wurde auch der Anwendungsbereich des ATSG für jeden Sozialversicherungsbereich festgelegt. Regelmässig (Ausnahme BVG) wurde ein neuer Art. 1 eingefügt. Als Beispiel sei hier Art. 1 KVG angeführt:

Art. 1 KVG

- 1 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das vorliegende Gesetz nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.
- 2 Sie finden keine Anwendung in folgenden Bereichen:
 - a. Zulassung und Ausschluss von Leistungserbringern (Art. 35–40 und 59);
 - b. Tarife, Preise und Globalbudget (Art. 43–55);
 - c. Ausrichtung der Prämienverbilligung nach den Artikeln 65, 65a sowie 66a und die Beiträge des Bundes an die Kantone nach Artikel 66;
 - d. Streitigkeiten der Versicherer unter sich (Art. 87);
 - e. Verfahren vor dem kantonalen Schiedsgericht (Art. 89).

Abs. 1 von Art. 1 KVG macht deutlich, dass das ATSG Modellvorschriften enthält, von denen jedoch – sozusagen branchenspezifisch – abgewichen werden kann. Die Bestimmung stellt aber auch die Vermutung auf, dass ohne ausdrückliche Abweichung das ATSG volle Geltung beansprucht. Hätte der Gesetzgeber es unterlassen, im KVG eine dem ATSG widersprechende Norm ausdrücklich als Abweichung zu bezeichnen, müsste der Widerspruch zugunsten des ATSG gelöst werden.

Abs. 2 nimmt ganze Gebiete vom Geltungsbereich des ATSG aus. Das ATSG ist nämlich in seiner Grundkonzeption auf das Verhältnis «Versicherer – versicherte Person» zugeschnitten und daher nicht geeignet, andere Beziehungen (Tarifverträge, Subventionen usw.) zu regeln.

Die Regelung des Spezialgesetzes zum ATSG erfolgt somit im jeweiligen Art. 1 des Spezialgesetzes zwar global, aber unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des betroffenen Versicherungszweiges.

Ganz anders verhält es sich mit der Beziehung des ATSG zur beruflichen Vorsorge: das BVG ist dem ATSG nicht global angeschlossen. Das ATSG selber bezieht die berufliche Vorsorge im Bereich des Obligatoriums nur bei Art. 66 Abs. 2 ATSG (Reihenfolge der Rentenleistungen) und in die Vorleistungspflicht nach Art. 70 und deren Rückerstattung nach Art. 71 ATSG

¹ VwVG: Bundesgesetz vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (SR 172.021).

ein. Dieser punktuelle Einbezug findet seinen Niederschlag im neuen Art. 34a des BVG, welcher im Anhang zum ATSG eingefügt wird.

Anwendung des VwVG gemäss Art. 55 ATSG

Grundsätzlich gelten für das Verfahren das ATSG und das Spezialgesetz. Soweit sich noch Lücken zeigen, kommt nun zusätzlich Kraft des ATSG das VwVG zur Anwendung:

Art. 55 ATSG Besondere Verfahrensregeln

- 1 In den Artikeln 27–54 oder in den Einzelgesetzen nicht abschliessend geregelte Verfahrensbereiche bestimmen sich nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz vom 20. Dezember 1968.
- 2 Das Verfahren vor einer Bundesbehörde richtet sich nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz, ausser wenn sie über sozialversicherungsrechtliche Leistungen, Forderungen und Anordnungen entscheidet.

Mit Abs.1 von Art.55 ATSG wird der Anwendung kantonaler Verfahrensvorschriften im erstinstanzlichen Verfahren der Boden entzogen. Die Anwendung des VwVG ist immer subsidiär, hat aber durchaus praktische Bedeutung: Beispielsweise enthält das ATSG Bestimmungen zur Akteneinsicht, aber keinerlei Bestimmungen zur Verweigerung derselben. Weil in den Spezialgesetzen ebenfalls keine einschlägigen Normen zur Verweigerung der Akteneinsicht enthalten sind, kommen die Art. 27 und 28 VwVG zur Anwendung.

Das VwVG legt in Art.1 u.a. fest, dass Bundesbehörden bei Verfahren, die mit Verfügung in erster Instanz zu erledigen sind, die Regeln des VwVG anzuwenden haben. In der Sozialversicherung ist die Tätigkeit der Bundesbehörden grossenteils auf die Aufsicht eingeschränkt, und es kommt nur in vereinzelt Bereichen vor, dass Bundesbehörden auch erstinstanzliche Entscheidungsträger über Leistungen, Forderungen und Anordnungen sind (z.B. Militärversicherung, gemeinsame Einrichtung der Krankenversicherung). Mit Art. 55 Abs.2 ATSG wird nun sichergestellt, dass in der Durchführung der Sozialversicherung das ATSG auch dann zur Anwendung kommt, wenn eine Bundesbehörde materiell entscheidet. Als Gegenstück zu Art. 55 Abs.2 ATSG wurde im Anhang zum ATSG auch das VwVG mit einer neuen Ausnahmebestimmung (Art.3 Bst. d^{bis} VwVG) ergänzt, welche die Anwendung des VwVG auf konkrete Sozialversicherungsverfahren ausschliesst. Demgegenüber bleibt das VwVG für die übrige Tätigkeit der Bundesbehörden in der Sozialversicherung (Aufsicht) weiterhin anwendbar.

Umsetzung des ATSG auf Verordnungsstufe

Die Umsetzung des ATSG wirkt sich auch auf Verordnungsebene aus. Der Bundesrat hat am 11. Septem-

ber 2002 die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) erlassen und 25 bestehende Verordnungen geändert. Gleichentags wurden drei Departementsverordnungen angepasst.

Handlungsbedarf hat sich in drei verschiedene Richtungen ergeben:

- a) Vornahme der nötigen Anpassungen, weil die bestehenden Ordnungsbestimmungen nicht mehr mit dem neuen übergeordneten Recht in Einklang standen;
- b) Harmonisierung vorhandener Vollzugsbestimmungen in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung, sofern sie sich neu auf eine im ATSG verankerte gesetzliche Grundlage stützen;
- c) Umsetzung von inhaltlich mit dem ATSG neu eingeführten Bestimmungen.

Die Systematik und das Zusammenspiel auf Verordnungsstufe folgt anderen Prinzipien als denjenigen auf Gesetzesstufe:

- Um die Komplexität des Verhältnisses zwischen allgemeingültigen Bestimmungen in der Sozialversicherung und solchen, die nur auf ein Spezialgebiet anwendbar sind, nicht zusätzlich zu verschärfen, wurde bewusst darauf verzichtet, Ausführungsbestimmungen in die ATSV aufzunehmen, welche durch die Verordnungen in den Spezialgebieten wieder relativiert werden müssten (keine Abweichungen von der ATSV!).
- Die Anwenderin und der Anwender im Spezialgebiet sollen sich darauf verlassen können, dass eine bestimmte Ausführungsbestimmung in der ATSV zur Anwendung kommt, wenn das Spezialgesetz die ATSG-Norm für anwendbar erklärt. Damit werden die Benutzer und Benutzerinnen – anders als auf Gesetzesstufe – von der Aufgabe enthoben, in «ihrer» Spezialverordnung nach einer Ausnahmebestimmung suchen zu müssen.

Eine Konsequenz davon ist allerdings, dass sich die Anzahl der Ausführungsbestimmungen, welche in die ATSV aufgenommen werden konnten, bereits aufgrund der Konstellation auf Gesetzesstufe (Abweichungen vom ATSG in den Spezialgesetzen) stark reduziert. Eine weitere Einschränkung für den Erlass von Ausführungsbestimmungen in der ATSV hat sich daraus ergeben, dass im ATSG zwar oftmals eine Norm im Sinne eines «kleinsten gemeinsamen Nenners» vorhanden ist, die unterschiedlichen Organisationsformen der Versicherungszweige aber dennoch keine identische Umsetzung zulassen. Als Folge davon können Ausführungsbestimmungen in der UV von solchen in der AHV abweichen, obwohl sie sich auf dieselbe Gesetzesnorm im ATSG abstützen.

Dennoch sind die ATSV-Ausführungsbestimmungen von grossem Wert, zeigen sie doch auf, wo ein einheitlicher Vollzug möglich ist (z.B. Rückerstattung und Erlass, Verzugszins auf Leistungen, Aktenein-

sicht). Ein Sonderfall ist das Einspracheverfahren: Die ATSV enthält zwar sämtliche Ausführungsbestimmungen dazu und lässt grundsätzlich sowohl die mündliche wie schriftliche Anhebung desselben zu, nimmt aber selber eine Differenzierung vor, indem für die Arbeitslosenversicherung (Leistungen und

Rückerstattung) und die Unfallverhütung die schriftliche Anhebung vorgeschrieben wird. Die ATSV reglementiert somit anders als das ATSG nicht modellhaft, sondern eigentlich bereichsübergreifend, was auch in den Ausführungsbestimmungen zum Regress zum Ausdruck kommt.

Fundstellen zum ATSG

Gesetzestexte

Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) (mit Anhang)

- publiziert im Bundesblatt **2000** 5041 (der Anhang ist nicht mehr aktuell)
 - abrufbar via www.admin.ch, Bundeskanzlei
 - Bestellung bei BBL, Vertrieb Publikationen, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen
- wird voraussichtlich im Oktober 2002 in der Amtlichen Sammlung und ab Januar 2003 in der Systematischen Sammlung des Bundesrechts publiziert (www.admin.ch)
- ist in inoffizieller Fassung abrufbar unter www.bsv.admin.ch/sv/grundlag/d/atsg.htm

Revision 1 und 2 des Anhangs zum ATSG vom 21. Juni 2002

- wird voraussichtlich im Oktober 2002 in der Amtlichen Sammlung publiziert
- ist in inoffizieller Fassung abrufbar unter www.bsv.admin.ch/sv/grundlag/d/atsg.htm

Revision 3 des Anhangs zum ATSG vom 21. Juni 2002

- publiziert im Bundesblatt **2002** 4453 (Referendumsfrist bis 17. Oktober 2002)
 - abrufbar via www.admin.ch, Bundeskanzlei
 - Bestellung bei BBL, Vertrieb Publikationen, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen
- wird voraussichtlich im Oktober 2002 in der Amtlichen Sammlung publiziert (www.admin.ch)
- ist in inoffizieller Fassung abrufbar unter www.bsv.admin.ch/sv/grundlag/d/atsg.htm

Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

- wird voraussichtlich im Oktober 2002 in der Amtlichen Sammlung publiziert
- ist in inoffizieller Fassung abrufbar unter www.bsv.admin.ch/sv/grundlag/d/atsg.htm

Materialien

Bericht und Entwurf zu einem Allgemeinen Teil der Sozialversicherung

- Beitrag einer Arbeitsgruppe der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht zur Verbesserung der Koordination in der Sozialversicherung
- Beiheft zu «Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge», Verlag Stämpfli & Cie AG Bern

85.227. Parlamentarische Initiative
Allgemeiner Teil Sozialversicherungsrecht:

• Bericht der Kommission des Ständerates vom 27. September 1990

- BBl **1991** II 185

• Stellungnahme des Bundesrates vom 17. April 1991

- BBl **1991** II 910

• Vertiefte Stellungnahme des Bundesrates vom 17. August 1994

- BBl **1994** V 921

• Bericht der Kommission des Nationalrates für soziale Sicherheit vom 26. März 1999

- BBl **1999** 4523
Das verabschiedete Gesetz basiert massgeblich auf den Anträgen der Kommission vom 26. März 1999. Der Bericht gibt einen guten Überblick über die Zusammenhänge und Hintergründe der Regelungen

Literatur

«Letztes Aufbäumen vor der Abschaffung des Haftungsprivilegs»

- Beitrag von Peter Beck in der Zeitschrift «Haftung und Versicherung» HAVE; Nr. 3/2002, S. 214 ff.

Zum Allgemeinen Teil der Sozialversicherung

- Beitrag von Ueli Kieser in «plädoyer» 4/01

Allgemeiner und Besonderer Teil des Sozialversicherungsrechts – Bemerkungen zum Scharnier (Art. 2 ATSG)

- Beitrag von Ueli Kieser in der Anwaltsrevue / Revue de l'avocat Nr. 11-12/2001

Ueli Kieser: Kommentar zum ATSG

- wird im März 2003 bei Schulthess Juristische Medien AG erscheinen

Auswirkungen des ATSG auf die Versicherten und die Versicherungsträger

Diplomarbeit NDS Sozialversicherungsmanagement, Luzern

- Janine Probst, Alpenstrasse 5, 6300 Zug, janineprobst@hotmail.com

Anpassung der Merkblätter, insbesondere: Allgemeine Information im Merkblatt 1.2003 «Änderungen auf 1. Januar 2003 bei Beiträgen und Leistungen»

- Zu beziehen bei den AHV-Ausgleichskassen und IV-Stellen, im Internet zugänglich unter www.ahv.ch (erscheint gegen Ende November 2002)

Leistungskoordination und Regress

Im 5. Kapitel des ATSG werden die Regeln für die Koordination der Leistungen und des Rückgriffs auf haftpflichtige Dritte geregelt. Damit wird z.B. festgelegt, welches System primär oder subsidiär die Heilbehandlung eines Kranken oder Verunfallten zu übernehmen hat und wo Leistungen kumuliert oder wegen Überentschädigung gekürzt werden müssen.



Peter Beck
Bereich Regress AHV/IV, BSV
peter.beck@bsv.admin.ch

Bereits die parlamentarische Initiative von Ständerätin Josi Meier vom 7. Februar 1985 enthielt als eine der Stossrichtungen zur Schaffung des ATSG «eine bessere Koordination im Sozialversicherungsrecht». Das später durchgeführte Vernehmlassungsverfahren wie auch die parlamentarischen Beratungen zeigten, dass der Wunsch nach verbesserter Koordination vor allem im Zusammenhang mit den Zuständigkeiten der Versicherungsträger und dem Leistungsrecht geäussert wurde. Es ist seit etlicher Zeit für Versicherte, selbst für juristisch geschulte Personen, nicht leicht, Leistungen aus der zuständigen Sozialversicherung abzurufen, weil vielfach verschiedene Zweige für denselben Sachverhalt Leistungsansprüche vorsehen. Ob das ATSG den anspruchsvollen Koordinationswünschen gerecht geworden ist, wird die Anwendung in der Praxis weisen.

Allgemeine Grundsätze der Leistungskoordination gemäss Art. 63 ff. ATSG

In der juristischen Literatur werden gemeinhin drei Koordinationsbereiche unterschieden.

Die *intrasystemische Koordination* bezieht sich auf die Harmonisierung der Leistungen innerhalb eines

einzelnen Sozialversicherungszweiges. Ein Beispiel dazu liefert der in der IV massgebende Grundsatz «Eingliederung vor Rente». Dieser Bereich wird vom ATSG nicht berührt.

Mit der *intersystemischen Koordination* werden innerhalb des Systems Sozialversicherung die verschiedenen Zweige aufeinander abgestimmt. So sind zum Beispiel Ansprüche auf Heilbehandlung in der Krankenversicherung, der Invalidenversicherung, der Unfallversicherung und der Militärversicherung vorgesehen. Die Art. 64 bis 71 ATSG befassen sich mit diesem Gebiet.

Die *extrasystemische Koordination* verzahnt verschiedene Sozialversicherungszweige mit Leistungen aus Haftpflicht. In diesem Bereich ist das Regressrecht des Sozialversicherers auf den haftpflichtigen Dritten gemäss Art. 72 ff. ATSG von herausragender Bedeutung.

Das Kongruenzprinzip als Filter

Tragendes Prinzip der Koordinationsbestimmungen ist dasjenige der Kongruenz. Zu koordinieren sind Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung, wobei diese dem gleichen befürchteten Ereignis zugrunde liegen, derselben Person zustehen und zeitliche identisch sein müssen. Sind die Leistungen kongruent, so sind sie zu koordinieren und unterliegen dem allgemeinen Überentschädigungsverbot gemäss Art. 69 ATSG, das mit dem ATSG nun gesetzlich statuiert worden ist. Nicht kongruente Leistungen fallen aus der Koordination, insofern erfüllt das Kongruenzprinzip eine Filterfunktion.

Die Koordinationstechniken der Priorität und der Kumulation

Das *Prioritätsprinzip* bedeutet, dass die Leistungen nur von einem Sozialversicherungszweig zu entrichten sind und alle anderen davon entlastet werden. Erforderlich zur Umsetzung dieses Prinzips ist eine Reihenfolge, mit welcher festgelegt wird, in welcher Reihenfolge die Leistungspflicht der einzelnen Zweige festgelegt wird. In Bezug auf die Heilbehandlung (Art. 64 ATSG), die Hilfsmittel sowie die Eingliederungsmassnahmen (Art. 65 ATSG) und Hilflosenentschädigungen (Art. 66 Abs. 3 ATSG) wird das Prioritätsprinzip verwirklicht.

Das Prinzip der *Kumulation* im Sinne des ATSG bedeutet, dass die Leistungen der verschiedenen Sozialversicherungszweige ergänzend und kumulativ bis zur Überentschädigungsgrenze ausgerichtet werden. Umgesetzt ist dieses Prinzip bei Rentenleistungen (Art. 66 Abs. 1 ATSG), beim Zusammentreffen von Taggeldern mit Renten (Art. 68 ATSG) sowie in der allgemeinen Überentschädigungsnorm von Art. 69 ATSG.

Art. 70 ATSG legt für einzelne Sozialversicherungszweige bei bestimmten Sachverhalten eine *Vorleistungspflicht* fest. Diese setzt ein, wenn Zweifel über die Bestimmung des zuständigen Sozialversicherungszweiges bestehen. Wird der Fall schliesslich von einem andern Sozialversicherungszweig übernommen, hat dieser dem vorleistenden Versicherungsträger die Vorleistungen zurückzuerstatten (Art. 71 ATSG).

Das Regressrecht

Mit den Art. 72 bis 75 schafft das ATSG eine einheitliche Ordnung für den Rückgriff auf haftpflichtige Dritte in der AHV/IV, der Unfallversicherung, der Militärversicherung, der Krankenversicherung und der Arbeitslosenversicherung. Die übrigen Sozialversicherungszweige umfassen keine regressfähigen Leistungen, weshalb sie vom Regressrecht ausgenommen sind (z.B. die Ergänzungsleistungen mit Art. 16a ELG). Die wesentlichsten Neuerungen sind:

- Die Sozialversicherung tritt von Gesetzes wegen (Subrogationsprinzip) in die Rechtsstellung der geschädigten Person gegenüber der haftpflichtigen ein. Besteht eine Mehrheit von haftpflichtigen Personen, kann sich die Sozialversicherung wie die geschädigte Person auf die Solidarität berufen.
- Das Haftungsprivileg wird abgeschafft und an dessen Stelle tritt ein generalisiertes Regressprivileg. Die Regelungen betreffend der Privilegien beantworten die Frage, ob sich eine haftbare Person auf ihr Naheverhältnis zur geschädigten Person berufen kann und nur unter den strengen Voraussetzungen von grober Fahrlässigkeit oder gar Vorsatz für Schadenersatzansprüche und/oder Regressansprüche einstehen muss. Im Unterschied zu einem Haftungsprivileg, das einzig

im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung Schadenersatzansprüche durch Versicherungsleistungen ersetzt, wirkt ein Regressprivileg wie eine Anrechnung kongruenter Versicherungsleistungen an die Schadenersatzansprüche mit befreiender Wirkung zugunsten der haftpflichtigen Person. Der Sozialversicherung steht im Rahmen der in Art. 75 ATSG abschliessend umschriebenen Personenkreise (Personen mit enger persönlicher Beziehung und solche aus dem Berufsleben) ein Regressanspruch nur unter den bereits erwähnten strengen Voraussetzungen zu.

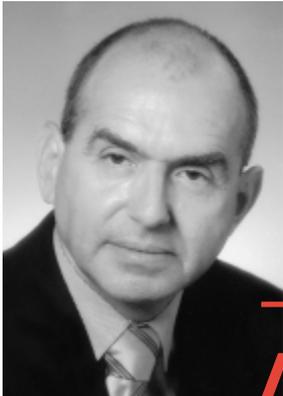
- Der Verjährungsbeginn der Regressforderung wird analog zum Haftpflichtanspruch geregelt.
- Die in der Praxis kaum vorkommende Quotenteilung wird für die geschädigte Person vorteilhafter geregelt. Die Quotenteilung, die generell verhindert, dass die geschädigte Person Leistungskürzungen aus der Sozialversicherung mit Schadenersatzleistungen auffangen kann, wird leicht modifiziert, und zwar in der Regel zu Lasten der regressierenden Sozialversicherung.

Ein Beispiel für die Quotenteilung:

Gesamtschaden	100 000
Ungekürzte Leistung des Sozialversicherers	80 000
Gekürzt um 10 % wegen Selbstverschuldens	72 000
Direktschaden der geschädigten Person	28 000
Haftungsquote der haftpflichtigen Person	50 %
Schadenersatzanspruch	50 000
Summe der ungekürzten Sozialversicherungsleistungen und Schadenersatzanspruch (80 000 + 50 000)	130 000
Subrogationsforderung des Sozialversicherers (130 000 – 100 000)	30 000
Haftungssubstrat für Direktforderung (50 000 – 30 000)	20 000
Die geschädigte Person erhält (72 000 + 20 000)	92 000
Der Sozialversicherer trägt (72 000 – 30 000)	42 000
Die haftpflichtige Person trägt (30 000 + 20 000)	50 000

Das ATSG aus der Sicht der Rechtsprechung

Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG erfordert als koordinierendes Regelungswerk von Seiten der beteiligten Durchführungs- und Rechtspflegeorgane eine intensive Auseinandersetzung mit der Materie. Im Laufe der langen Geschichte des ATSG haben verschiedene Vertreter des Eidgenössischen Versicherungsgerichts ihr Wissen in die Gesetzgebung eingebracht. Ulrich Meyer-Blaser, Bundesrichter am EVG, wurde von den parlamentarischen Kommissionen auch in den letzten Phasen als Experte beigezogen. Der folgende Beitrag bietet einen ersten Kurzkomentar zum ATSG aus der Sicht der Rechtsprechung. Die Red.



Ulrich Meyer-Blaser
Bundesrichter am EVG, Luzern
ulrich.meyer@evg.admin.ch

1. Das ATSG als typischer helvetischer Kompromiss

Wer die Gesetzgebungsarbeiten zum ATSG begleitet oder verfolgt hat, kommt nicht um die Feststellung herum, dass sich das Parlament, seine vorberatenden Kommissionen und auch der Bundesrat als Spitze der Bundesverwaltung mit der Behandlung der parlamentarischen Initiative von Frau alt Ständerätin Josi Meier vom 7. Februar 1985 schwer getan haben. Die lange Entstehungsgeschichte des ATSG (vgl. den Beitrag von Regina Berger auf Seite 265 in diesem Heft) zeugt davon. Dies ist erstaunlich, wenn man bedenkt, dass es sich beim ATSG um eine technische Materie handelt, die kaum hohe Wellen schlägt und sich nicht als Gegenstand ordnungs- oder sozialpolitischer Ausmachungen darbietet. Indes, es kam anders. Die Gesetzes-

vorlage, welche der Ständerat gestützt auf den Bericht seiner vorberatenden Kommission vom 27. September 1990 – weitgehend der parlamentarischen Initiative und den Vorarbeiten im Schosse der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht (SGVR) folgend – am 25. September 1991 zuhanden des Nationalrates verabschiedete, war kaum mehr wieder zu erkennen, als sich die kleine Kammer im Differenzbereinigungsverfahren wieder mit dem Gesetzesentwurf zu befassen hatte. Wer den Gesetz gewordenen Text gemäss den Schlussabstimmungen vom 6. Oktober 2000 mit dem die Grundlage der parlamentarischen Initiative darstellenden Bericht und Entwurf der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungsrecht zu einem Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (Bern 1984) vergleicht, erkennt, dass sich die Gesetzesvorlage im Laufe der Beratungen erhebliche Abstriche gefallen lassen musste, die Wesen und Funktion eines Allgemeinen Teils zuwiderlaufen.

2. Die nicht verwirklichten Regelungspunkte...

2.1. Die Ausklammerung der beruflichen Vorsorge vom ATSG

Im Verlaufe der Gesetzgebungsarbeiten durch die Subkommission der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit wurde klar, dass die Verwirklichung des Allgemeinen Teils gefährdet gewesen wäre, wenn man das ursprüngliche Postulat eines Einbezuges sämtlicher Sozialversicherungszweige in das ATSG aufrecht erhalten hätte. Nach geltendem Recht gehört zur schweizerischen Sozialversicherung unzweifelhaft auch die obligatorische und weitergehende berufliche Vorsorge (Art. 6, Art. 49 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 73 BVG und Art. 128 OG). Dennoch wurde auf ihre Unterstellung unter das ATSG verzichtet. Ein Bezug zum ATSG findet sich im neuen Art. 34a BVG, nach dessen Abs. 2 beim Zusammentreffen von Leistungen nach diesem Gesetz mit gleichartigen Leistungen anderer Sozialversicherungen Art. 66 Abs. 2 ATSG (Koordination der Rentenberechtigungen von AHV/IV, Militär- oder Unfallversicherung und BVG-Leistungen) Anwendung findet (erster Satz). Ferner erklärt Art. 34a Abs. 3 BVG für die Vorleistung die Art. 70 und 71 ATSG für anwendbar. Eine weitergehende Anwendbarkeit des ATSG sieht das BVG als einzelnes Sozialversicherungsgesetz im Sinne von Art. 2 ATSG nicht vor. Das hat zur Folge, dass das Leistungs-

recht des BVG, insbesondere die den Leistungsberechtigungen (z.B. Invalidenrente) zu Grunde liegenden Anspruchsvoraussetzungen (z.B. Invalidität), grundsätzlich autonom, d.h. aus sich selber heraus, anzuwenden und auszulegen sind, ohne Rücksicht auf die Definitionen allgemeiner Begriffe nach Art. 3 ff. ATSG (z.B. Invalidität; Art. 8 ATSG) oder die allgemeinen Bestimmungen über Geldleistungen nach Art. 15 ff. ATSG (z.B. Ermittlung des Invaliditätsgrades; Art. 16 ATSG). Auf die Frage, ob und inwieweit im Bereich der beruflichen Vorsorge gemäss BVG nach dem Inkrafttreten des ATSG weiterhin Raum für eine harmonisierende Auslegung verbleibt, wird zurückzukommen sein (Ziff. 4 hienach).

2.2. Der Verzicht auf den Vorrang des ATSG vor den Einzelgesetzen

Wer das ATSG zur Hand nimmt und sich fragt, in welchen Zweigen des Sozialversicherungsrechts der Allgemeine Teil gilt, erhält durch die Lektüre des ATSG keine Antwort. Nach langen Diskussionen wurde – aus der Befürchtung heraus, das ATSG könnte zu einem unerwünschten «Supergesetz» werden – auf eine (abschliessende) Aufzählung der ihm unterstellten Sozialversicherungen verzichtet. Der Gesetz gewordene Art. 2 ATSG über den Geltungsbereich und das Verhältnis zu den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen erklärt nämlich die Bestimmungen des ATSG auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen für anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Das ATSG ist somit den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen in dem Sinne nachgeordnet, als sich sein sachlicher und intertemporalrechtlicher Anwendungsbereich nach dem Stand der Legiferierung in den einzelnen Bundessozialversicherungsgesetzen richtet. Dieser Rechtszustand wird künftig bei jeder Gesetzesrevision auf dem Gebiet der Sozialversicherung mitzubersichtigen sein. Für die Rechtsanwendung ist die gesetzestechnische Lösung des Art. 2 ATSG – im Vergleich zu den früheren Fassungen in den Gesetzesvorlagen – eine Erschwerung. Das ATSG kann aus sich allein heraus nicht angewendet werden, sondern immer nur unter vergleichender Berücksichtigung der sachlich einschlägigen Regelung in dem in Frage stehenden Einzelgesetz. Wer also, um im obenerwähnten Beispiel der Invalidenrentenberechtigung zu bleiben, wissen will, wie sich der Invaliditätsgrad Erwerbstätiger ermittelt, wird vor der Anwendung und Auslegung der entsprechenden Bestimmung (Art. 16 ATSG) die Frage zu beantworten haben, ob das Einzelgesetz (z.B. das IVG) die Norm von Art. 16 ATSG für anwendbar erklärt (vgl. rev. Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit rev. Art. 28 IVG, wo der bisherige Abs. 2 über den Einkommensvergleich aufgehoben worden ist).

Die sich aus Art. 2 ATSG ergebende gesetzestechnisch bedingte Erschwerung für die Rechtsanwendung ist nicht unüberwindbar, zumal die gesetzliche Verweisung kein juristisches Neuland darstellt. Zu begrüssen wäre eine vom BSV – vergleichbar den bekannten über die EDMZ vertriebenen Gesetzesbroschüren – herausgegebene ATSG-Textausgabe, in der die sachlich einschlägigen Artikel der einzelnen Sozialversicherungsgesetze als Fussnoten zu den ATSG-Normen vermerkt wären. Eine solche Aufbereitung des ATSG wäre für die Rechtsanwendung eine hilfreiche, wenn auch nicht verbindliche Orientierung.

2.3. Verzicht auf bestimmte einzelne Regelungen

Im Zuge der einlässlichen Beratungen durch die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit und deren Subkommission liess sich zu einigen Bestimmungen der ursprünglichen Gesetzesvorlage kein Konsens finden, und sei es auch nur in dem Sinne, dass nicht auszuräumende Unklarheiten darüber anhielten, wie sich eine bestimmte ATSG-Regelung im Kontext des einzelnen Sozialversicherungszweiges auswirken würde. Darin liegt der Grund, warum beispielsweise auf eine ausführliche Normierung des Sachleistungsrechts (Heilbehandlung, Wirtschaftlichkeit, Recht der Dienstleistungserbringer betreffend Medizinalpersonen, Heilanstalten und Tarife) verzichtet (vgl. noch Art. 14 ATSG) oder warum eine Regelung über einen bestimmten Gegenstand ersatzlos gestrichen wurde, z.B. betreffend die Verrechnung, über deren Voraussetzungen und Schranken die Auffassungen kontrovers blieben und die daher den spezifischen Regelungen in den Einzelgesetzen überlassen werden sollte.

Wo das ATSG solche Regelungslücken aufweist, eine sachlich einschlägige Regelung somit fehlt, ist die Antwort auf die Rechtsfrage direkt im einzelnen Sozialversicherungsgesetz zu suchen. Das Problem des Verhältnisses zum ATSG stellt sich von vornherein nicht. Davon zu unterscheiden – und durch das Fehlen einer Regelung im ATSG weder positiv noch negativ präjudiziert – ist die weitere Frage, nach welchen privat- oder öffentlichrechtlichen Regeln oder Grundsätzen ein Rechtsproblem zu beurteilen ist, für dessen Lösung auch das einzelne Sozialversicherungsgesetz keine Norm bereithält.

3. ... und die Ertragnisse des ATSG

Wer aus den vorstehenden Ausführungen den Schluss ziehen wollte, das ATSG sei im Zuge der Gesetzesberatungen seines wesentlichen Gehaltes beraubt worden, täuscht sich. Die Abstriche gehen nicht so weit, dass der Charakter eines Allgemeinen Teils preisgegeben worden wäre.

3.1. Definitionen allgemeiner Begriffe

Das ATSG definiert in für alle Sozialversicherungszweige (ausser der beruflichen Vorsorge) grundsätzlich verbindlicher Weise allgemeine Begriffe, welche für die Rechtsanwendung von erstrangiger Bedeutung sind. Es handelt sich um Krankheit (Art. 3 ATSG), Unfall (Art. 4 ATSG), Mutterschaft (Art. 5 ATSG), Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), Invalidität (Art. 8 ATSG), Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG), arbeitnehmende Person (Art. 10 ATSG), Arbeitgeber (Art. 11 ATSG), Selbständigerwerbende (Art. 12 ATSG) und Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt (Art. 13 ATSG). Diese Legaldefinitionen zeichnen sich durch einen hohen Grad an Kontinuität aus, indem sie, von redaktionellen Änderungen abgesehen, die bisherige Rechtslage nach gesetzlicher Regelung und/oder Rechtsprechung widerspiegeln.

3.2. Allgemeine Bestimmungen über Leistungen und Beiträge

Das ATSG gibt eine Definition der Sachleistungen, welche die Sozialversicherungen faktisch oder rechtlich als Naturalleistungen erbringen («von den einzelnen Sozialversicherungen geschuldet») oder deren Kosten sie vergüten («erstattet werden»; Art. 14 ATSG). Hinsichtlich der Geldleistungen (Definition in Art. 15 ATSG) regelt der Allgemeine Teil die Ermittlung des Invaliditätsgrades bei Erwerbstätigen (Art. 16 ATSG), die Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen zufolge Eintritts nachträglicher anspruchserheblicher Tatsachenänderungen seit der formell rechtskräftigen Zusprechung (Art. 17 ATSG), die Auszahlung (Art. 19 ATSG) und die Gewährleistung der zweckgemässen Verwendung (Art. 20 ATSG). Für Sozialversicherungen mit Geldleistungen, die gesetzlich in Prozenten des versicherten Verdienstes festgesetzt sind, wird der Bundesrat mit der Bestimmung dessen Höchstbetrages betraut (Art. 18 ATSG). Art. 21 ATSG enthält eine völkerrechtskonforme Regelung der Kürzung und Verweigerung von Leistungen, welche auf die vorsätzliche oder angelegentlich vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens erfolgte Herbeiführung oder Verschlimmerung des Versicherungsfalles beschränkt ist. Allgemein geregelt werden sodann die Leistungssicherung (Art. 22 ATSG), der Leistungsverzicht (Art. 23 ATSG), die Leistungsverwirkung (Art. 24 ATSG), die Leistungsrückerstattung (Art. 25 ATSG) und die Pflicht zur Zahlung von Verzugs- und Vergütungszinsen (Art. 26 ATSG), welche eine der wenigen materiellen Neuerungen im Vergleich zum bisherigen Rechtszustand bedeutet.

3.3. Allgemeine Verfahrensbestimmungen

Einen Schwerpunkt des ATSG bildet das 4. Kapitel über die allgemeinen Verfahrensbestimmungen

(Art. 27 bis 62 ATSG). Gegenstand dieses Kapitels sind im praktischen Alltag der Sozialversicherungsdurchführung so zentrale Gesichtspunkte wie die Aufklärung und Beratung nach Art. 27 ATSG, welche über die bloss fragmentarischen Informationspflichten des geltenden Rechts hinausgeht, des Weiteren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person und von Dritten (Art. 28 ATSG), die Geltendmachung des Leistungsanspruches (Art. 29 ATSG) und die Meldepflicht bei Eintritt veränderter Verhältnisse (Art. 31 ATSG) sowie – seitens der Behörden – die Pflicht zur Weiterleitung (Art. 30 ATSG), die Amts- und Verwaltungshilfe (Art. 32 ATSG) und die Schweigepflicht (Art. 33 ATSG). Vor allem aber wird für alle Sozialversicherungsträger – gleichgültig ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit, ihrer Organisationsform, ihres Grades an Autonomie, ihrer privat- oder öffentlichrechtlichen Natur, ihrer Zugehörigkeit zum Bundes- oder kantonalen Recht – das vor ihnen ablaufende Verfahren (Verwaltungs- oder Administrativverfahren) in den wichtigsten Punkten einheitlich geregelt (Art. 34 bis 54 ATSG). Besondere Erwähnung verdienen die Regelung von Verfügung (Art. 49 ATSG) und Vergleich (Art. 50 ATSG), die Generalisierung der Einsprache (Art. 52 ATSG), eine der im Hinblick auf die Filterwirkung des Einspracheverfahrens wichtigsten Neuerungen des ATSG für die Rechtsprechung, endlich die Kodifizierung der Rückkommenstitel von Wiedererwägung (wegen zweifelloser Unrichtigkeit und erheblicher Bedeutung der Berichtigung) und prozessualer Revision (wegen neuer Tatsachen oder Beweismittel) gemäss der bisherigen Rechtsprechung in Art. 53 ATSG. Zu beachten ist die Regelung der Anwendbarkeit des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG) in Art. 55 ATSG. Nach dessen Abs. 1 kommt das VwVG in Verfahrensbereichen subsidiär zur Anwendung, die in den Art. 27 bis 54 ATSG oder in den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen nicht abschliessend geregelt sind. Das Verfahren vor einer Bundesbehörde (z.B. dem BAMV) richtet sich primär nach dem VwVG, ausser wenn es um sozialversicherungsrechtliche Leistungen, Forderungen und Anordnungen geht (Art. 55 Abs. 2 ATSG).

In der Rechtspflege bringt der 3. Abschnitt des 4. Kapitels – unter Berücksichtigung der fünfjährigen Übergangsfrist von Art. 82 Abs. 2 ATSG – eine weitgehende Vereinheitlichung in institutioneller Hinsicht (Art. 57 ATSG: Pflicht der Kantone zur Bestellung einer einzigen gerichtlichen Beschwerdeinstanz für die dem ATSG unterstellten Sozialversicherungszweige) und bezüglich der Verfahrensregeln (Art. 61 ATSG: bundesrechtliche Minimalanforderungen an das kantonale Gerichtsverfahren).

Nicht berührt vom ATSG ist das verwaltungsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungs-

sachen vor dem EVG, das sich wie bisher nach den Art. 122 ff. OG richtet (Art. 62 Abs. 1 ATSG).

3.4. Koordinationsregeln und verschiedene Bestimmungen

Das ATSG regelt die Leistungskoordination (Art. 63 bis 71 ATSG) und den Rückgriff der dem Allgemeinen Teil unterstellten Sozialversicherungsträger auf haftpflichtige Dritte für erbrachte Leistungen (Art. 72 bis 75 ATSG). Von den verschiedenen Bestimmungen ist jene über die Verantwortlichkeit der Sozialversicherungsträger zu erwähnen (Art. 78 ATSG).

4. Die Bedeutung des ATSG für die Rechtsprechung

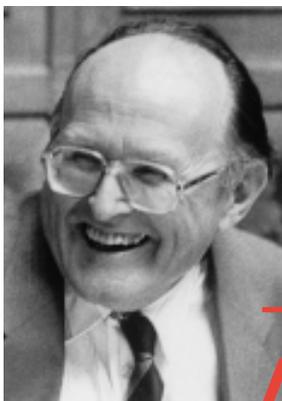
Sie liegt vor allem darin, dass die Gerichte, insbesondere das EVG als letzte Instanz, die Grundentscheidungen zu respektieren haben, welche der Gesetzgeber mit dem Erlass des ATSG gefällt hat. Das gilt sowohl für diejenigen Punkte, auf deren Regelung verzichtet worden ist (Ziff. 2 hievov), als auch für jene Gegenstände, welche in das ATSG Eingang gefunden haben (Ziff. 3 hievov). Für den fehlenden Einbezug der beruflichen Vorsorge in den Allgemeinen Teil namentlich bedeutet dies, dass die Rechtsprechung nicht auf dem Weg der Auslegung Normen des ATSG auf die obligatorische oder gar weitergehende berufliche Vorsorge wird zur Anwendung bringen dürfen. Für eine harmonisierende Auslegung des Berufsvorsorgerechts bleibt daher nur noch Raum, soweit das BVG selber auf gesetzliche Regelungen der anderen (dem ATSG unterstellten) Sozialversicherungszweige verweist oder an ihnen anknüpft (z.B. 23 ff. BVG) oder soweit verfassungsrechtliche Überlegungen dies gebieten, letzteres allerdings nur, wenn keine feststellbare legislatorische Entscheidung vorliegt, welche die verfassungsrechtlich an sich gebotene Normkorrektur ausschliesst (Art. 191 BV).

Was die in das ATSG als formelles Gesetz aufgenommenen Regelungsgegenstände anbelangt, ist zu beachten, dass insoweit eine nach der soeben erwähnten Verfassungsbestimmung für die Gerichte verbindliche Norm vorliegt, die unter Umständen an die Stelle einer bisher auf der Rechtsprechung beruhenden Regel getreten ist. Das trifft z.B. für die Wiedererwägung und prozessuale Revision nach Art. 53 ATSG zu, bei denen es sich um Geschöpfe der Rechtsprechung handelt. Diesbezüglich ist eine – bisher denkbare – Praxisänderung des EVG, z.B. in Richtung einer Angleichung an die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Verfügungswiderruf, die auf der Interessenabwägung beruht, nach Inkrafttreten des Allgemeinen Teils ausgeschlossen, weil das ATSG als formelles Bundesgesetz die Verfügungsrücknahme für das EVG verbindlich normiert. Raum bleibt nur noch für eine Auslegung der in Art. 53 ATSG enthaltenen einzelnen Wiedererwägungs- oder Revisionsvoraussetzungen.

Von dieser speziellen legislatorischen Ausgangslage abgesehen, werden sich der Rechtsprechung in den kommenden Monaten vor allem die Aufgaben stellen, das rechtstechnische Verhältnis des ATSG zu den sachlich einschlägigen Regelungen der einzelnen Sozialversicherungsgesetze zu klären (Art. 2 ATSG), die intertemporalrechtliche Anwendbarkeit des ATSG (Art. 82 ATSG) und die Tragweite der Bestimmungen mit neuem rechtlichen Gehalt (z.B. Art. 50 über den Vergleich, Art. 44 über die Einholung von Administrativgutachten, Art. 26 über die Verzugs- und Vergütungszinsen) festzulegen. Daran schliesst sich die Fortbildung der Rechtsprechung zu den mit dem bisherigen Rechtszustand übereinstimmenden ATSG-Normen an, im weiteren die Konkretisierung der nicht in das ATSG aufgenommenen allgemeinen Rechtsgrundsätze. Endlich ist auch die Schaffung neuer allgemeiner Rechtsgrundsätze durch das EVG unter der Geltung des ATSG nicht ausgeschlossen.

Das ATSG – was bringt's?

Im Laufe der langen und zähflüssigen Entstehungsgeschichte des ATSG wurde der Sinn des Projekts zeitweilig in Frage gestellt und an dessen Zustandekommen gezweifelt. Umso mehr interessiert nun nach erreichtem Ziel die Frage nach dem Nutzen des neuen Gesetzes. Zwei Experten antworten.



Heinz Allenspach
Alt Nationalrat

Heinz Allenspach gehörte dem Nationalrat von 1979 bis 1995 als Vertreter der Freisinnig-demokratischen Partei des Kantons Zürich an. Er präsidierte u.a. die nationalräthliche Kommission für die 10. AHV-Revision, welche den Wechsel zum Splittingsystem vorbereitete. Heinz Allenspach befasste sich als erster Präsident der Subkommission ATSG intensiv mit diesem Gesetzgebungsprojekt. Die am 31. August 1994 eingesetzte Subkommission legte ihren Bericht mit Anträgen zum Gesetzesentwurf am 1. November 1995 vor. Auch nach seinem Ausscheiden aus dem Rat stand Heinz Allenspach dem Parlament als externer Experte zur Seite.

Welches ist die wichtigste Errungenschaft des ATSG?

Die Frage, ob die Schaffung eines Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts notwendig oder auch nur sinnvoll sei, wurde während der mehr als zehnjährigen parlamentarischen Beratung kaum eindeutig beantwortet. Deshalb war die Behandlung der verschiedenen Versionen lustlos; von einzelnen Exponenten wurde sogar von Zeit zu Zeit ein Übungsabbruch erwogen.

Es war allen Beteiligten klar, dass ein Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts keine materiellen

Veränderungen im System der sozialen Sicherheit nach sich ziehen darf. Eine materielle Harmonisierung wurde nicht angestrebt, sie wäre politisch auch nicht durchsetzbar gewesen.

Die wichtigste Errungenschaft des ATSG ist meines Erachtens die Erkenntnis des Gesetzgebers, dass die einzelnen Sozialversicherungen miteinander verbunden und Teile eines umfassenden Systems der sozialen Sicherheit in der Schweiz sind. Sie sind zwar unterschiedlichen Zielsetzungen verpflichtet, beschlagen unterschiedliche Risiken und richten unterschiedliche Leistungen aus, sie sind im Lauf der Jahrzehnte unter verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Verhältnissen entstanden und geprägt vom Geiste ihrer Zeit. Die Politik hatte bis anhin jeden Zweig der Sozialversicherung als eine Welt für sich angesehen und zumeist ohne Rücksicht auf die andern Zweige geordnet. Das ATSG wird nun zur verbindenden Klammer.

Das ATSG lässt dem Gesetzgeber weiterhin Freiheit und Flexibilität bei der Ausgestaltung der Einzelgesetze. Er wird aber nicht mehr unreflektiert neue formale Differenzen schaffen. Damit wird das System der sozialen Sicherheit transparenter und nachvollziehbarer. Seine Differenziertheit soll und darf es aber nicht verlieren, denn ein undifferenziertes System wäre wirtschaftlich und sozial ineffizient.

Wieweit ist das ATSG für die Versicherten von Nutzen?

Das ATSG bringt eine formelle Harmonisierung. Es verschafft deshalb keinem Versicherten höhere Tagelder und Renten oder geringere Beiträge. Wer bei neuen Rechtsnormen im Sozialversicherungsbereich sofort an erhöhten materiellen Nutzen denkt, wird vom ATSG enttäuscht sein.

Durch das ATSG soll primär der Vollzug im Bereich der Sozialversicherungen harmonisiert werden. Das vereinfacht und ist vor allem für die Anwender von Nutzen. Davon profitieren indirekt auch die Versicherten.

Lange Zeit haben sich die einzelnen Sozialversicherungen wenig um die Nahtstellen zu ändern Sozialversicherungen gekümmert. Das ATSG versucht hier vermehrt Klarheit und Transparenz zu schaffen. Das bedeutet mehr Rechtssicherheit für die Versicherten.

Aus welchen Gründen hat sich das Parlament für eine Light-Version des ATSG entschieden?

Die Parlamentskommissionen haben verschiedene Versionen erörtert. Eine erste Version ging von einem absoluten Vorrang der ATSG-Normen aus. Die derogierende Wirkung sollte dabei nicht nur bezüglich der beim Inkrafttreten des ATSG gültigen einzelgesetzlichen Normen gelten, sondern den Gesetzgeber weiterhin binden. In den Einzelgesetzen wären dann auch in Zukunft Abweichungen vom ATSG nur zugelassen, wenn das ATSG Sonderbestimmungen für einzelne, konkret genannte Bereiche vorgesehen hätte. Eine andere Version ging ebenfalls von einem möglichst umfassenden ATSG aus, allerdings ohne derogierende Wirkung, wollte aber die im ATSG geregelten Bereiche aus den Einzelgesetzen entfernen. Die Einzelgesetze sollten also nur noch jene Bereiche enthalten, die nicht schon im ATSG geregelt worden wären. Jede einzelne Sozialversicherung wäre demgemäss in zwei voneinander unabhängigen Gesetzen geordnet worden, dem ATSG und dem Einzelgesetz. Eine dritte Version beinhaltete ein Harmonisierungsgesetz, in welchem die zwecks Harmonisierung notwendigen Änderungen der Einzelgesetze zusammengefasst und mit Inkrafttreten des Harmonisierungsgesetzes dann in den Einzelgesetzen vollzogen worden wären.

Die Parlamentskommissionen haben diese Versionen nach langen Beratungen mit guten Gründen verworfen. Um die Arbeit aber dennoch zu einem guten Erfolg zu bringen, war eine Konzentration auf die kaum umstrittenen ATSG-Bestimmungen notwendig. Darüber hinaus wurde der Entscheid, ob und in welchem Umfang die Regeln des sogenannten «ATSG light» für die einzelnen Zweige der Sozialversicherung gelten sollten, dem Einzelgesetz überlassen. Damit war der Weg zu einer praktisch einstimmigen Annahme des ATSG im Parlament geebnet.

Welche Punkte im «ATSG light» sprechen noch dagegen, das BVG auch mit einzubeziehen?

Die berufliche Vorsorge ist eine Sozialversicherung eigener Art. Den Sozialpartnern, die sie tragen, ist grosse Gestaltungsfreiheit eingeräumt. Ohne die sozialpartnerschaftliche Abstützung und die eingeräumte Gestaltungsfreiheit hätte sich die 2. Säule kaum so wirksam entwickeln können. Es wäre politisch und sozial unklug, das BVG in den starrereren Rahmen der anderen Sozialversicherungen hineinzupressen.

Sollte sich herausstellen, dass die Übernahme einzelner Bestimmungen des ATSG in das BVG sinnvoll ist, ist es dem Parlament nicht verboten, solche Bestimmungen explizit ins BVG einzufügen. Ein Hinweis auf das ATSG ist dabei nicht nötig.

Bringt das ATSG für die Durchführungsorgane und die Versicherten Vereinfachungen – oder doch eher noch Erschwerungen?

Das ATSG soll in erster Linie den Vollzug der einzelnen Sozialversicherungen miteinander harmonisieren. Es soll gleichzeitig die Nahtstellen zwischen den einzelnen Sozialversicherungen besser klären. Das bedeutet Vereinfachung und Erschwerungen zugleich, denn Harmonisierung kommt ohne eine gewisse Formalisierung nicht aus. Nach einer Angewöhnungsphase an die neuen Vorschriften werden aber die Vereinfachungen weit überwiegen. Das gilt insbesondere für die Durchführungsorgane. Vereinfachte Durchführung wirkt sich auch positiv für die Versicherten aus.

Für die ratsuchenden Versicherten ist die gewählte Art des ATSG entscheidend. Sie müssen Gewähr haben, dass sie im Sozialversicherungsbereich jeweils nur ein Gesetzeswerk zu konsultieren haben, für AHV-Fragen das AHVG, für Probleme mit Berufsunfällen das UVG usw. Nur so kann Vertrauen in die Rechtsordnung gewährleistet werden. Sollte diese Bedingung nicht erfüllt werden, ergeben sich für ratsuchende Versicherte wesentliche Erschwerungen.

Welche Punkte könnten in der Zukunft zusätzlich einheitlich geregelt werden?

Das ATSG erfuhr erst nach einem mehr als zehnjährigen Reifeprozess die einhellige Zustimmung beider Räte. Es ist ein singuläres Gesetzeswerk. Wesentlich ist, dass es nun seine Bewährungsprobe in der Praxis besteht. Wenn heute schon darüber spekuliert wird, welche Punkte in Zukunft auch noch im ATSG geregelt werden könnten, werden Unsicherheiten provoziert und die Akzeptanz der heutigen Normen beeinträchtigt.

Das ATSG enthält jene Koordinationsbereiche, die politisch unbestritten waren. Deshalb ist es nicht umfassend. Jede Ausweitung würde politische Diskussionen nach sich ziehen, und je weiter die einheitliche Regelung greifen soll, desto schwieriger würde es, einen politischen Konsens zu finden. Es wäre klug, sich vorerst auf die Jahre der Bewährung zu konzentrieren und über zusätzliche Einheitsregelungen erst dann zu diskutieren, wenn die Durchführungsorgane, die Versicherten und die Versicherungsträger übereinstimmend solche wünschen. Das ATSG sollte weiterhin auf Konsens beruhen und von der Basis getragen werden.



Hans-Rudolf Müller
Schweizerischer
Versicherungsverband

Hans-Rudolf Müller ist Mitglied der Kommission für Recht und Sozialpolitik des Ausschusses Kranken/Unfall des Schweizerischen Versicherungsverbandes. Er begleitete als Experte die Arbeiten am ATSG. In seiner Hauptfunktion ist er Mitglied der Direktion der Winterthur Versicherungen und Leiter der Abteilung Recht und Sozialpolitik

Welches ist nach Ihrer Meinung die wichtigste Errungenschaft des ATSG?

Auch wenn das ATSG dem ursprünglich wohl etwas gar hoch gesteckten Ziel einer materiellen Vereinheitlichung nicht genügen kann, trägt es dennoch zu einer Koordination und Vereinfachung bei. Ohne die bestehenden Strukturen in Frage zu stellen, werden zahlreiche begrüssenswerte Neuerungen eingeführt. So werden beispielsweise sämtliche wichtigen Begriffe für alle Sozialversicherungszweige klar und einheitlich definiert. Erstmals werden verschiedene Koordinationsfragen geregelt. Dabei wird klar festgehalten, in welcher Reihenfolge die einzelnen Sozialversicherungszweige Leistungen erbringen müssen. Der Grundsatz des Überentschädigungsverbotes wird nun als allgemeiner Grundsatz anerkannt. Eine Vielzahl von einheitlichen Verfahrensvorschriften trägt zur Transparenz und zur Vereinfachung der Durchführung bei. Zudem wird der im Sozialversicherungsrecht bedeutsamen Rechtsprechung insoweit Rechnung getragen, als sie bezüglich verschiedener Fragen nun auf Gesetzesebene kodifiziert wurde. Und nicht zuletzt dient das ATSG als Richtlinie für die zukünftige sozialversicherungsrechtliche Gesetzgebung. Es zwingt den Gesetzgeber, inskünftig dem Gesamtzusammenhang vermehrt Beachtung zu schenken.

Aus welchen Gründen hat sich das Parlament für eine Light-Version des ATSG entschieden?

Die ursprüngliche Gesetzesvorlage wurde vor allem aus zwei Gründen kritisiert. Auf Ablehnung stiess ei-

nerseits die gewählte Verweisungstechnik. Denn aufgrund der Regelung des Verhältnisses zwischen den allgemeinen Bestimmungen des ATSG und den besonderen Bestimmungen der Einzelgesetze hätte das ATSG, wenn nicht rechtstheoretisch, so doch wohl praktisch eine Sonderstellung in der Gesetzeshierarchie eingenommen, was sowohl verfassungsrechtlich als auch gesetzestechnisch sehr bedenklich gewesen wäre. Resultiert hätte eine spürbare Abnahme der Rechtssicherheit und der Transparenz – somit das pure Gegenteil des angestrebten Ziels. Denn die höhere Anzahl von Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen sowie die umfangreichen, teilweise unvollständigen und unzulänglichen Verweisungen und Rückverweisungen hätten Verwirrung geschaffen. So wäre beispielsweise ein Rechtssuchender nur schon bei der Ermittlung des Leistungskatalogs in der sozialen Krankenversicherung aufgrund der unzähligen Verweisungen und Rückverweisungen zwischen dem ATSG und dem Krankenversicherungsgesetz und dessen Verordnungen verzweifelt. Die nun beschlossene Verweisungstechnik räumt dem ATSG hingegen keine Priorität mehr ein. Sie schliesst somit die Gefahr von widersprüchlichen Bestimmungen aus und gibt Richtlinien für die Auslegung. Der zweite Kritikpunkt an der ursprünglichen ATSG-Vorlage rührt daher, dass sie nicht nur formelle und einige geringfügige materielle Änderungen der Einzelgesetze umfasste. Sie enthielt vielmehr eine Vielzahl gravierender materieller Änderungen mit grossen, teilweise schwer vorhersehbaren finanziellen Konsequenzen. Als Beispiele können die Erhöhung der Limite der Überentschädigung, die Einschränkung der Rückerstattungspflicht unrechtmässig bezogener Leistungen und die Einführung der generellen Beitragserhebung auf Taggeldern erwähnt werden.

Welche Punkte im «ATSG light» sprechen eigentlich noch dagegen, das BVG auch miteinzubeziehen?

Die berufliche Vorsorge bildet zwar einen äusserst wichtigen Bestandteil des Systems der sozialen Sicherheit der Schweiz. Die Rechtsbeziehungen zwischen den vorwiegend privatrechtlichen Vorsorgeeinrichtungen, den Arbeitgebern und den Versicherten sind jedoch vertraglich geregelt. Die privatrechtlich strukturierte berufliche Vorsorge folgt über weite Teile nicht der Logik des öffentlichen Rechts. So können die Vorsorgeeinrichtungen – im Gegensatz zu den Sozialversicherern – keine beschwerdefähigen Verfügungen erlassen, womit sich auch die Rechtsmittelverfahren erheblich voneinander unterscheiden. Bei einem Einbezug des BVG in das ATSG müsste man deshalb unzählige Ausnahmebestimmungen vorsehen, um Charakter und

Struktur der beruflichen Vorsorge nicht zu verändern. Es würde somit weder für die Versicherten noch für die Rechtsanwender generell ein Vorteil daraus resultieren – ganz im Gegenteil. Hinzu kommt, dass sich die schweizerischen Vorsorgeeinrichtungen bei einer weiteren Annäherung der Schweiz an die EU nach den Sozialversicherungs-Direktiven der EU richten müssten, während gleichzeitig in den EU-Mitgliedstaaten für vergleichbare Einrichtungen allfällige Pensionskassen-Richtlinien der EU gelten, von denen Sozialversicherungsinstitutionen ausgeschlossen sind.

Bringt das ATSG für die Durchführungsorgane und die Versicherten Vereinfachungen – oder doch eher noch Erschwerungen?

Wenn man einmal von der Benutzerfreundlichkeit absieht, die mit einem zusätzlichen Gesetz und dessen (allerdings nicht sehr umfangreichen) Verordnung nicht unbedingt verbessert wird, so dürfte das ATSG mittelfristig im Bereich der Durchführung zu einer Vereinfachung führen. Dies insbesondere durch die einheitliche Definition der massgebenden Grundbegriffe, die klare Regelung der Mitwirkung durch die Versicherten, die einheitliche Regelung der Fristen und die einheitliche Ordnung des Regresses. Während einer Übergangsfrist muss allerdings – je nach betroffenem Sozialversicherungszweig – eine Zunahme des administrativen Aufwandes mit entsprechenden Kosten und eine gewisse Unsicherheit im Hinblick auf die zu erwartende Rechtsprechung in Kauf genommen werden.

Unternimmt der Verband der Privatversicherer besondere Anstrengungen, um die im ATSG (Art. 27) verankerte Aufklärungs- und Beratungspflicht umzusetzen?

In Artikel 27 wird zwar erstmals auf Gesetzesebene eine umfassende Aufklärungs- und Beratungspflicht verankert. Diese Pflichten stellen für die Versicherer jedoch keine Neuigkeiten dar. Wird doch bereits heute im Bereich der Unfallversicherung auf Verordnungsebene eine Informationspflicht für die Versicherer – und auch für die Arbeitgeber – festgehalten. Die Erfüllung der Aufklärungs- und Beratungspflicht obliegt jedoch nicht dem Versicherungsverband, sondern vielmehr den einzelnen Versicherern. Die von den Ver-

sicherern abgegebene Wegleitung zur obligatorischen Unfallversicherung wurde indessen ebenso auf Verbandsebene erarbeitet wie ein Merkblatt betreffend die Auswirkungen des Freizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der EU auf die Unfallversicherung. Die einzelnen Versicherer erfüllen ihre Aufklärungspflicht bereits heute mit Broschüren, Merkblättern, Wegleitungen und auch mit Hilfe von Artikeln zu diversen Fragestellungen in zahlreichen Zeitschriften. Da die Versicherer die im Rahmen von Kollektivverträgen versicherten Personen nicht kennen, sind sie für die Weiterleitung von allgemeinen Informationen auf die Mithilfe der Arbeitgeber angewiesen. Dies im Unterschied zur unentgeltlichen Beratungspflicht, welche der bisherigen Praxis entspricht und deshalb für die Versicherer ebenfalls keine Neuigkeit darstellt.

Welche Punkte könnten in der Zukunft zusätzlich einheitlich geregelt werden (z.B. Taggelder)?

Das ATSG hat eine aussergewöhnlich lange Leidensgeschichte hinter sich. Es stellt einen hart erkämpften politischen Kompromiss dar. Auch wenn es zweifellos weiterer Bemühungen des Gesetzgebers bedarf, um das dichte Geflecht der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen zu vereinfachen, damit eine effektive Wirkung unserer Sozialwerke garantiert werden kann, sollte nicht bereits heute die Forderung nach einer Revision des ATSG erhoben werden – dies noch, bevor es überhaupt in Kraft gesetzt werden konnte. Was den Verzicht auf eine Koordinationsbestimmung betreffend die Taggelder angeht, so gilt es festzuhalten, dass dieser Verzicht nicht nur Bestandteil des ATSG-light-Kompromisses ist. Vielmehr ist es aufgrund der Komplexität der Materie gar nicht erst gelungen, eine allgemein befriedigende Regelung zu finden. Sämtliche geprüften Vorschläge hätten zu neuen Rechtsunsicherheiten geführt, und dies erst noch ohne die Stellung der Versicherten im geringsten zu verbessern. Koordination darf nicht Selbstzweck sein. Man muss auch den Mut haben, eine gut eingespielte und funktionierende Regelung beizubehalten. Denjenigen, die schon heute Ergänzungen substanzieller Art verlangen, geht es weder um Koordination noch um Transparenz oder gar um mehr Rechtssicherheit, sondern einzig und allein um einen gezielten Leistungsausbau in den bestehenden Sozialversicherungszweigen.

Der Mindestzinssatz in der beruflichen Vorsorge wird herabgesetzt

An zwei ausserordentlichen Sitzungen innerhalb der Herbstsession haben die eidgenössischen Räte die vom Bundesrat vorgesehene Herabsetzung des Mindestzinssatzes in der beruflichen Vorsorge abgesegnet. Es ist zu erwarten, dass der Bundesrat noch im Oktober den Zinssatz per 1. Januar 2003 definitiv neu festlegen wird. Damit findet eine breite öffentliche Diskussion, die mit dem Vorentscheid des Bundesrates vom 3. Juli ausgelöst wurde, ihren vorläufigen Abschluss.

Die Verordnung zur beruflichen Vorsorge BVV2 schreibt für den obligatorischen Teil der Vorsorge eine Mindestverzinsung der Altersguthaben von 4% vor. Dieser Satz gilt unverändert seit Einführung des Bundesgesetzes über die berufliche Vorsorge BVG im Jahre 1985. Bis zur Mitte der Neunzigerjahre lagen denn auch die durchschnittlich erzielten Anlagerenditen über diesem Grenzsatz. In den letzten Jahren haben sich die Verhältnisse auf den Kapitalmärkten jedoch dramatisch verändert. Die Forderungen insbesondere von Seiten der Assekuranz nach einer Anpassung des Mindestzinssatzes an die aktuelle Situation haben den Bundesrat veranlasst, für den 1. Oktober 2002 eine Senkung auf voraussichtlich 3% anzukündigen (CHSS 4/2002 S.195).

Der Vorentscheid ... und die Reaktionen

Der überraschende Vorentscheid des Bundesrates vom 3. Juli hat eine heftige Kontroverse ausgelöst, an welcher sich nicht nur Politiker/innen, parlamentarische Kommissionen und Fachverbände beteiligten, sondern – unterstützt von den Medien – auch eine breite Öffentlichkeit. Parlamentarische Kommissionen (WAK, SGK) verlangten vom Bundesrat die Bereitstellung der

für einen Entscheid unerlässlichen Grundlagen und die Konsultation der BVG-Kommission sowie des Parlaments.

Die Eidgenössische BVG-Kommission tagte am 19. August. Sie beriet ein von ihr erarbeitetes Indikatoren-Modell zur Festlegung des Mindestzinssatzes (CHSS 2/2002 S.99) und empfahl dem Bundesrat, den Mindestzinssatz per 1. Januar 2003 auf 3,5% festzusetzen.

Am 31. August fand auf dem Bundesplatz in Bern eine von den Gewerkschaften organisierte Demonstration mit rund 15 000 Teilnehmenden statt, an welcher auf Transparenten u.a. das böse Wort vom «Rentenklaue» zu lesen war.

Die Sozialdemokratische und die Grüne Partei verlangten die Abhaltung einer Sondersession. Die Büros der beiden Räte legten deren Termin auf den 26. September für den Ständerat und den 3. Oktober für den Nationalrat fest.

Eine Sammlung von Dokumenten zum Thema Mindestzins (Medienmitteilungen, parlamentarische Vorstösse usw.) findet sich im Internet unter www.pd.admin.ch (unter Dossiers/1. BVG-Revision).

Revidierter Vorentwurf

Am 19. September legte der Bundesrat zuhanden des Parlaments seinen Entwurf einer Änderung der

BVV2 sowie eine umfassende Dokumentation vor (s. Pressemitteilung des BSV mit Beilagen unter www.bsv.admin.ch, Aktuelles).

Der Verordnungsentwurf sieht einen Mindestzinssatz von 3,25% ab 2003 vor. Dieser Satz ist als Minimalsatz für die künftige Verzinsung der Altersguthaben des BVG-Obligatoriums verbindlich. Für die Festlegung des effektiven Zinssatzes ist nach wie vor das oberste Organ der einzelnen Vorsorgeeinrichtung zuständig. Der Stiftungsrat beziehungsweise die Vorsorgekommission entscheidet, ob und wann der heutige Zinssatz auf den Minimalsatz reduziert werden soll.

Im Verordnungsentwurf wird festgelegt, dass der Mindestzinssatz neu mindestens alle zwei Jahre überprüft werden muss. Für die Festlegung der Höhe des Mindestzinssatzes soll der Bundesrat zukünftig die Rendite der Bundesobligationen, die Ertragsmöglichkeiten weiterer marktgängiger Anlagen und die finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtungen berücksichtigen. Ausdrücklich festgehalten ist ferner, dass der Bundesrat jeweils auch die Eidgenössische BVG-Kommission, in welcher unter anderem die Sozialpartner Einsitz haben, anhört. Damit wird neu ein Verfahren festgeschrieben, welches nicht nur die Flexibilisierung des Mindestzinssatzes zum Inhalt hat, sondern den Bundesrat verpflichtet, den Mindestzinssatz regelmässig zu prüfen.

Vom Bundesrat vorgelegte Dokumentationen

Als Diskussionsgrundlagen für den Entscheid über den Mindestzins legte der Bundesrat folgende Berichte vor:



Die Bundesrätinnen Ruth Dreifuss und Ruth Metzler vor dem Ständerat; im Vordergrund Ständerat Bruno Frick. (Foto Keystone)

- **Zur aktuellen Lage schweizerischer Pensionskassen.** Kurzfassung der Auswertung zum Risiko-Check-up AWP/Complementa. Dabei handelt es sich um eine Auswertung der Lage der autonomen und halbautonomen Pensionskassen per Ende 2001 und deren mögliche Entwicklung bis Mitte 2002. Die Untersuchung zeigt, dass Ende 2001 rund 11% der an der Umfrage beteiligten Kassen sich in Unterdeckung befanden. Mitte 2002 dürften bereits 26% der Kassen nicht mehr über das notwendige Vorsorgekapital verfügt haben.
- **Bericht des BPV zum Kollektiv-Geschäft 1985 bis 2001 der beaufsichtigten Lebensversicherer.** Daraus geht hervor, dass die Lebensversicherer zwischen 1985 und 2001 im Rahmen der beruflichen Vorsorge über 18 Mrd. Franken Überschüsse zusätzlich zur garantierten Mindestverzinsung an die Vorsorgewerke ausgeschüttet haben. Eine Sonderauswertung zum Stand der beruflichen Vorsorge Ende 2001 ergab, dass das BVG-Geschäft im Jahre 2001 defizitär für die Versicherer

verlaufen ist. Die durchschnittliche Kapitalanlagerendite belief sich in diesem Jahr noch auf 3,4%.

- **Herabsetzung des BVG-Mindestzinssatzes. Ergebnisse der Konsultationen zur Änderung der BVV2.** Ins Konsultationsverfahren einbezogen waren die Eidgenössische BVG-Kommission, die Sozialpartner, der Schweizerische Pensionskassenverband und der Schweizerische Versicherungsverband. Mit Ausnahme der Arbeitnehmerverbände besteht Einigkeit darüber, dass der Mindestzinssatz zu senken ist und dass das Verfahren für künftige Anpassungen flexibler auszugestalten ist.

Die Diskussionen im Parlament

Ständerat

Der Ständerat hielt seine Sondersitzung, an welcher die Bundesrätinnen Dreifuss und Metzler teilnahmen, am 26. September ab. Der Präsident der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, Ständerat Bruno Frick (CVP, SZ), erläuterte

te einleitend die Absichten seiner Kommission:

1. Wir wollen Klarheit über Ereignisse und Zahlen schaffen, wo noch keine Klarheit gegeben ist.
2. Wir wollen die Debatte wieder zur gebührenden Sachlichkeit zurückführen.
3. Wir wollen – soweit möglich – das Vertrauen in die Pensionskassen zurückgewinnen; wir wollen Klarheit über Vorwürfe wie «Rentenklaue» erhalten und damit auch den Weg für die künftige Pensionskassenregelung vorgeben. Es soll also Klarheit und Vertrauen geschaffen werden, soweit das möglich ist.

Die Kommission hat hierzu drei Vorstösse eingereicht:

- 02.3390. Interpellation SGK-SR. Senkung des Mindestzinssatzes in der beruflichen Vorsorge.
 - 02.3391. Empfehlung SGK-SR. Entscheidungsgrundlagen für die Senkung des Mindestzinssatzes im BVG.
 - 02.3392 Postulat SGK-SR. Finanzmarktaufsicht.
- Zudem hatte Ständerat Reimann einen Einzelvorstoss eingereicht: 02.3439. Dringliche Interpellation Reimann. Zukunft der zweiten Säule in Privatwirtschaft und Bund.

Die Stellungnahmen des Bundesrates zu diesen Vorstössen lagen anlässlich der Sondersession vor. Sie können unter www.pd.admin.ch (Amtl. Bulletin Ständerat, 10. Sitzung) nachgelesen werden.

Kommissionspräsident Frick kommentierte zuerst die Antworten des Bundesrates und stellte fest, dass damit doch einige Fragen geklärt sind. Auch Interpellant Reimann erklärte sich grösstenteils befriedigt.

In der Debatte erklärte This Jenny (SVP, GL), der Bundesrat habe den Eindruck erweckt, dass die Renten nicht mehr gesichert seien. Damit habe er unnötige Unsicherheiten in der Bevölkerung geschürt. Françoise Saudan (FDP, GE) ortete eine tiefe Vertrauenskrise. Die Rolle und die Effizienz der Aufsichts-

organe sei jetzt von zentraler Bedeutung. Einigkeit herrschte im Rat darüber, dass es keine Alternative zur auf Anfang 2003 angekündigten Zinssatzsenkung von 4 auf 3,25% gebe. «Auch eine Pensionskasse kann nicht mehr Zinsen zahlen, als der Markt hergibt», sagte Bruno Frick.

Nun gelte es in die Zukunft zu schauen, lautete der Tenor mit dem Verweis auf die Wintersession, in welcher der Ständerat die Detailberatung zum BVG führen wird. Eckpunkte sind eine flexible Festsetzung des Mindestzinssatzes, gestützt auf klare Kriterien, mehr Transparenz mit entsprechend verschärften Vorschriften sowie eine Verstärkung der Aufsicht und der Oberaufsicht. Es stehe viel auf dem Spiel, sagte Hans-Rudolf Merz (FDP, AR). Man dürfe dabei nicht das Kind mit dem Bade ausschütten und das Dreisäulenmodell gefährden. Der Staat dürfe mit Vorschriften nicht zu weit gehen, sonst würden die Versicherer zu Marionetten.

Bundesrätin Ruth Dreifuss stellte eine Wiedererhöhung des Mindestzinssatzes langfristig in Aussicht, wenn der Markt es erlauben sollte. Bundesrätin Ruth Metzler sagte, sie nehme die Ängste der Bevölkerung ernst. Sie könne versichern: «Es hat kein Rentenklau stattgefunden.»

Nationalrat

Der Nationalrat ging an seiner ausserordentlichen Session vom 3. Oktober mit dem Bundesrat etwas strenger ins Gericht als die kleine Kammer. Während rund sechs Stunden wurde über das «übereilte Vorgehen» des Bundesrates, die Grundlagen dafür und über die zu verbessernde Transparenz diskutiert. Dass die andauernde Börsenbaisse eine Senkung des BVG-Mindestzinses notwendig macht, wurde von der bürgerlichen Mehrheit anerkannt und auch von der Linken nicht mehr mit viel Herzblut bestritten. Die Kriterien für künftige Anpassungen sollen jedoch im Gesetz festgeschrie-

ben werden, wobei der Vollzug und auch der Zeitpunkt weiterhin dem Bundesrat überlassen bleibt.

Christine Egerszegi (FDP, AG) und Meinrado Robbiani (CVP, TI) erklärten namens der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK), diese Sondersession müsse über eine «Kropfleerete» hinausgehen und dazu führen, dass die Transparenz in der beruflichen Vorsorge verbessert wird. Oppositionslos wurde der Ständerat aufgefordert, die vom Nationalrat im Rahmen der 1. BVG-Revision bereits beschlossenen Transparenzvorschriften aus der Vorlage zu lösen, so dass sie vorzeitig in Kraft gesetzt werden können.

Paul Rechsteiner (SP, SG) warf dem Bundesrat vor, er habe mit seinem voreiligen Entscheid die 2. Säule diskreditiert. Hans Werner Widrig (CVP, SG) entgegnete darauf, das BVG sei eine gute und solide Versicherung und verdiene diesen Misskredit nicht. Und Trix Heberlein (FDP, ZH) ergänzte, die Linke habe mit ihrer Polemik zu den schlecht kommunizierten Bundesratsentscheiden viel zur Verunsicherung beigetragen. Toni Bortoluzzi (SVP, ZH) konstatierte, der Druck der Öffentlichkeit habe sich gelohnt: die Versicherer seien nun bereit, ihre Reserven und Verwaltungskosten offenzulegen. Auch der Bundesrat müsse seine Unterlagen nun transparent machen.

Bundesrätin Dreifuss bestätigte die feste Absicht des Bundesrates, den Mindestzinssatz auf den 1. Januar 2003 zu senken. Das Festhalten an einem Zinssatz, der nicht erwirtschaftet werden kann, gefährde das System. Der Bundesrat wolle auch künftig die Verantwortung für die Festlegung dieses Zinssatzes wahrnehmen, wobei eine Flexibilisierung vorgesehen sei.

Hinsichtlich der Oberaufsicht über die berufliche Vorsorge solle die Geschäftsprüfungskommission tätig werden, erklärte Christine Egerszegi (FDP, AG) namens der

SGK. Auch Rosmarie Dormann (CVP, LU) kritisierte die diffusen Zuständigkeiten zwischen dem Bundesamt für Privatversicherungen BPV und dem Bundesamt für Sozialversicherung BSV.

Bundesrätin Metzler hielt dazu wörtlich fest: «Der Gesetzgeber ist für das heutige BVG verantwortlich, und der damalige Gesetzgeber hat keine entsprechenden Transparenzvorschriften erlassen. Dass diese nicht existieren, kann heute weder dem Bundesamt für Sozialversicherung noch dem Bundesamt für Privatversicherungen zum Vorwurf gemacht werden. Weil eben der Gesetzgeber für diese Transparenzvorschriften verantwortlich ist, wird das BVG auch entsprechend für die Zukunft angepasst, damit diesen berechtigten Forderungen auch Rechnung getragen werden kann. Man kann heute bedauern, dass die Transparenzvorschriften ungenügend sind, aber die Lösung für die Zukunft ist aufgegleist.»

Abschliessend nahm Bundespräsident Villiger zu Fragen der Finanzmarktaufsicht Stellung, die in Zusammenhang mit der beruflichen Vorsorge spezifische Probleme aufwirft. Er gab bekannt, dass zurzeit eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Zimmerli daran ist, eine Gesetzesvorlage für eine unabhängige integrierte Finanzmarktaufsicht auszuarbeiten. Die Bankenkommision und das BPV würden in diese verwaltungsunabhängige Aufsichtsbehörde integriert. Die Vorlage sollte bis Ende Jahr für das Parlament bereit stehen.

Die 40 Vorstösse zur Sondersession überwies der Rat teils an den Bundesrat, klassierte sie als erledigt oder lehnte sie ab. Die Texte aller Vorstösse samt Stellungnahmen und Erledigungsvermerk sind im Amtlichen Bulletin des Nationalrates aufgeführt: www.pd.admin.ch, Herbstsession 2002, 16. Sitzung. (RAM)

Anpassung der AHV/IV-Leistungen und der AHV/IV/EO-Mindestbeiträge ab 2003

Der Bundesrat hat die AHV/IV-Renten auf den 1. Januar 2003 an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst. Die Renten werden um durchschnittlich 2,4 % erhöht. Auch die im Rahmen der Ergänzungsleistungen zur Deckung des Lebensbedarfs ausgerichteten Leistungen werden angehoben. Auf der Beitragsseite werden der Mindestbeitrag sowie die Grenzen der sinkenden Beitragsskala angepasst.

Die AHV/IV-Renten werden alle zwei Jahre an die Entwicklung des Mischindex angepasst, der dem arithmetischen Mittel zwischen Lohn- und Preisindex entspricht. Die letzte Rentenanpassung erfolgte auf den 1. Januar 2001. Im Jahr 2001 stieg der Preisindex um 0,3 % und der Lohnindex um 2,5 %. Bis Dezember 2002 wird ein Anstieg des Preisindex um 1,0 % und des Lohnindex um 1,5 % erwartet. Diese Entwicklung erfordert eine Anpassung der AHV/IV-Leistungen um durchschnittlich 2,4 %.

Neue Mindest- und Höchstbeträge

Die minimale Altersrente wird von 1030 auf 1055 Franken und die Maximalrente von 2060 auf 2110 Franken pro Monat erhöht. Die Entschädigungen für Hilflose leichten Grades (in der AHV nur als Besitzstandgarantie aus der IV ausgerichtet) steigen von 206 auf 211 Franken, jene für Hilflose mittleren Grades von 515 auf 528 Franken und jene für Hilflose schweren Grades von 824 auf 844 Franken pro Monat. Die Pflegebeiträge für hilflose Minderjährige betragen neu 7, 18 bzw. 28 Franken pro Tag (bisher 7, 17, 27 Fr.).

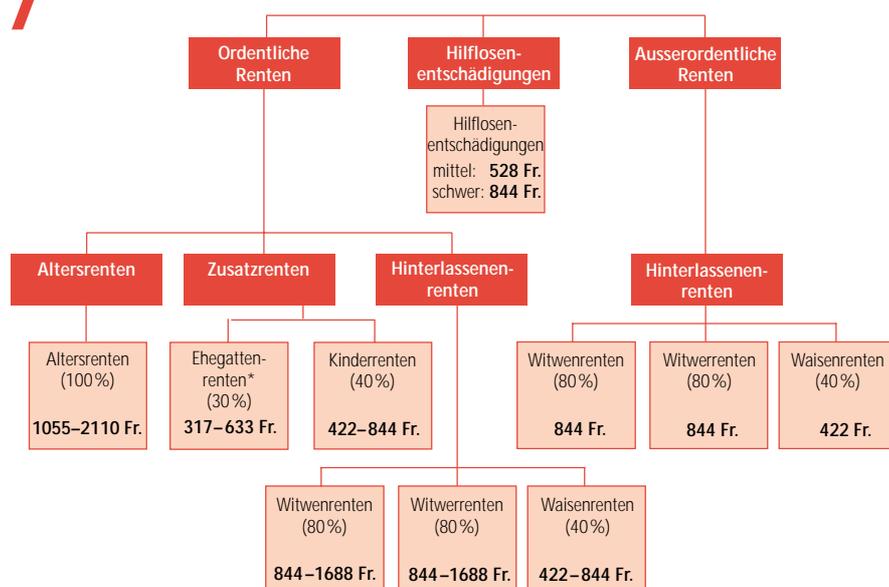
Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

Der Betrag, der pro Jahr im Rahmen der Ergänzungsleistungen zur Deckung des Lebensbedarfs eingerechnet wird, beträgt neu 17 300 Franken (16 880) für Alleinstehende, 25 950 (25 320) Franken für Ehepaare und 9060 (8850) Franken für Waisen.

Beiträge

Generell bleiben die Beitragssätze in der AHV, IV und EO unverändert. Heraufgesetzt wird jedoch der seit 1996 unverändert gebliebene AHV/IV/EO-Mindestbeitrag: er steigt von 390 auf 425 Franken jährlich. In der freiwilligen AHV wird der Mindestbeitrag von 648 auf 706 Franken und in der freiwilligen IV von 108 auf 118 Franken angehoben. Angepasst wird zudem die obere und untere Grenze der sinkenden Beitragsskala für Selbständigerwerbende und Arbeitnehmer mit nicht beitragspflichtigem Arbeitgeber. Die obere Grenze beträgt neu 50 700 (bisher 48 300) Franken. Für Einkommen unter diesem Betrag und sinkend bis zur unteren Grenze der Skala von 8500 (bisher 7800) Franken wird ein reduzierter, abgestufter Beitrag erhoben. Bei einem Einkommen von unter 8500 Franken ist der Mindestbeitrag zu entrichten.

Arten und Monatsbeträge der AHV-Renten 2003



* Weiterführung des Besitzstandes aus der IV sowie in den Jahren 1997–2004 entstehende neue Zusatzrenten der AHV (ab 2005 nur noch Einzelrenten)

Kosten der AHV/IV-Leistungsanpassung

Die Anpassung der AHV/IV-Leistungen führt zu Mehrkosten von rund 866 Mio. Franken, wovon 173 Mio. zu Lasten des Bundes und 45 Mio. zu Lasten der Kantone gehen. Die Anpassung bei den AHV/IV-Ergänzungsleistungen verursacht zusätzliche Kosten von 9 Mio. Franken, wovon 2 Mio. zu Lasten des Bundes und 7 Mio. zu Lasten der Kantone gehen.

2. KVG-Teilrevision

Weitere Vorschläge des Bundesrates für mittelfristige Reformen der Krankenversicherung

Der Bundesrat führte am 21. August 2002 eine Aussprache über Vorschläge des EDI für verschiedene mittelfristige Reformen der Krankenversicherung, deren Ausarbeitung er anlässlich seiner Klausursitzung im Mai dieses Jahres in Auftrag gegeben hatte. Dabei beschloss er, zwei Massnahmen in die laufende zweite KVG-Teilrevision einfliessen zu lassen: die Einführung einer obligatorischen, standardisierten Versicherungskarte und ein System zur verstärkten und gezielten Prämienentlastung der Haushalte mit Kindern. Die vorberatende Kommission des Nationalrates hat den Vorschlägen bereits zugestimmt. Das Plenum wird sich erst in der Wintersession damit befassen.



Sandra Schneider
Ressort Tarife und Leistungserbringer, BSV

An seiner Klausur vom 22. Mai 2002 über die soziale Krankenversicherung hat der Bundesrat kurz-, mittel- und längerfristige Reformschritte beschlossen. Am 3. Juli setzten Bundesrat und EDI erste, kurzfristige Massnahmen in Kraft (die CHSS hat in Heft 4/2002 S. 230 darüber berichtet). Im Rahmen einer Aussprache vom 21. August hat das EDI nun den Bundesrat über den Stand der bereits vollzogenen und der vorbereiteten Massnahmen informiert und verschiedene Vorschläge unterbreitet.

Mittelfristige Reformschritte

Als mittelfristige Reformschritte will der Bundesrat zwei Projekte

über die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates noch in die laufende zweite Teilrevision des KVG einbringen. Sie betreffen die Einführung einer Versicherungskarte und Massnahmen zur gezielten Prämienentlastung der Familien.

Einführung einer Versicherungskarte

Es wird vorgeschlagen, dem Bundesrat im KVG die Kompetenz zur Einführung einer Versicherungskarte zu geben. Um deren mögliche Einführung zu vereinheitlichen und zu beschleunigen, soll der Bundesrat ermächtigt werden, den Rahmen und die Standards festzulegen,

während die Umsetzung gemeinsame Aufgabe der Partner im Gesundheitswesen, vorab der Krankenversicherer, sein soll.

In einer ersten Etappe geht es um die Einführung einer Versicherungskarte zur Vereinfachung der administrativen Beziehungen zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Versicherern. Dies verspricht eine gewisse Rationalisierung der administrativen Abläufe, eine bessere Information der Versicherten und andere Vereinfachungen. Der Zeitplan sieht vor, die Krankenversicherer auf den 1. Januar 2004 zu verpflichten, die standardisierte Versicherungskarte abzugeben, so dass die Karte ab 2005 oder 2006 umfassend eingesetzt werden kann.

In einer zweiten Etappe könnte dieses Kartensystem zu einer echten Gesundheitskarte hinführen. Diese hätte die Funktion eines elektronischen Schlüssels, der den Patientinnen und Patienten, den Leistungserbringern und den Versicherern den Zugang zu bestimmten Gesundheits- und Behandlungsdaten ermöglicht. Dies dürfte die Behandlungsqualität erhöhen und könnte auch positive Effekte auf die Kosten haben, u.a. weil Mehrfachuntersuchungen vermieden werden könnten. Dabei wäre allerdings dem Schutz sensibler persönlicher Daten besondere Aufmerksamkeit zu schenken.¹

Im Rahmen der zahlreichen Kombinationsmöglichkeiten zeichnen sich sowohl in der Schweiz als auch im Ausland einige Tendenzen ab, die sich auf die Erfahrungen von Pilotprojekten stützen. Die Implementierung eines Gesundheitskartensystems ist ein Projekt von grosser Tragweite, das mehrere Jahre in Anspruch nimmt. Die Erfahrungen in Deutschland und in Frankreich ha-

ben gezeigt, wie komplex und zeitaufwändig die Entwicklung und Einführung eines solchen Projektes ist. Die in Deutschland gemachten Erfahrungen bestätigen auch, dass eine Einführung durch die Krankenkasse durchaus praktikabel, ja sogar von Vorteil ist.² Einige Schweizer Krankenversicherer haben bereits Erfahrungen mit Karten und in geringerem Ausmass auch mit der Übertragung von Daten anhand von Versicherten- und Apothekerkarten gemacht.

Die Vorarbeiten für die Schaffung einer eindeutigen Identifikationsnummer durch den Bund sind bereits aufgenommen worden. Da die bisherige AHV-Nummer den Anforderungen einer Gesundheitskarte hinsichtlich Datenschutz und effizienter Verwaltung nicht genügt, wird zurzeit die Bildung einer neuen AHV-Nummer, die auch für die Gesundheitskarte verwendbar wäre, geprüft.

Mit der Einführung der Versicherungskarte nach den vom Bundesrat empfohlenen Kriterien muss eine Stelle betraut werden, die einheitliche Abläufe und eine übergreifende Verwaltung des Systems garantieren kann. Sie soll die Versicherer auch bei zukünftigen Entwicklungen vertreten und mit anderen Partnern, namentlich mit den Kantonen, zusammenarbeiten.

Entlastung von Haushalten mit Kindern

Im Auftrag des Bundesrates haben das BSV, die Eidg. Finanzverwaltung, die Eidg. Steuerverwaltung und die Konferenzen der kantonalen Finanz- und Sanitätsdirektoren in einer Arbeitsgruppe Modelle zur gezielten Prämientlastung von Familien mit Kindern erarbeitet. Dabei galt es explizit, Modelle mit «Giesskannencharakter» auszuschliessen.

Der Bundesrat schlägt, gestützt auf die Vorschläge der Arbeitsgrup-

pe, nun vor, im Rahmen der zweiten KVG-Teilrevision die Prämienverbilligung neu zu gestalten. Im neuen System sehen die Kantone je mindestens vier Einkommenskategorien für Familien mit Kindern und für die übrigen Versicherten vor. In Abhängigkeit vom bundessteuerpflichtigen Reineinkommen – korrigiert um einen Vermögensfaktor von 10 % des nach kantonalem Recht steuerbaren Vermögens – tragen die Versicherten in der Regel einen Anteil der Krankenversicherungsprämien selber (Eigenanteil). Die Kantone können aber die Krankenversicherungsprämien auch vollumfänglich verbilligen. Der maximale Eigenanteil wird *bei allen Anspruchsberechtigten* nach dem bundessteuerpflichtigen Reineinkommen abgestuft.

- Die Kantone sehen für *Familien mit Kindern* tiefere Limiten für den Eigenanteil vor: Familien mit Kindern im untersten Einkommenssegment tragen einen maximalen Eigenanteil von 2 % des bundessteuerpflichtigen Reineinkommens, im obersten anspruchsberechtigten Einkommenssegment von 10 %.
- Für die *übrigen Anspruchsberechtigten* sehen die Kantone maximale Eigenanteile von höchstens 4 % für das unterste Einkommenssegment und von höchstens 12 % für das oberste Einkommenssegment vor.

Die Ungleichbehandlung zwischen Familien mit Kindern (inkl. Alleinerziehende) und anderen (Alleinstehende, Paare ohne Kinder) erfolgt bewusst, da diese Gruppe beim bisherigen Prämienverbilligungssystem im Vergleich mit anderen nur ungenügend entlastet wird (vgl. dazu den Synthesebericht Wirkungsanalyse KVG, BSV 2001, S. 28 ff.).

Das neue Modell soll das kantonale unterschiedliche Prämienniveau berücksichtigen. Gleichzeitig wird damit im Sinne der ständerätlichen Debatte zum Sozialziel der Anreiz geschaffen, dass Prämienverbilli-

gungsbezüger/innen zu günstigeren Krankenversicherern wechseln.

Der Gesetzesvorschlag sieht im Hinblick auf eine gesamtschweizerische Vereinheitlichung des Prämienverbilligungsanspruchs eine Bundeskompetenz zur Festlegung der für den Anspruch massgebenden kantonalen Referenzprämie vor. Die Möglichkeit, Eigenanteile festzulegen, führt in denjenigen Kantonen zu einer gewissen Minderbelastung der Prämienverbilligung, welche bisher stets die gesamte Prämie verbilligt haben.

Die Reform ist mit dem im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen³ vorgeschlagenen kantonale unterschiedlichen «Selbstbehalt» kompatibel:

- Alle anspruchsberechtigten Familien mit Kindern würden bis zu einer Einkommensgrenze nach einheitlichen Grundsätzen entlastet.
- Den unterschiedlichen kantonalen Prämienniveaus wird Rechnung getragen.
- Die Ausgaben jener Kantone werden entlastet, die bisher stets die gesamte Prämie verbilligt haben.
- Der Vollzug der Prämienverbilligung bleibt in der Zuständigkeit der Kantone.

Die SGK des Nationalrates nimmt Stellung

An ihren Sitzungen vom 28./29./30. August und 5./6. September hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalra-

1 Siehe auch Jean-Claude Rey, Eine Gesundheitskarte für die Schweiz? in Soziale Sicherheit 6/2001 S. 341.

2 Das deutsche Projekt wird vollumfänglich von den Versicherern durchgeführt und finanziert. Damit werden jedes Jahr mehrere Millionen eingespart: die mehrfache Erfassung von Informationen entfällt, wodurch viele Fehler vermieden werden können, und die finanzielle Abwicklung mit den Leistungserbringern geschieht völlig informatisiert.

3 Botschaft des Bundesrates vom 14. November 2001, BBl 2002 2291.

tes die Vorschläge des Bundesrates vorberaten. Sie hat sich für die Einführung einer nun Versichertenkarte genannten Karte ausgesprochen, die Weiterentwicklung zu einer eigentlichen Gesundheitskarte aber von der Beachtung der Datenschutzvorschriften abhängig gemacht.

Bezüglich der Prämienverbilligung hat sich die Kommission für das Modell des Bundesrates mit einem differenzierten Sozialziel zur Entlastung der Familien mit Kindern ausgesprochen, eine weitergehende Verbilligung der Kinderprämien aber abgelehnt. Die Kommission des Nationalrates schlägt damit eine andere Lösung als der Stände-

rat vor. Folgt ihr das Plenum, so wird der Ständerat Gelegenheit haben, sich mit beiden Vorschlägen nochmals auseinander zu setzen.

3. KVG-Teilrevision: Vorbereitung längerfristiger Reformschritte

Die am 22. Mai und 3. Juli 2002 vom Bundesrat in Auftrag gegebenen Massnahmen betreffend längerfristige Reformschritte werden nun an die Hand genommen. Der Bundesrat hat hierzu die entsprechende Projektorganisation genehmigt: In vier Teilprojekten sollen Modelle

und die für die Umsetzung notwendigen Grundlagen für eine modifizierte Kostenbeteiligung, für eine monistische Spitalfinanzierung, zur Verbreitung von Managed Care und zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs geprüft und erarbeitet werden. Die Teilprojektgruppen, in welchen Vertreter/innen der betroffenen Fachverbände und verschiedener Bundesämter mitarbeiten, werden von externen Fachexpert/innen des schweizerischen Gesundheitswesens geleitet. Ein Schlussbericht soll dem Bundesrat Mitte Juni 2003 vorgelegt werden.

Die Prämien 2003 der obligatorischen Krankenversicherung steigen um durchschnittlich 9,6 %

Bundesrätin Ruth Dreifuss hat am 4. Oktober zum letzten Mal über die Anpassung der Prämien in der Krankenversicherung informiert und die Gelegenheit genutzt, eine kurze Bilanz zum KVG zu ziehen. Sie bedauerte, erneut eine Erhöhung bekannt geben zu müssen, die weit über ihren Zielen und Hoffnungen liegt. Die durchschnittliche Prämiensteigerung für 2003 macht gesamtschweizerisch monatlich Fr. 23.50 aus. Die Durchschnittsprämien schwanken zwischen Fr. 173.– für eine erwachsene Person im Kanton Appenzell und 389.– für eine erwachsene Person im Kanton Genf. Die Reserven und Eigenmittel der Versicherer sind von 2,986 Mrd. (23,6 %) 1998 auf 2,1 Mrd. Franken (15 %) 2001 gesunken.

Der durchschnittliche Prämienanstieg für 2003 liegt bei 9,6% (9,7% im letzten Jahr). Die kantonalen Prämien erhöhungen variieren im Schnitt zwischen 5,5% (Kanton JU) und 13,45% (Kanton GR). Innerhalb eines gleichen Kantons oder einer gleichen Prämienregion kann es jedoch grosse Unterschiede zwischen der billigsten und der teuersten Prämie geben. Für die Versicherten lohnt sich also ein Prämienvergleich aufgrund der konkreten

Prämien in Franken und unter Berücksichtigung der persönlichen Präferenzen – z. B. in Bezug auf Optionen, die Prämienreduktionen erlauben.

Grundlagen für die Prämiengenehmigung

Für das Jahr 2003 haben die Versicherer Prämien erhöhungen von durchschnittlich 10,5% beantragt.

Im Rahmen des Prämiengenehmigungsverfahrens hat das BSV Folgendes geprüft: die Jahresrechnung 2001, das basierend auf Kostenprognosen erstellte Budget 2002, den Einfluss erwarteter Bestandesänderungen bei jeder Kasse auf den Risikoausgleich und den Stand der Reserven sowie der Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle. Dem BSV standen ausserdem die definitiven Daten aus dem Risikoausgleich 2001 sowie provisorische Berechnungen für 2002 zur Verfügung. Die Angaben der Versicherer wurden querverglichen und einer Plausibilitäts-Berechnung unterworfen. Zudem wurden die Erwartungen der Kantone zur Kostenentwicklung und die daraus hervorgegangen Diskussionen berücksichtigt. So konnte eine detaillierte Situationsanalyse vorgenommen und auf die Kostentwicklung in den Kantonen eingegangen werden. 12 Kantone haben in diesem Jahr Einsicht in die vollständigen Dossiers verlangt.

Prämienbeeinflussende Faktoren

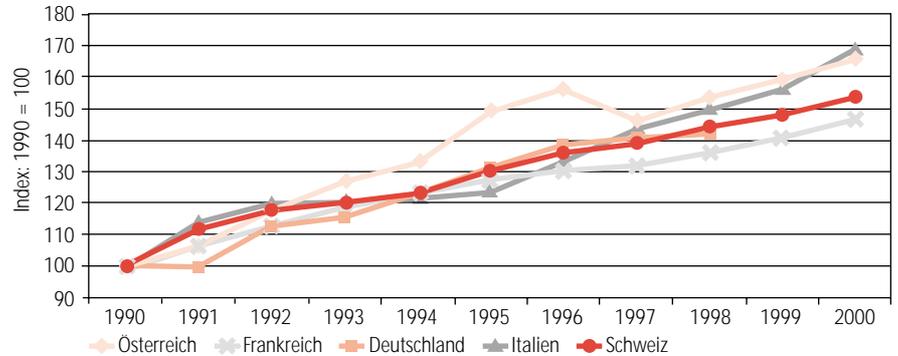
Die Prämien und die Kostenentwicklung stehen in einer engen Wechselwirkung. Für 2002 ist mit einem Zuwachs von rund 4 bis 5 % zu rechnen. Die Prognosen für 2003 zeigen erneut eine Steigerung um ungefähr 5 bis 6 %, die von den Versicherern mit Prämieinnahmen finanziert werden müssen.

Der Betriebsverlust der Krankenversicherer lag 2001 bei 790 Mio. Franken. Dies entspricht rund 5,6 % der eingegangenen Prämienzahlungen. Dieser Verlust hatte einen markanten Reserveabbau zur Folge, der nun kompensiert werden muss. Schuld an diesem Betriebsverlust ist eine markante Kostensteigerung in folgenden Bereichen: ambulante Medizin 4,3 % gegenüber den prognostizierten 3,5 %; Medikamente 8,4 % statt 5,5 % (einzig auf die konsumierte Menge zurückzuführen); Spitäler (ambulante und stationäre Bereich) und Pflegeheime 6,1 % statt 4,1 %.

- Zurzeit entsprechen die Reserven der meisten Versicherer den gesetzlichen Vorgaben. Bei einigen grossen Versicherern liegen die Sicherheitsreserven jedoch darunter. Das bedeutet, dass diese Versicherer ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen könnten, wenn die effektiven Kosten gegenüber den bei der Festsetzung der Prämien getroffenen Annahmen zu ungünstig ausfallen. Die Fluktuationsreserven liegen indessen bei gewissen grossen Versicherern unter dem gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbetrag. Folglich können diese Versicherer keine unvorhergesehenen Kostenschwankungen mehr auffangen. Die erforderliche Anpassung hat somit einen direkten Einfluss auf den prozentualen Anstieg der Durchschnittsprämie.
- Die gesunkenen Erträge aus Anlagegeschäften verursachen einen Einnahmerückgang bei den Versicherern. 2002 liegt der Anlageer-

Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Einwohner 1990–2000

1



Quellen: OECD: Gesundheitsdaten 2002 und BFS: Kosten des Gesundheitswesens

In der Schweiz und in allen umliegenden Ländern sind die Gesundheitsausgaben pro Einwohner¹ seit 1990 deutlich angestiegen. Die Entwicklung verlief in der Schweiz ähnlich wie in den Nachbarländern.

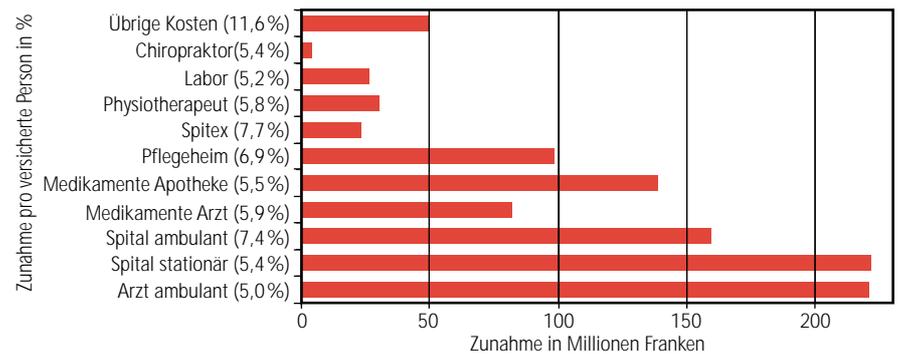
In Italien und Österreich sind die Gesundheitskosten im beobachteten Zeitraum jedoch etwas stärker und in Frankreich leicht schwächer gestiegen als in der Schweiz. Für Deutschland liegen die Werte für 1999 und 2000 noch nicht vor.

In der Schweiz haben die Gesundheitskosten pro Einwohner zwischen 1990 und 2000 um insgesamt 53 % zugenommen. Zwischen 1999 und 2000 (aktuellste verfügbare Werte) haben die Kosten pro Einwohner in den umliegenden Ländern um 4,4 % (Frankreich), 3,8 % (Österreich) und 6,2 % (Italien) zugenommen. In der Schweiz betrug der Anstieg im gleichen Zeitraum 3,7 %.

1 Die Gesundheitsausgaben gemäss der Definition der OECD umfassen weit mehr als die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG. Viele Leistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zählen auch dazu, beispielsweise die Leistungen von privaten Kranken-Zusatzversicherungen, die von den Versicherten selber getragenen Gesundheitskosten (z.B. Zahnarztkosten oder selbst gekaufte Medikamente) oder die durch die Kantone getragenen Spitalkosten.

Prognose der Kostenentwicklung: Zunahme der Bruttokosten für die verschiedenen Kostengruppen 2002/2003

2



Quelle: Prämien genehmigungsverfahren BSV

Die Abbildung 2 zeigt die prognostizierte Zunahme der einzelnen Kostengruppen zwischen 2002 und 2003 in Millionen Franken: 2002 ist eine Hochrechnung aufgrund der Resultate des ersten Halbjahres, 2003 sind die von den Kassen budgetierten Werte. Diese Hochrechnung / Kostenprognose ist ein wichtiger Bestandteil der Prämien.

Abbildung 2 zeigt, dass die absolute Kostenentwicklung in erster Linie durch die Entwicklung bei den Ärzten ambulant (+200 Mio. Fr. auf 4,4 Mrd. Fr.) und den Spitälern (ambulant und stationär: +381 Mio. Fr. auf 6,3 Mrd. Fr.) bestimmt wird; hinzu kommen die Medikamente (durch Apotheke oder Arzt abgegeben: +219 Mio. Fr. auf 3,9 Mrd. Fr.) und die übrigen Kosten (Mittel- und Gegenstände, Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten, Diät-spezialisten, Rettungstransportdienste, usw.: +50 Mio. Fr. auf 467 Mio. Fr.). Insgesamt werden Bruttokosten von 18,1 Mrd. Franken erwartet, dies entspricht einer Zunahme von 1 Mrd. Fr. oder 6 %.

Pro versicherte Person ergibt sich ein Kostenanstieg von 5,9 %; letzterer liegt unter dem Anstieg des Kostenvolumens, da von den Versicherern in der Summe eine Zunahme des Versichertenbestandes auf das Jahr 2003 hin prognostiziert wird. Eine eher überdurchschnittliche Zunahme wird bei den Kostengruppen Spital ambulant, Pflegeheime und Spitex erwartet. Eher unterdurchschnittliche Zunahmen dürften dagegen die Bereiche «Arzt ambulant», «Spital stationär», «Medikamente Apotheke» aufweisen (vgl. die linke Seite von Abbildung 2).

trag bei 175 Millionen Franken, wobei für das kommende Jahr keine wirkliche Besserung zu erwarten ist.

- Beim Leistungsvolumen ist mit einem Anstieg von 4 bis 5 % zu rechnen, bei der Anpassung der Tarife von 1 bis 2 %.

Die Differenz zwischen der Kostenentwicklung und der durchschnittlichen Prämienhöhung für 2003 ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen: die Reservebildung für 2002 in der Höhe von 2 % der Prämien, die Kompensation der Anlageeinnahmen von 1,5 % der Prämien; die Prämieinnahmen liegen 0,5 % unter der jeweils im Oktober publizierten Durchschnittsprämie (Durchschnittsprämie = Prämie für eine erwachsene Person mit normaler Franchise und Deckungsleistung für die Unfallversicherung).

Die Bilanz von Bundesrätin Dreifuss

Bundesrätin Dreifuss zog anlässlich der Pressekonferenz vom 4. Oktober ihre persönliche Bilanz hinsichtlich des KVG:

«1994 kämpfte ich mit Überzeugung dafür, dass dieses Gesetz in der Volksabstimmung angenommen wird, weil ich überzeugt war, dass das KVG einen echten sozialen Fortschritt beim Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellt. Davon war ich überzeugt und ich bin es noch heute. Es bleibt jedoch die Aufgabe, weitere effiziente Instrumente zur Kostendämpfung zu entwickeln. Diese notwendigen Anpassungen dürfen aber keinesfalls die unbestrittenen sozialen Errungenschaften des KVG beeinträchtigen. Diese bewusste Wahrnehmung der Vorteile unseres Systems ist keine Verbrämung der Kostenproblematik, sondern sie ist absolut nötig, um dem politischen Druck zu widerstehen, der zur Reduzierung der Leistungen der Grundversicherung tendiert oder zu einem Bruch der Solidarität, zur Verschie-

bung der unerlässlichen Leistungen in die Zusatzversicherungen. Jetzt, wo ich das EDI verlassen werde, bin ich besonders beunruhigt darüber, dass sowohl der Nationalrat als auch der Ständerat Motionen überwiesen haben, die auf eine Reduzierung der durch das KVG übernommenen Leistungen abzielen, und dass Santé-suisse vorschlägt, unser Land zwischen Jungen und Älteren zu spalten.»

Informationen und Auskünfte

Das BSV bietet den Versicherten in diesem Jahr zwei Informationsmöglichkeiten:

- **Prämien-Service 2003:** Die Übersicht «Prämien 2003» ist gratis erhältlich. Sie erlaubt einen Vergleich der Prämien zwischen den einzelnen Versicherern. Bei der Bestellung ist der gewünschte Kanton anzugeben:
 - schriftliche Bestellungen (mit Beilage einer adressierten Selbstklebeetikette) an BSV,

Prämien-Service, Effingerstrasse 20, 3003 Bern

- per Fax (vom 4.10. bis 1.11.): 031 324 88 00;
- per Telefon (vom 4.10. bis 1.11.): 031 324 88 01 / 02 / 03;
- per E-Mail: bsv-praemienservice@bsv.admin.ch;
- im Internet: «Prämien 2003» kann von der Homepage des BSV www.bsv.admin.ch (Aktuell) abgerufen oder durch Ausfüllen des dortigen Formulars bestellt werden.

- **Netzwerk «Prämienoptimierung»:**

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat gemeinsam mit den Konsumenten- und Patientenorganisationen ein Netzwerk «Prämienoptimierung» aufgebaut. Die am Netzwerk beteiligten Organisationen stellen den Versicherten Infoblätter und Musterbriefe zur Verfügung und bieten individuelle Beratung im Bereich der Krankenversicherung an. Näheres ist aus dem untenstehenden Kasten ersichtlich.

«Netzwerk Prämienoptimierung»

Die Gesundheitskosten – finanziert vorab über die Krankenversicherungsprämien und Steuergelder – sind in den letzten Jahren ständig gestiegen. Für viele Familien sind die Prämien zu einer grossen finanziellen Belastung geworden.

Über das «Netzwerk Prämienoptimierung» möchte das Bundesamt für Sozialversicherung dem Wunsch der Versicherten nach mehr neutraler Information nachkommen und diesen individuelle Beratung vermitteln. Im Netzwerk sind neben Konsumenten- und Patientenorganisationen auch Budgetberatungsstellen eingebunden. In Kooperation mit diesen vom Publikum anerkannten Stellen werden konkret umsetzbare Informationen zur Krankenversicherung abgegeben. Die beteiligten Organisationen sind Anlaufstelle für die Versicherten und bieten eine weiterführende Beratung zum Thema Krankenversicherung an. Deren Mehraufwand wird vom BSV im Rahmen von Leistungsverträgen finanziell mitgetragen.

Das Angebot des «Netzwerks Prämienoptimierung» soll über eine längere Zeitspanne bestehen bleiben und regelmässig aktualisiert und ergänzt werden.

Die Liste der Organisationen, die Mitglied des «Netzwerks Prämienoptimierung» sind, findet sich im Internet auf der BSV-Homepage www.bsv.admin.ch oder kann telefonisch beim Prämienservice bestellt werden, Telefon 031 324 88 01 / 031 324 88 02 / 031 324 88 03.

Bericht «Zukunft der SUVA»

Ausbau der Kernkompetenzen der SUVA

Im Auftrag des Bundesrates hat eine Arbeitsgruppe unter Leitung des BSV im Verlaufe des Jahres 2001 einen Bericht zur «Zukunft der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA)» erstellt. Dieser Bericht¹ kommt sinngemäss zum Schluss, dass das heutige System der obligatorischen Unfallversicherung grundsätzlich gut funktioniert. Aus diesem Grund soll die SUVA ihr Teilmonopol auch in Zukunft beibehalten und ihre bisherigen Funktionen im Bereich der Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten weiterhin ausüben. Ferner soll sie nach Schaffung der erforderlichen gesetzlichen Grundlagen ihre Kernkompetenzen ausbauen können.



Peter Schlegel
Bereich Unfall, BSV
peter.schlegel@bsv.admin.ch

Wie kam es zu einer Diskussion über die Zukunft der SUVA?

Das Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist nun schon bald während 20 Jahren in Kraft. Im Laufe dieser Zeitspanne wurden verschiedene parlamentarische Vorstösse eingereicht, welche die Zukunft der SUVA betreffen. Der Bundesrat hielt es daher für angezeigt, eine breite Diskussion über die Effizienz der Organisation der obligatorischen Unfallversicherung zu führen und insbesondere auch das Teilmonopol der SUVA einer Prüfung zu unterziehen. Er hat deshalb verschiedene verwaltungsinterne Berichte verlangt.

Am 27. März 1996 beauftragte der Bundesrat das Eidg. Departement des Innern (EDI), ein Grundlagenpapier zur Frage einer eventuellen Liberalisierung (Verstärkung der Marktmechanismen) bzw. einer Privatisierung der SUVA zu erstellen. Dieses über längere Zeit erarbeitete Papier kommt zum Schluss, dass mit einer Aufhebung des Teilmonopols und/oder der Privatisierung der SUVA zahlreiche Probleme verbunden wären. Der Bundesrat hat in der Folge am 4. Dezember 2000, gestützt auf das erwähnte Grundlagenpapier, eine Aussprache geführt und das EDI beauftragt, unter Einbezug einer Arbeitsgruppe und in Zusammenarbeit mit dem Eidg. Volkswirtschaftsdepartement (EVD), dem Eidg. Finanzdepartement (EFD)

und dem Eidg. Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) die Möglichkeiten für die zukünftige Entwicklung der SUVA abzuklären und dem Bundesrat bis Ende 2001 dazu einen Bericht zu unterbreiten.

Nachfolgend sollen in einem ersten Schritt kurz die SUVA und ihre Leistungen im Rahmen der Sozialversicherungen dargestellt werden. Anschliessend wird auf die im Bericht geprüften Optionen für eine künftige Entwicklung der SUVA und auf die von der Arbeitsgruppe vorgeschlagene Option eingegangen. Zum Schluss wird das weitere Vorgehen skizziert.

Die SUVA heute

Die SUVA wurde durch das Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) für die Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung und die Aufsicht über die Einhaltung der Vorschriften über die Arbeitssicherheit gegründet. Sie hat ihren Sitz in Luzern und war bereits unter dem KUVG, wie sie es auch heute gemäss dem UVG ist, eine selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes. Sie untersteht der Oberaufsicht des Bundesrats (Art. 61 UVG). Die direkte Aufsicht über die SUVA übt ein 40 Mitglieder zählender Verwaltungsrat aus, in welchem neben den Sozialpartnern auch der Bund vertreten ist.

Die SUVA bietet heute im Rahmen des UVG die folgenden Leistungen an:

- Schutz vor wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen und -krank-

¹ Er ist auf der Homepage des BSV www.bsv.admin.ch (unter Unfallversicherung) in deutscher Fassung abrufbar.

Schlüsselzahlen der SUVA Ende 2001

Versicherungsbestand

Versicherte Betriebe	108 977
Versicherte Personen	1 857 000
Unfälle und Berufskrankheiten; davon	449 059
– Berufsunfälle	192 953
– Berufskrankheiten	2 934
– Nichtberufsunfälle	242 805

Finanzen

Prämienpflichtige Lohnsummen	107 300 Mio. Fr.
Prämieneinnahmen	3 356 Mio. Fr.
Einnahmen aus Regressansprüchen	177 Mio. Fr.
Verwaltetes Kapital	rund 25 Mrd. Fr.
Ertrag aus Kapitalien	707 Mio. Fr.
Versicherungskosten	4 057 Mio. Fr.
Kosten Versicherungsbetrieb	318 Mio. Fr.
Kosten Verhütung Unfall und Berufskrankheit	99 Mio. Fr.
Durchschnittlicher Personalbestand	2 435

heiten, Freizeitunfällen und bestimmten unfallähnlichen Körperschädigungen;

- Förderung der Arbeitssicherheit und – in bestimmten Grenzen – der Freizeitsicherheit;
- gesamtheitliche Rehabilitation nach schweren Unfällen in eigenen, spezialisierten Rehabilitationskliniken.

Massgebenden Einfluss hat die SUVA auch auf das Medizinaltarifwesen. Um ihre Aufgabe optimal wahrzunehmen, arbeitet die SUVA überdies seit Jahrzehnten eng mit dem Ausland zusammen, sei dies in der internationalen Arbeitskonferenz der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) in Genf, sei dies in der internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) oder im Europäischen Forum der Versicherungen gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Aus den beschriebenen Aktivitäten und aufgrund des in über 80 Jahren aufgebauten Know-hows in der obligatorischen Unfallversicherung und in der Unfallverhütung sowie einem über 25-jährigen Fachwissen in der Rehabilitation manifestiert sich die anerkannt wichtige Funktion der SUVA im Sozialversiche-

rungssystem und im Gesundheitswesen der Schweiz.

Nach dem KUVG waren nur die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der «gefährlichen» Betriebe der Unfallversicherungspflicht unterstellt. Die SUVA war damals alleiniger Unfallversicherer. Im Jahre 1984 dehnte das UVG die Versicherungspflicht auf alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus und führte die sogenannte Mehrfachträgerschaft ein, d.h. neben der SUVA sind auch private Versicherer, Krankenkassen und öffentliche Unfallversicherungskassen zur Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung (UV) zugelassen. Der gesetzlich der SUVA vorbehaltene Zuständigkeitsbereich (Art. 66 UVG) besteht indessen auch nach dem UVG weiter. Trotz der Beibehaltung des Teilmonopols der SUVA stellte die Einführung der Mehrfachträgerschaft durch das UVG im Jahre 1984 einen ersten Schritt in Richtung einer Verstärkung der Marktmechanismen (Liberalisierung) in der UV dar. Die SUVA ist auch unter dem UVG der grösste Unfallversicherer der Schweiz. Allerdings führt die Beschränkung

ihres Tätigkeitsgebietes auf den schrumpfenden Sekundärsektor der Wirtschaft dazu, dass ihre Marktanteile auf längere Sicht rückläufig sind. Dies wiederum wirkt sich in finanzieller und betriebswirtschaftlicher Hinsicht zunehmend negativ auf das Unternehmen aus. Unter diesen Umständen ist nach Auffassung der Anstalt ihre Neupositionierung und die Ausschau nach neuen Geschäftsfeldern unumgänglich.

Künftige Leistungserbringung

Die Arbeitsgruppe ging bei der Vorbereitung des Berichtes «Zukunft der SUVA» davon aus, dass eine künftige Neuorganisation der obligatorischen Unfallversicherung keinesfalls zu einer qualitativen Minderung der heutigen Leistungen führen darf. Demnach sollten künftig weiterhin im öffentlichen Interesse die folgenden Leistungen sichergestellt werden:

1. Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (Gesundheitsschutz und Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten)
2. Förderung der Freizeitsicherheit (Verhütung von Nichtberufsunfällen)
3. Erlass und Fortentwicklung von Standards (Richtlinien, Publikationen usw.) zur Konkretisierung der Sicherheits- und Gesundheitsvorschriften am Arbeitsplatz
4. Kontrolle der Einhaltung der öffentlich-rechtlichen Sicherheits- und Gesundheitsvorschriften am Arbeitsplatz (Gesundheitsschutz und Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten)
5. Obligatorische Berufskrankheiten- und Berufsunfallversicherung
6. Obligatorische Nichtberufsunfallversicherung
7. Obligatorische Unfallversicherung von arbeitslosen Personen

8. Medizinische, soziale und berufliche (ganzheitliche) Rehabilitation
9. Entwicklung und Gewährleistung von Grundsätzen in der Unfallversicherung (Unfälle und Berufskrankheiten) und der Arbeitssicherheit, namentlich in bezug auf die Gesetzesanwendung, Heilbehandlung, Rehabilitation, die Medizinaltarife und Datensammlungen
10. Internationale Zusammenarbeit (Verbindungsstelle, Leistungsaushilfe, internationale Normierung in der Arbeitssicherheit)

Geprüfte Optionen

Im Bericht werden aufgrund der obigen Annahmen zu den Leistungen, welche im öffentlichen Interesse zu erbringen sind, vorerst ohne Wertung sämtliche Varianten für eine künftige Entwicklung der SUVA dargestellt. Daraufhin werden hauptsächlich die folgenden Optionen eingehend diskutiert:

- **Aufhebung des Teilmonopols der SUVA, verbunden mit einer Privatisierung der Anstalt:**

Die Aufhebung des Teilmonopols der SUVA würde die Öffnung des gesamten Marktes der obligatorischen Unfallversicherung für alle Versicherten bedeuten. Diese Öffnung müsste mit einer Überführung der Anstalt in eine privatrechtliche Unternehmung einhergehen.

- **Status quo und weitere Geschäftsfelder für SUVA erschliessen:**

Nach dieser Option behält die SUVA ihren heutigen Status als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalt mit einem ihr fest zugewiesenen Tätigkeitsbereich (Teilmonopol) bei. Ferner soll sie weiterhin das hauptsächliche Durchführungsorgan der Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (Arbeitssicherheit) mit hoheitlichen Funktionen bleiben. Neu soll indessen die SUVA – nach Schaf-

fung der erforderlichen gesetzlichen Grundlagen – in ihren Kernkompetenzen «Sicherheit und Gesundheitsschutz, Risikoträger und Fallmanagement, Finanzanlagen und Aktiven-/Passiven-Management sowie Dienstleistungen für das Gesundheitswesen Schweiz» zusätzliche Aufgaben übernehmen und neue Aktivitäten entfalten können.

Vorgeschlagene Option

Die Arbeitsgruppe hat die Option *Aufhebung des Teilmonopols der SUVA, verbunden mit einer Privatisierung der Anstalt*, eingehend diskutiert und ist zum Schluss gekommen, dass sie lediglich aus ordnungs- und wettbewerbspolitischer Sicht eine vorteilhafte Variante darstellen würde. Sie könne indessen nicht zur Weiterverfolgung empfohlen werden, da:

- «der Bund mit der Forderung konfrontiert werden dürfte, die notwendigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Privatisierung der SUVA mit der Übernahme von erheblichen finanziellen Lasten (v.a. Bildung zusätzlicher Rückstellungen, Teuerungszulagen, Prämienverbilligungssystem, Eigenkapitalausstattung usw.) zu schaffen;
- mit Prämien erhöhungen v.a. für die risikoreichen Betriebe sowie die KMU und ihre Arbeitnehmenden zu rechnen wäre;
- die heutige Regelung des UVG keine klar ersichtlichen und gewichtigen Ineffizienzen aufweist, welche eine vollständige Umgestaltung des Systems (insbesondere der NBUV) rechtfertigen würden» (vgl. Bericht Seite 58).

Da die Option Privatisierung nicht empfohlen werden könne, entschied sich die Arbeitsgruppe für die Option **Status quo + weitere Geschäftsfelder für SUVA erschliessen**. Diese wurde bevorzugt, weil sie dank den zusätzlich angebotenen Geschäfts-

feldern das Problem des sinkenden Versicherungsbestandes der SUVA kurz- bis mittelfristig lösen kann und für den gesamten Bereich der Unfallversicherung bzw. das Gesundheitswesen der Schweiz einen Nutzen stiftet. Dabei wird angesichts des Fehlens von klar ersichtlichen, gewichtigen Ineffizienzen des heutigen Systems in Kauf genommen, dass die Option den in der ökonomischen Lehre anerkannten Grundsätzen nicht vollständig entspricht (z.B. tendenzielle Zunahme der Wettbewerbsverzerrungen) und je nach den zu realisierenden weiteren Geschäftsfeldern die ordnungspolitische Akzeptanz abnehmen könnte.

Laut den Anträgen gemäss Bericht ist bei jeder neuen Tätigkeit die Frage der Vereinbarkeit mit den hoheitlichen Kontrollaufgaben im Bereich der Arbeitssicherheit und der Monopolstellung zu prüfen. Ferner hat die SUVA über die neuen Geschäftsfelder gesonderte Rechnungen zu führen und den Bundesrat darüber jeweils zusammen mit ihrer Jahresrechnung gemäss Art. 61 Abs. 3 UVG zu informieren (vgl. Bericht Seite 59).

Beschluss des Bundesrats

Am 14. Juni 2002 hat der Bundesrat, gestützt auf den Bericht, eine weitere Aussprache zur Zukunft der SUVA geführt und die von der Arbeitsgruppe gestellten Anträge gutgeheissen. Damit hat er für die Weiterverfolgung der Option **Status quo + weitere Geschäftsfelder für SUVA erschliessen** grünes Licht gegeben und dem zuständigen EDI (BSV) den Auftrag erteilt, Vorschläge für die erforderlichen Änderungen des UVG auszuarbeiten.

Der Bundesrat hat aufgrund seiner Aussprache ausserdem festgehalten, dass nach heutiger Beurteilung das Unfallversicherungssystem keine gewichtigen Ineffizienzen aufweise und kein Bedarf an grundsätzlichen Änderungen bestehe. Damit

bereits heute Grundlagen für künftige Diskussionen über die Organisation der obligatorischen Unfallversicherung zur Verfügung gestellt werden, hat er das EDI beauftragt, durch ein externes Institut eine Kosten-Nutzen-Analyse des heutigen Systems der Unfallversicherung durchführen zu lassen. Die Studie soll insbesondere Aufschluss darüber geben, ob eine vollständig liberalisierte UV einen erhöhten Nutzen und allenfalls tiefere Kosten, verglichen mit dem heutigen System, erwarten liesse. Bei dieser Gegenüberstellung ist auch zu beachten, dass es sich bei der Unfallversicherung um eine Sozialversicherung handelt, weshalb auch die sozialen Auswirkungen mitberücksichtigt werden müssen.

Weiteres Vorgehen

Nach dem beschriebenen Beschluss des Bundesrats müssen zur

Realisierung der Option **Status quo + weitere Geschäftsfelder für SUVA erschliessen** in einem ersten Schritt die von der SUVA beabsichtigten Geschäftsfelder näher präzisiert werden. Insbesondere geht es darum, dass die SUVA möglichst konkret darstellt, welche neuen Prozesse sie mit welcher Priorität in die Praxis umsetzen möchte und wie diese gestaltet sein sollen. Zu klären sind ausserdem weitere Fragen wie z.B. die Art und Weise der Rechnungslegung, der Haftung für allfällige Defizite, die Steuerpflicht oder die Vereinbarkeit mit dem in Art. 61 Abs. 2 UVG festgehaltenen Grundsatz der Gegenseitigkeit. Aufgrund der erfolgten Abklärungen können dann dem Bundesrat Vorschläge für die erforderlichen Gesetzesänderungen unterbreitet werden.

Nach einem Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 16. Januar 1995 darf die SUVA ohne zusätzliche gesetzliche Grundlage grundsätzlich keine neuen Tätigkeiten

ausüben. Lediglich für die Ausübung von administrativen Hilfstätigkeiten ist keine spezielle, ausdrückliche gesetzliche Basis erforderlich. Eine Hilfstätigkeit liegt vor, wenn sie im Verhältnis zur Haupttätigkeit von untergeordneter Art und von unbedeutendem Umfang ist.

Nach Auffassung des BSV sind ohne Gesetzesänderung «Versuchsbetriebe» zur Abklärung der Realisierbarkeit von neuen Geschäftsfeldern im Bereich der Kernkompetenzen der SUVA zulässig, wenn das Amt vorher die Möglichkeit erhalten hat, dazu Stellung zu nehmen.

Für die zu erstellende Kosten-Nutzen-Analyse ist ein ausführlicher Auftrag zu formulieren und das ausführende Institut zu bestimmen.

Neue Perspektiven für die schweizerische Familienpolitik

Fünf nationale Organisationen haben sich zusammengetan, um der Familienpolitik als zentrale gesellschaftliche Aufgabe neue Impulse zu geben. Die Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF), Pro Familia, Pro Juventute, die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) und die Städteinitiative «JA zur sozialen Sicherung» fordern wirksame Reformen mit dem Ziel, die Leistungen aller Familien anzuerkennen und Familienarmut zu verhindern.



Jürg Krummenacher
Präsident der EKFF
jkrummenacher@caritas.ch

Die genannten fünf Organisationen haben sich zur «Perspektive Familienpolitik» zusammengeschlossen, weil sie die schweizerische Familienpolitik für völlig ungenügend halten. Bei ihrem gemeinsamen Auftritt anlässlich einer Pressekonferenz am 20. August 2002 erläuterten sie ihre Anliegen:

Sie stellen zwar mit Befriedigung fest, dass noch selten zuvor so intensiv über Familienpolitik diskutiert worden ist wie in jüngster Zeit. Dennoch sind sie beunruhigt darüber, dass die zurzeit im Parlament anhängigen familienrelevanten Projekte nur schleppend vorankommen. Angesichts der Tatsache, dass Familien rund 60 % des Totals der von Armut Betroffenen ausmachen und 120 000 Kinder in armen Haushalten aufwachsen, sind Massnahmen nach ihrer Überzeugung dringend nötig. Die Forderungen der «Perspektive Familienpolitik», die in einem Positionspapier zusammengefasst sind, betreffen fünf Bereiche:

Familienbesteuerung: für das Familiensplitting

In den letzten Jahren wurden verschiedene Vorschläge für eine Reform des Familienlasten- bzw. Familienleistungsausgleichs, ja sogar für einen grundlegenden Systemwechsel diskutiert. Für die Beurteilung dieser Vorschläge fehlte ein einheitlicher Rahmen. Die EKFF hat deshalb das Büro BASS beauftragt, die Wirkung verschiedener Szenarien zu analysieren. Im Oktober 2000 hat die EKFF diese Studie veröffentlicht.

Gestützt auf die Studie BASS sprechen sich EKFF, Pro Familia, Pro Juventute, SKOS und Städteinitiative gegenwärtig gegen einen grundlegenden Systemwechsel aus. Sie wollen mittelfristig am dualen System von Steuerabzügen und Familienzulagen festhalten, setzen sich aber gleichzeitig für wirksame Reformen des Familienlasten- bzw. -leistungsausgleichs ein.

In der Vernehmlassung zur Reform der Familienbesteuerung haben sich die fünf Organisationen für das Familiensplitting ausgesprochen, weil nur dieses Modell einem modernen Familienverständnis Rechnung trägt und Haushalte mit Kindern gezielt unterstützt. Im Familiensplitting würden die steuerpflichtigen Personen grundsätzlich individuell veranlagt. In der Kinderphase würden jedoch die Einkommen eines Haushalts mit Kindern zusammengezählt und geteilt. Leider hat sich der Nationalrat in der Zwischenzeit für das Modell des Teilsplittings ausgesprochen.¹

Die «Perspektive Familienpolitik» hält am Familiensplitting fest und ersucht die eidgenössischen Räte, dieses Modell nochmals ernsthaft zu prüfen. Gleichzeitig setzen sich die fünf Organisationen dafür ein, dass niemand wegen der Bezahlung der Steuern unter das Existenzminimum fällt.

Kinderzulagen: bundesrechtliche Lösung

Die «Perspektive Familienpolitik» postuliert auch eine grundlegende Reform der Kinderzulagen. Sie strebt eine bundesrechtliche Lösung mit Kinderzulagen für alle Kinder in der Höhe von mindestens 200 Franken bzw. 250 Franken Ausbildungszulage an. Die gegenwärtigen kantonalen Regelungen sind nicht mehr zeitgemäss. In einem Gutachten zur Neuordnung der Kinder- und Familienzulagen in der Schweiz unterscheidet Gerhard Hauser drei mögliche

1 Näheres zur Steuerreform und ihrer Behandlung im Parlament in CHSS 4/2001 S. 178, 5/2001 S. 243, 1/2002 S. 3, 2/2002 S. 66, 3/2002 S. 126, 5/2002 S. 258.

2 Hauser, G.: Kinder- und Familienzulagen in der Schweiz. Untersuchung im Auftrag der EKFF im Hinblick auf eine Neuordnung. Bern 2002.

3 Näheres dazu in CHSS 4/2001 S. 190.

Formen einer neuen Gesetzgebung: Eine «formelle Harmonisierung», eine «materielle Harmonisierung» und eine umfassende Bundeslösung.²

Von den drei Ansätzen befürwortet die «Perspektive Familienpolitik» klar das dritte Modell einer umfassenden Bundeslösung, welche die Kinder- und Familienzulagen gesamtschweizerisch einheitlich regelt. Die Finanzierung sollte durch Arbeitgeber- und beschränkt durch Arbeitnehmerbeiträge erfolgen. Gleichzeitig sollte den Kantonen aber ein gewisser Spielraum belassen werden. Wichtig ist den fünf Organisationen auch, dass eine Lösung für jene fünf Kantone gefunden werden kann, in denen durch die vorgeschlagene Höhe der Kinderzulagen eine Nivellierung nach unten erfolgen würde.

Mutterschaftsversicherung realisieren

Die «Perspektive Familienpolitik» spricht sich zudem für eine rasche Verwirklichung der Mutterschaftsversicherung im Sinne der parlamentarischen Initiative Triponez aus. Sie sieht die verbindliche Einführung einer gesetzlichen Lohnfortzahlung an alle erwerbstätigen Mütter während 14 Wochen unabhängig von der Dauer des Arbeitsverhältnisses bei einem bestimmten Arbeitgeber als schnell realisierbare Minimallösung.

Einführung von einkommensabhängigen Familien-EL

Eine der grössten Herausforderungen für die Familienpolitik ist die Familienarmut. Zwar reduziert das heutige System des Familienlastenausgleichs mit den bescheidenen Kinderzulagen die Armut unter Familien in spürbarem Ausmass. Ohne Familienlastenausgleich müssten 11 %, also fast doppelt so viele Familien, unter der Armutgrenze leben.

Eine zusätzliche Reduktion der Familienarmut verlangt aber über die Reformen des Familienlastenausgleichs hinaus nach weiteren Massnahmen. In der im Oktober

Gegenwärtiger Familienlasten- bzw. -leistungsausgleich: ungerecht, lückenhaft und aufwändig

Der Familienlasten- bzw. Leistungsausgleich umfasst die *ökonomischen Massnahmen* der Familienpolitik. Ziel dieser Massnahmen ist es, die Leistungen, welche die Familien für die Gesellschaft erbringen, abzugelten und so einen Ausgleich zwischen Haushalten ohne Kinder und Familien zu bewirken. Im System der Schweiz basiert der Familienlastenausgleich auf den *Kinderzulagen und den Steuerabzügen für Kinder*. Im Jahr 1999 belief sich das Volumen des Familienlastenausgleichs auf 6,3 Mrd. Franken. Es setzte sich zusammen aus 4,1 Mrd. für die Kinderzulagen und 2,2 Mrd. für die Steuerbegünstigungen. Dazu kamen familienbezogene Bedarfsleistungen (kantonale Bedarfsleistungen und Sozialhilfe) in der Höhe von 1,0 Mrd. Franken. Insgesamt also machten die *staatlichen Leistungen an Familien* im Rahmen des Familienlastenausgleichs *7,3 Mrd. Franken* aus.

Der Familienlastenausgleich gilt damit lediglich knapp einen Sechstel der effektiven Kinderkosten ab. Diese belaufen sich unter Einbezug des Zeitaufwands der Eltern auf 47 Milliarden Franken.

Der gegenwärtige Familienlasten- bzw. Familienleistungsausgleich ist ungerecht. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen sind sowohl bei den Steuerabzügen als auch bei den Kinderzulagen unverhältnismässig gross und nicht begründbar. 44 % betragen die Leistungen des Kantons mit dem tiefsten Lastenausgleich im Vergleich zum Kanton mit dem höchsten Lastenausgleich.

Das heutige System ist sehr lückenhaft. 290 000 Kinder von Selbständigerwerbenden, Nicht- und Teilzeiterwerbstätigen erhalten keine oder nur eine eingeschränkte Kinderzulage. Das sind 17 % aller in der Schweiz lebenden Kinder. Das heutige System ist schliesslich sehr aufwändig, ineffizient und bürokratisch. Gesamtschweizerisch gibt es schätzungsweise mehr als 800 Familienausgleichskassen. Ein Unternehmen, das in der ganzen Schweiz tätig ist, muss nach 26 verschiedenen Systemen abrechnen. Das heutige System trägt der immer grösseren Mobilität der Bevölkerung und dem Wandel der Lebensformen keine Rechnung. Das zeigt sich zum Beispiel dann, wenn ein Elternteil in einem Kanton und der andere Elternteil in einem anderen Kanton arbeitet oder wenn eine alleinerziehende Mutter in zwei verschiedenen Kantonen Teilzeitpensen erfüllt.

2000 veröffentlichten Studie BASS hat sich gezeigt, dass das sogenannte «Tessiner Modell» einen wesentlichen Beitrag zur Prävention der Familienarmut leisten kann. Das «Tessiner Modell» sieht im monetären Bereich neben den einkommensunabhängigen Kinder- und Ausbildungszulagen in der Höhe von 183 Franken zwei Formen von Zulagen vor: Ergänzungsleistungen (EL) für Kinder von der Geburt bis zum 15. Altersjahr in einkommensschwachen Familien (*assegno integrativo*) und eine Kleinkinderzulage (*assegno di prima infanzia*) für

Haushalte mit Kindern bis zum 3. Altersjahr und einem Einkommen, das trotz EL unter dem Existenzminimum liegt.³

Eine bundesweite Einführung von einkommensabhängigen Familien-EL im Sinne des Tessiner Modells würde die *Armutquote der Familien in der Schweiz praktisch halbieren*. EKFF, Pro Familia, Pro Juventute, SKOS und Städteinitiative unterstützen darum die parlamentarischen Initiativen Fehr und Meier-Schatz zur Einführung von EL für einkommensschwache Familien auf Bundesebene nach dem «Tessiner

Die neuen Publikationen zur Familienpolitik

- Perspektive Familienpolitik, Die Leistungen aller Familien anerkennen, Bern, 2002
- Hauser-Schönbächler Gerhard, Kinder- und Familienzulagen in der Schweiz. Untersuchung im Hinblick auf eine Neuordnung, im Auftrag der EKFF, Bern, 2002
- Hüttner Eveline, Bauer Tobias, Abklärungen zu einem gesamtschweizerischen System von Familien-Ergänzungsleistungen. Bericht zuhanden der EKFF, 2002

Bestellung: Sekretariat der EKFF, BSV, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, Tel. 031 324 06 56, Fax 031 324 06 75, www.ekff.ch

Modell».⁴ Die Verfahren zur Bemessung und Ausrichtung von EL sind seit langem erprobt und können übernommen werden. Abklärungen von Eveline Hüttner und Tobias Bauer zu einem gesamtschweizerischen System von Familien-EL haben allerdings gezeigt, dass die heute geltenden EL-Ansätze Alleinerziehende und Familien mit einem Kind benachteiligen und die Bemessungsgrundlagen bezüglich der Berechnung der Kinderkosten angepasst werden müssten.⁵ Die «Perspektive Familienpolitik» ist ausserdem der Auffassung, dass eine einfachere Ermittlung der Bezugsberechtigung und eine automatische Information der betroffenen Familien angestrebt werden sollte.

Im Kanton Tessin hat sich das neue System sehr bewährt. Wie die Erfahrungen zeigen, wird es aber wichtig sein, neben der finanziellen Hilfe an die Familien *ergänzende Beratungs- und berufliche Integrationsmassnahmen* bereitzustellen. Als wichtigste Massnahme betrachten die fünf Organisationen dabei die Entschädigung von familienergänzenden Betreuungskosten, ohne dass allerdings Eltern, die solche

Angebote nicht in Anspruch nehmen, bestraft würden.

Die Kosten für die Reform des Familienlastenausgleichs und die bundesweite Einführung von einkommensabhängigen Familien-EL würden sich netto auf *720 Mio. Franken* belaufen. Davon würden 300 Millionen für die Verwirklichung des Tessiner Modells auf Bundesebene anfallen.

Die familienergänzende Kinderbetreuung ausbauen

Der Familienlasten- bzw. -leistungsausgleich ist ein zwar sehr wichtiges, aber nicht das einzige Element einer modernen Familienpolitik. EKFF, Pro Familia, Pro Juventute, SKOS und Städteinitiative sind sich sehr wohl bewusst, dass weitere familienpolitische Massnahmen notwendig sind. Für die fünf Organisationen steht dabei der Ausbau familienergänzender und -stützender Betreuungsangebote wie Kinderkrippen oder Tagesfamilien im Vordergrund. Sie treten für eine schnelle Verwirklichung der parlamentarischen Initiative Fehr betreffend «Anstossfinanzierung für familienergänzende Betreuungsplätze» ein.⁶ Familienergänzende Betreuung ist in verschiedener Hinsicht eine Chance für eine angemessene soziale Einbettung und Verankerung der Kinder. Dies gilt für alle Kinder, in besonderem Mass jedoch für Kinder aus Klein(st)familien und psychosozial belasteten Familien.

Zu den Aufgaben der Familienpolitik gehört es aber auch, für die verschiedenen Formen der Betreuungsangebote eine hohe sozialpädagogische Qualität einzufordern und zu ermöglichen.

Eine bessere Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsarbeit ist nicht nur aus arbeitsmarktpolitischen Gründen anzustreben. Sie hat auch den *Anliegen der Gleichstellungspolitik* gebührend Rechnung zu tragen. Die «Perspektive Familienpolitik» setzt sich dafür ein, dass Arbeitswelt und Politik durch die

Schaffung von Teilzeitstellen für Männer und Frauen die Bedürfnisse der Familien berücksichtigen, die negativen Auswirkungen der Flexibilisierung auffangen und die soziale Sicherheit auch für «atypische» Beschäftigungsverhältnisse garantieren. Die fünf Organisationen wollen auch darauf hinwirken, dass das *Bildungswesen* sich über die Einführung von Blockzeiten und die Einrichtung von Mittagstischen und Tagesschulen *an die veränderten Familienrealitäten anpasst*.

Familienpolitik darf sich schliesslich nicht auf die jungen Familien in der sogenannten Kinderphase beschränken. Die demografische Entwicklung und die Veränderung in den Generationenbeziehungen stellen auch die Familien und die Familienpolitik vor ganz neue Herausforderungen. Die «Perspektive Familienpolitik» wird sich zu einem späteren Zeitpunkt auch mit diesen Herausforderungen befassen und dazu ihre Überlegungen und Vorschläge einbringen.

Vor einer familienpolitischen Weichenstellung

In den nächsten Monaten werden die Weichen für die künftige Ausgestaltung der Familienpolitik gestellt. EKFF, Pro Familia, Pro Juventute, SKOS und Städteinitiative wollen mit vereinten Kräften einer zukunftsfähigen, modernen Familienpolitik auf Bundesebene zum Durchbruch verhelfen. Sie berufen sich dabei auf die Artikel 41 und 116 der neuen Bundesverfassung, die dem Bund einen klaren Verfassungsauftrag im Bereich der Familienpolitik geben. Die Organisationen werden sich deshalb entschieden dafür einsetzen, dass die hier vorgeschlagenen, minimalen Massnahmen möglichst bald realisiert werden.

4 Wortlaut in CHSS 4/2001 S. 192.

5 Hüttner, E./Bauer, T.: Abklärungen zu einem gesamtschweizerischen System von Familien-Ergänzungsleistungen. Bericht zu Handen der EKFF, Bern 2002.

6 Mehr dazu in CHSS 3/2002 S. 175.

Das KVG – Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung?

«In der Schweiz wurde mit dem Krankenversicherungsgesetz 1996 ein vorbildlicher gesetzlicher Rahmen geschaffen. Die marktwirtschaftlichen Elemente darin sind im Sinne eines selbstregulativen Wettbewerbs zielführend zur Erreichung einer hohen Kosten-Nutzen-Effizienz. Auf der Ebene der medizinischen Leistungsanbieter hat die Schweiz die sogenannten Health Maintenance Organizations entwickelt. Die Schweiz ist weiter gegangen als das deutsche Gesundheitsstrukturgesetz und hat Wettbewerb auf allen Systemebenen zugelassen, eingeführt, gefördert und festgelegt. Dieser Wettbewerb hat im Gesundheitswesen zu neuen innovativen Versorgungsformen geführt. Es hat sich ein neues Serviceverhalten, auch eine neue Kundenorientierung, ein neues Dienstleistungsverständnis bei den Ärzten etabliert.»



Ralf Kocher
Geschäftsfeld K+U, BSV
ralf.kocher@bsv.admin.ch



Stefan Gress
Universität Greifswald
gress@uni-greifswald.de



Jürgen Wasem
Universität Greifswald
wasem@uni-greifswald.de

In solch überschwänglichen Worten wird das schweizerische Krankenversicherungssystem in der Laudatio für die Vergabe des Bertelsmann-Preises 2000 gelobt (Woessner, 2000). Tatsächlich gilt in der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion das schweizerische Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG als Vorbild – zumindest für Anhänger einer stärker wettbewerblich ausgerichteten Orien-

tierung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Deutschlands. So haben manche Entwürfe für eine grundlegende GKV-Reform explizit die Schweizer Wettbewerbsordnung als Vorbild (Buchholz et al. 2001).

Trifft die oben zitierte – auf einer umfangreichen internationalen Recherche (Böcken 2000) basierende – Einschätzung zu, könnte die Schweiz in der Tat als interessantes Beispiel für Lösungswege aus der von Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägten Situation im deutschen Gesundheitssystem dienen

(Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). Der im Dezember 2001 erschienene Synthesebericht zur Wirkungsanalyse KVG¹ bot den Gesundheitsökonomen der Universität Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) in Zusammenarbeit mit dem BSV die willkommene Möglichkeit zu überprüfen, ob die Effekte des KVG tatsächlich das Versprechen eines erfolgreichen Wettbewerbs auf allen Systemebenen erfüllen. Dazu wurde nach einem erprobten Schema für die Evaluation von Gesundheitsreformen vorgegangen (Gress 2000). In der nachfolgend wiedergegebenen Synthese dieser Arbeit wird im ersten Abschnitt nach der Begründung und der Zielsetzung der Reform gefragt. Im zweiten Abschnitt wird untersucht, in welchem Ausmass die Etablierung einer regulierten Wettbewerbsordnung Bestandteil der Reformen ist. Im Mittelpunkt dieser Analyse steht im dritten Abschnitt die Beantwortung der Frage, ob tatsächlich die erwünschten Auswirkungen des regulierten Wettbewerbs eingetroffen sind. Im vierten Abschnitt wird der Erfolg der Reformen insgesamt beurteilt und die Frage nach den Perspektiven für das KVG in der Schweiz gestellt und im fünften und letzten Abschnitt werden mögliche Lerneffekte für die deutsche GKV diskutiert.

1. Zielsetzung des Krankenversicherungsgesetzes von 1996

Die Zielsetzungen des KVG sind vor allem vor dem Hintergrund der Schwächen des alten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KUVG) von 1911 zu sehen. Die Situation im Gesundheitssystem der

¹ Synthese Wirkungsanalyse KVG, Bundesamt für Sozialversicherung; siehe auch CHSS 1/2002 S. 5 ff.

Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandprodukt in der Schweiz, Deutschland und den Niederlanden 1980 bis 1998²

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Deutschland	8,8	9,3	8,7	10,2	10,6	10,5	10,3
Niederlande	8,0	7,8	8,5	8,9	8,8	8,7	8,7
Schweiz	7,3	7,7	8,3	9,6	10,1	10,2	10,4

Quelle: OECD Health Data 2001

Schweiz unter dem KUVG war vor allem geprägt durch Risikoselektion, Lücken im Versicherungsschutz, fehlendes Obligatorium, risikoäquivalente Prämien auf der Basis von Eintrittsalter und Geschlecht usw. Gleichzeitig lagen die Steigerungen der Ausgaben für Gesundheit konstant über dem Wachstum des Bruttoinlandproduktes (BIP). Dementsprechend stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben von im internationalen Vergleich vergleichsweise bescheidenen 7,3% im Jahr 1980 auf 8,3% im Jahr 1990 und auf gar 9,6% im Jahr 1995. Diesem Ausgabenanstieg stand ein im Vergleich etwa zu den Niederlanden und Deutschland vom Umfang her geringeres Leistungspaket gegenüber. Unzureichend abgedeckt waren insbesondere die Leistungen im Spital, für die Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim.

Die Zielsetzung des KVG besteht darin, der gesamten Bevölkerung im Rahmen einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine qualitativ hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung zu garantieren. Zudem soll der neue gesetzliche Rahmen zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen, indem kosteneindämmende Wettbewerbsmechanismen in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen zum Zuge kommen sollten. Die Zielsetzung des KVG lässt sich somit in den drei Begriffen Solidarität, angemessene Leistungsversorgung und Kosteneindämmung zusammenfassen. Der Entsolidarisierung zwischen Arm und Reich, Jung und Alt,

Gesund und Krank soll durch das KVG auf wirksame Weise begegnet werden, wichtige Lücken in der Gesundheitsversorgung geschlossen und gleichzeitig der Ausgabenausweitung wirksam begegnet werden. Diese drei Ziele sollen durch ein ganzes Bündel von Massnahmen erreicht werden, welche die Anreize für Versicherte, Versicherer und Leistungsanbieter von Grund auf verändern.

Zentrales Ziel des KVG ist die Stärkung des Solidaritätscharakters der Krankenversicherung. Erstes Reforminstrument für die Erreichung dieses Ziels ist das sogenannte *Obligatorium* für die gesamte Bevölkerung. Die Versicherungspflicht macht es nun unmöglich, dass sich Gesunde und Personen mit hohem Einkommen ausserhalb der sozialen Krankenversicherung privat versichern. Risikoselektion zu Lasten der sozialen Krankenversicherung und zu Gunsten der privaten Krankenversicherung wird durch diese Vorschrift wirkungsvoll verhindert.

Mit dem Versicherungsobligatorium für die Versicherten einher geht der Aufnahmезwang für die Versicherer, die *volle Freizügigkeit* für die Versicherten und der Risikoausgleich zwischen den Versicherern. Im Risikoausgleich wurden als Ausgleichsparameter innerhalb der Kantone Alter und Geschlecht festgelegt. Eine weitere Neuerung betrifft die *Kalkulation der Prämien*. Zwar wurden die einkommensunabhängigen Kopfprämien beibehalten, allerdings dürfen diese nicht mehr auf der Basis der Gruppenrisiken (Geschlecht und Eintrittsalter in die

Versicherung) kalkuliert werden. Abstufungen der Kopfprämien sind nur noch nach Altersgruppen (Kinder, junge Erwachsene, Erwachsene), Regionen und Versicherungsformen möglich. Parallel erhalten Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen *Prämienverbilligungen* von den Kantonen, also eine Subjektförderung.³

Zusätzlich zu den Prämien haben die Versicherten im Krankheitsfall noch eine Kostenbeteiligung zu bezahlen. Diese schwächt im Prinzip die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, da diese Kosten nur von den Kranken zu tragen sind. Diese Aufweichung der Solidarität wird jedoch bewusst in Kauf genommen, damit die Versicherten bei ihren – gemeinsam mit den Leistungserbringern getroffenen – Entscheidungen über die Wahl der Therapie ebenfalls Kosten-Nutzen-Überlegungen einfließen lassen. Neben der ordentlichen Kostenbeteiligung haben die Versicherten noch die Wahl unter den im KVG vorgesehenen besonderen Versicherungsformen mit wählbaren Franchisen. Mit den wählbaren Franchisen sollen die Versicherten zu einem bewussteren Umgang beim Bezug von Leistungen angeregt und eventuell dazu bewegt werden, auf gewisse Leistungen zu verzichten oder sie jedenfalls zurückhaltender in Anspruch zu nehmen. Personen, die sich für solche besonderen Versiche-

² Zum Vergleich wurden für diese Tabelle Deutschland und die Niederlande herangezogen, da sich beide Länder auf einem vergleichbaren wirtschaftlichen Entwicklungsstand mit der Schweiz befinden und ebenso den Krankenversicherungsschutz überwiegend über eine Sozialversicherung finanzieren.

³ Im Rahmen einer Objektförderung beteiligen sich die Kantone weiterhin an der Spitalfinanzierung.

⁴ Ende 2000 hatten nur noch 54% der Versicherten eine Versicherung mit ordentlicher Franchise, 38% eine Versicherung mit wählbarer Franchise.

⁵ Sogenannte Managed-Care-Produkte, d.h. Hausarztnetze oder Health Maintenance Organizations (HMOs)

⁶ Maximal 20% Rabatt auf die ordentlichen Prämien.

Anreize für Versicherte, Versicherer und Leistungsanbieter im KVG von 1996

2

Anreiz	Adressat	Auswirkung	Ziel
Kopfprämie	Versicherer und Versicherte	Differenzierung der Prämie nicht nach individuellem Risiko	Solidarität
Prämien	Versicherte	Verbilligung der Prämien für bedürftige Haushalte	Solidarität
Risikoausgleich	Versicherer	Verbilligung zum regionalen Risikoausgleich nach Alter und Geschlecht der Versicherten	Solidarität
Obligatorium	Versicherte	Versicherungspflicht	Solidarität
	Versicherer	Aufnahmepflicht	Solidarität
Freizügigkeit	Versicherte	Wechselmöglichkeit zwischen Versicherern	Solidarität
	Versicherer und Leistungsanbieter	Wettbewerbsdruck	Kostenstelle
Zulassung alternativer Versicherungsformen	Versicherte, Versicherer, Leistungsanbieter	Wahlmöglichkeit zwischen Basisversicherung und alternativen Versicherungsformen	Kostenkontrolle
Kostenbeteiligung	Versicherte	Kostenbeteiligung von max. 830 Franken pro Jahr	Kostenkontrolle
Festlegung standardisierter Leistungskatalog	Versicherer, Versicherte und Leistungsanbieter	Leistungspflicht	Angemessene Leistungsversorgung
Qualitätssicherung	Versicherer	Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall	Angemessene Leistungsversorgung
	Leistungsanbieter	Pflicht zur wirtschaftlichen Leistungserbringung und zur Qualitätssicherung	Angemessene Leistungsversorgung

Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung 2001

rungsformen entscheiden, verpflichten sich, einen grösseren Teil der verursachten Kosten zu übernehmen. Für die Versicherer bedeutet dies, dass sie geringere Kosten zu tragen haben, weshalb sie im Gegenzug den Versicherten einen Prämienrabatt gewähren, unabhängig davon, ob diese Leistungen in Anspruch nehmen oder nicht. Die Versicherten haben von dieser Möglichkeit einer erhöhten Eigenverantwortung und damit auch einer Übernahme eines grösseren finanziellen Risikos regen Gebrauch gemacht. Neben diesem Aspekt der Eigenverantwortung werden jedoch höhere Franchisen sicherlich auch aufgrund der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und auch aufgrund der Prämienhöhe, und damit

als Mittel zur finanziellen Entlastung, gewählt (Eberhard 2000).⁴

Daneben können sich die Versicherten auch noch für Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer entscheiden.⁵ In diesen Modellen verzichten die Versicherten freiwillig auf die freie Arztwahl, und die Versicherer können die erwirtschafteten Ersparnisse in gesetzlich definierten Grenzen an die Versicherten weitergeben.⁶ Der Gesetzgeber geht davon aus, dass durch die Kombination dieser besonderen Versicherungsformen mit der Wahlfreiheit erheblicher Wettbewerbsdruck auf Versicherer und Leistungsanbieter ausgeübt wird und auf diese Art und Weise Kosteneinsparungen erzielt werden können. Zur Sicherstellung

einer angemessenen Leistungsversorgung wurde vom Gesetzgeber ein *einheitlicher Leistungskatalog* festgelegt.

Neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können die Versicherer auch noch Zusatzversicherungen anbieten. In diesen nach Privatversicherungsrecht geführten Versicherungen können die Versicherer Gewinne erzielen, risikogerechte Prämien erheben und Ausschlüsse von Leistungen vornehmen.

2. Zielsetzung und Verhaltensannahmen regulierten Wettbewerbs

Mit der Reform des KVG wurde faktisch eine Wettbewerbsordnung

geschaffen, die von der Regulierung her stark an die theoretischen Modelle von *Managed Competition* (Enthoven 1988) erinnern. In der ersten Hälfte der Neunzigerjahre haben sich auch andere Länder für diesen Weg entschieden, nicht zuletzt die Niederlande (Gress et al. 2002b), Israel (Gross/Harrison 2001) und in geringerem Ausmass auch Deutschland (Gress et al. 2002a). Trotz beträchtlicher Unterschiede im Detail der institutionellen Ausgestaltung ähneln sich die angesprochenen Wettbewerbsordnungen in den Zielsetzungen und den drei zentralen Annahmen, die sie in das Verhalten der zentralen Marktakteure Versicherte, Versicherer und Leistungsanbieter setzen. Die Zielsetzung betrifft vor allem eine Kombination von erhöhter Wirtschaftlichkeit durch wettbewerbliche Suchprozesse mit der Beibehaltung des solidarischen Charakters des Krankenversicherungssystems.

Was die Verhaltensannahmen betrifft, so wird erstens vorausgesetzt, dass die Versicherten freie Wahl zwischen den Versicherern haben und durch die Wahrnehmung ihres Wahlrechtes die Versicherer unter Wettbewerbsdruck setzen. Theoretisch nicht eindeutig geklärt ist, wie

tiger und qualitativ hochwertiger Versorgung miteinander um Versicherte konkurrieren – und dieses nicht durch volkswirtschaftlich sinnlose Risikoselektion um möglichst günstige Risiken tun. Daher ist der Risikoausgleich zentrales Element einer jeden regulierten Wettbewerbsordnung. Die dritte und zentrale Verhaltensannahme setzt voraus, dass auch die Leistungsanbieter untereinander konkurrieren und die Versicherer die Möglichkeit haben, besonders wirtschaftlich arbeitende Leistungsanbieter mit hohen Qualitätsstandards unter Vertrag zu nehmen. Jede der drei Verhaltensannahmen ist notwendig, aber noch nicht hinreichend. Wird mit anderen Worten die Wirkungskette an einer Stelle unterbrochen, wird die beabsichtigte Wirkung des regulierten Wettbewerbs verfehlt.

Die Schweizer Variante einer regulierten Wettbewerbsordnung vereinigt wesentliche Elemente, die auch in der Theorie an eine solche Wettbewerbsordnung gestellt werden müssen. So haben die Versicherten Wahlfreiheit zwischen den Versicherern und können sogar zwischen verschiedenen Versicherungsformen wählen. Der Risikoausgleich soll die Versicherer von der Risiko-

gelassenen Leistungsanbietern. Im nächsten Abschnitt werden die oben dargestellten Verhaltensannahmen im Hinblick auf das Wechselverhalten der Versicherten, den Wettbewerb der Versicherer und die Entwicklung von alternativen Versicherungsformen mit eingeschränkter Arztwahl überprüft.

3. Auswirkungen des regulierten Wettbewerbs in der Schweiz

Wechselverhalten der Versicherten

Das Wechselverhalten der Versicherten ist vor allem im Hinblick auf zwei Aspekte von besonderer Bedeutung. Zum einen ist nach der Wechselintensität zwischen verschiedenen Versicherern zu fragen. Zum anderen ist von Interesse, in welchem Ausmass die vom KVG ermöglichten alternativen Versicherungsformen nachgefragt werden.

Die sich im Rahmen des KVG bietenden Möglichkeiten des Wechsels des Versicherers werden zurzeit von den Versicherten weniger genutzt als erwartet. Die Versicherten hätten die freie Wahl zwischen gesamtschweizerisch 94 Versicherern mit zum Teil erheblichen Prämienunterschieden. Zudem ist kein anderes Versicherungsprodukt in der Schweiz hinsichtlich der Leistungen, der angebotenen Optionen, Vergleichsmöglichkeiten, Prämiengestaltung und Modalitäten (Kündigung, Wechsel des Versicherers usw.) transparenter als die obligatorische Krankenversicherung.

Dennoch ist der Anteil der Wechsler zwischen verschiedenen Versicherern gering. Nach einer repräsentativen Befragung haben bis zum Beginn des Jahres 2000 insgesamt 15 % der Versicherten mindestens einmal ihren Versicherer gewechselt. Der Anteil der Wechsler ist aber im Zeitablauf deutlich zurückgegangen. Haben zum Beginn der Jahre 1997 und 1998 noch rund 5 % der Versicherten gewech-

Die Art der Versicherungsform wurde im Zeitraum zwischen 1997 und 2000 von rund einem Viertel der Versicherten gewechselt.

hoch der Anteil derjenigen sein muss, die tatsächlich von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen (Colombo 2001). Unstrittig ist aber, dass nur eine Minderheit der Versicherten tatsächlich wechseln muss. Im übrigen sollte schon das Drohpotenzial des Wechsels wirksamen Druck auf die Versicherer ausüben. Zweitens wird davon ausgegangen, dass die Versicherer mittels kostengüns-

selektion abhalten. Der standardisierte Leistungskatalog setzt Anreize für die Versicherer, um eine möglichst wirtschaftliche Art der Leistungserstellung zu konkurrieren – und nicht mit dem Umfang der Leistungen. Allerdings unterliegen die Versicherer – ausser in den alternativen Versicherungsformen mit eingeschränkter Arztwahl – dem Kontrahierungszwang mit allen zu-

selt, so ist dieser Anteil zum Beginn des Jahres 2000 auf 2% zurückgegangen. Als Wechselgrund wird ganz überwiegend die Höhe der Prämie angegeben. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung deuten darauf hin, dass überwiegend gesunde Versicherte wechseln. Gut 16% der Versicherten mit gutem oder sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand haben schon einmal gewechselt, dagegen nur knapp 6% der Versicherten mit schlechtem oder sehr schlechtem subjektivem Gesundheitszustand (Colombo 2001). Dieser Umstand ist insofern bedeutsam, als die höhere Wechselbereitschaft von günstigen Risiken diese attraktiv für etwaige Selektionsstrategien der Versicherer macht.

Die Art der Versicherungsform wurde im Zeitraum zwischen 1997 und 2000 von rund einem Viertel der Versicherten gewechselt. Ganz überwiegend betrifft dieser Wechsel eine freiwillige Erhöhung der Franchise, mit grossem Abstand folgt der Beitritt zu einer Versicherungsform mit eingeschränkter Arztwahl. Diese geringe Wechselbereitschaft reflektiert den geringen Marktanteil von Hausarzt- und HMO-Modellen. Es deutet sich keine Dynamisierung dieser Entwicklung an. Im Gegenteil geben nur 4(8)% der befragten Versicherten an, mit Sicherheit (vielleicht) in der Zukunft einen Wechsel der Versicherungsform vorzunehmen (Peters et al. 2001).

Der von den Versicherten ausgelöste Wettbewerbsdruck hält sich damit sowohl im Hinblick auf die Wechselintensität zwischen den Versicherern als auch im Hinblick auf die Nachfrage nach alternativen Versicherungsformen in engen Grenzen. Darüber hinaus ist sogar eine Abschwächung der ohnehin schon geringen Dynamik im Zeitablauf festzustellen.

Wettbewerb der Versicherer

Was die strategische Ausrichtung der Versicherer und das daraus resultierende Marktverhalten betrifft,

sind die Verhaltensänderungen geringer als erwartet. Zwar wurden die Dienstleistungsqualität gegenüber den Versicherten im Durchschnitt erhöht und verstärkte Anstrengungen zum Kostenmanagement durchgeführt. Letzteres allerdings beschränkt sich im Wesentlichen auf Abrechnungskontrollen. Programme zum Disease- und Fallmanagement befinden sich dagegen noch

(legalen) oder harten (illegalen) Risikoselektion genutzt werden. Beispielsweise zielen viele grosse Versicherer darauf, mittels Marketingmassnahmen spezifische Zielgruppen mit spezifischen Produkten in der Zusatzversicherung zu gewinnen. Da die meisten Versicherten nicht zwischen Grund- und Zusatzversicherung unterscheiden, wird dadurch gleichzeitig «Risikopflege»

Es ist davon auszugehen, dass eine aktive Risikoselektion mehr zum unternehmerischen Erfolg beiträgt als das Kostenmanagement.

immer im Erprobungsstadium. Von zentraler Bedeutung ist allerdings, dass Risikoselektion weiterhin das zentrale Instrument der Versicherer zur Verbesserung der Kostenstruktur ist.

Formal haben die Versicherer gemäss KVG weniger Möglichkeiten zur aktiven Risikoselektion als unter dem alten KUVG. Wegen eines nur Alter und Geschlecht ausgleichenden und damit doch unvollständigen Risikoausgleichs und der grösseren Wechselneigung von gesünderen Versicherten bleibt sie allerdings weiter interessant. Aufgrund der Befragung von Unternehmen im Rahmen der KVG-Evaluation ist davon auszugehen, dass eine aktive Risikoselektion mehr zum unternehmerischen Erfolg beiträgt als das Kostenmanagement oder die Entwicklung und Vermarktung von alternativen Versicherungsmodellen (Hammer et al. 2001). Aktive Risikoselektion wird vor allem durch den Abschluss von Grund- und Zusatzversicherung beim gleichen Unternehmen möglich (Beck et al. 2002). Über den Gesundheitsfragebogen der Zusatzversicherung werden wertvolle Informationen über das Risikoprofil von Versicherten gewonnen, die dann zur weichen

betrieben. Aktive Risikoselektion wird allerdings auch in der Grundversicherung selbst betrieben. So ziehen sich Versicherer aus Regionen mit für diesen Kanton überdurchschnittlich hohen Kosten zurück oder propagieren vor allem Versicherungen mit hohen Franchisen – was vor allem günstige Risiken attraktiv finden. Auch die alternativen Versicherungsmodelle werden in Verbindung mit Produkten aus der Zusatzversicherung hauptsächlich auf solche Zielgruppen zugeschnitten, die unterdurchschnittliche Kosten verursachen. Daneben finden aber auch illegale Methoden Anwendung, wie etwa schlechte Servicequalität für ungünstige Risiken (Hammer et al. 2001).

Verbreitung von Versicherungsformen mit eingeschränkter Arztwahl

Die Verbreitung der alternativen Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl stagniert nach anfänglichem dynamischem Wachstum bei einem Marktanteil von knapp 8%, davon entfallen rund ein Fünftel auf HMOs. Im Jahr 1999 waren rund 378 000 Versicherte in insgesamt 71 Hausarztnetzen versichert. Die Netze setzten sich in der Regel aus einem Grossteil der in der

Region niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zusammen. In den meisten der Hausarztnetze sind allerdings kaum Ansätze von Managed Care zu erkennen. Wirkungsvolle Managed Care beinhaltet erhebliche Veränderungen in Verhaltensweisen und Einstellungen der Ärzte und Ärztinnen, wie: Aufgabe der völligen Autonomie des Arztes in der Einzelpraxis sowie Bereitschaft zu Transparenz und Kooperation. Bedeutend ist aber auch der Entwicklungsbedarf bezüglich der benötigten Daten und der neuartigen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Versicherern. Die überwiegende Mehrheit der Hausarztnetze ist wegen der weitgehend fehlenden ökonomischen Anreize nicht auf echte Kosteneinsparungen ausgerichtet. Ein grosser Teil der Hausarztnetze hatte im Gegenteil gar nicht das Ziel, ein Managed-Care-System zu entwickeln, sondern vor allem eine flächendeckende Ausbreitung anderer Formen alternativer Modelle zu verhindern (Baur/Braun 2000).

Die Einschätzungen im Hinblick auf das Kosteneinsparungspotenzial von Hausarztnetzen und HMOs unterscheiden sich nachhaltig. Zwar haben Hausarztnetze im Durchschnitt rund 10 bis 20% geringere Kosten. Dieser Unterschied dürfte jedoch im Wesentlichen auf eine günstigere Risikostruktur der Versicherten in diesen Netzen im Vergleich zum Durchschnitt der Versicherten zurückzuführen sein. Anders ist die Situation in den HMO. Punktuelle Erhebungen kommen zum Ergebnis, dass selbst nach Berücksichtigung von Selektionsvorteilen HMOs einen Kostenvorteil von 15 bis 20% realisieren (Baur/Braun 2000). Diese Erhebungen beruhen allerdings auf einigen wenigen Stichproben und sind nicht repräsentativ (Bundesamt für Sozialversicherung 2001).⁷

Die Erfahrungen haben auch gezeigt, dass sich der Risikoausgleich hemmend auf die Verbreitung von Managed-Care-Modellen auswirken

kann: Einerseits locken diese in der Regel junge Versicherte mit gutem Gesundheitszustand an, die von einer Prämienermässigung profitieren. Andererseits müssen gerade für diese Personen Zahlungen an den Risikoausgleich geleistet werden, die teilweise höher sind als die im Rahmen dieser Versicherungsform ermässigten Beiträge. Verursacht diese Versichertengruppe zudem noch Gesundheitskosten, so sind diese in der Regel durch den verbleibenden Nettoertrag der Beiträge kaum mehr gedeckt. Dieser Anreiz-effekt ist durchaus wünschenswert, da Versorgungsmanagement vor allem bei älteren und kränkeren Versicherten sinnvoll ist.

4. Zielerreichung der Reform und Weiterentwicklung des KVG

Zur Beurteilung des Erfolgs des KVG muss das Ausmass der Zielerreichung zum Zeitpunkt der Evaluation mit den bei der Implementation formulierten Zielen verglichen werden. Daraus ergibt sich ein Zeitraum von immerhin gut sechs Jahren. Eine abschliessende Würdigung des KVG ist sicherlich noch nicht möglich. Veränderungen gerade in Gesundheitssystemen brauchen vor allem Zeit. Allerdings lassen sich bereits einige nach den drei Zielkomplexen Solidarität, angemessene Leistungsversorgung und Kosteneindämmung gegliederte Entwicklungen erkennen. Im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen wird gleichzeitig der daraus resultierende Regulierungsbedarf für eine Weiterentwicklung des KVG diskutiert.

Solidarität

Im Hinblick auf den Solidaritätscharakter des KVG ist zwischen Risikosolidarität auf der einen Seite und Einkommenssolidarität auf der anderen Seite zu unterscheiden (van de Ven/Ellis 2000). Unter Risikosoli-

darität ist zu verstehen, dass eine ex ante bereits zu erwartende Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken oder guten und schlechten Risiken stattfindet, während Einkommenssolidarität eine ex ante bereits zu erwartende Umverteilung von Haushalten mit höheren Einkommen zu Haushalten mit niedrigeren Einkommen impliziert. Im Vergleich zum alten KUVG hat die Kombination aus Versicherungspflicht, Community Rating in der Prämienkalkulation und Risikoausgleich ohne Zweifel zu einer deutlich erhöhten Risikosolidarität geführt. Das noch immer feststellbare hohe Ausmass von aktiver Risikoselektion der Versicherer lässt allerdings noch immer Handlungsbedarf erkennen. So hat sich inzwischen in der Schweiz die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine Befristung des Risikoausgleichs in diesem Zusammenhang wenig zielführend ist und die bislang enthaltenen Ausgleichsparameter einen zu hohen Spielraum für die Selektionsstrategien der Versicherer lassen. Wegen der überaus schlechten Datenlage im Hinblick auf Diagnosedaten wird als kurzfristige Massnahme vor allem die Einrichtung eines Hochrisikopools vorgeschlagen (Bundesamt für Sozialversicherung 2001).

Da das System der nominalen Kopfprämien per se im Gegensatz etwa zu einkommensabhängigen Prämien keinerlei Einkommenssolli-

⁷ Aktuelle Entwicklung im Bereich der Managed-Care-Modelle: Der grösste Krankenversicherer der Schweiz, die Helsana, hat per Ende Juni 2002 über 70 000 Versicherten die Versicherung mit Hausarztmodell gekündigt. Sie begründete ihren Schritt damit, dass sich vorab die sogenannten guten Risiken für Hausarztmodelle interessierten, so dass das Sparpotenzial gering und deutlich unter den Erwartungen blieb. Ähnliche Erfahrungen haben auch andere Versicherer zu einer teilweisen Aufhebung der Hausarztmodelle bewogen.

⁸ Darüber hinaus wird auch die Substitution stationärer durch ambulante Leistungserbringung durch die Subventionierung des Spitalsektors behindert.

⁹ Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskosten und Angebotsdichte kann auch im internationalen Vergleich festgestellt werden.

darität impliziert, wird diese in beschränktem Ausmass durch die Prämienerbilligung und zum anderen durch die teilweise Finanzierung der Krankenhäuser aus Steuermitteln hergestellt. Beide Massnahmen haben sich in der Praxis als nicht unproblematisch erwiesen. Die Prämienerbilligung ist nicht immer zielgerichtet, administrativ aufwändig und wird von Kanton zu Kanton unterschiedlich gehandhabt. Die duale Finanzierung der Krankenhäuser aus Prämien- und aus Steuermitteln führt zu unklaren Zuständigkeiten und Steuerungsdefiziten.⁸ Es wird daher angestrebt, das föderalistisch ausgestaltete System der Prämienerbilligung zu vereinheitlichen. Angestrebt wird langfristig auch eine monistische Spitalfinanzierung.

Angemessene Leistungsversorgung

Durch die Erweiterung des (einheitlichen) Leistungskatalogs ist es in der Schweiz gelungen, eine auch im internationalen Vergleich umfassende Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen sicherzustellen. Diese Entwicklung ist insofern bemerkenswert, als in anderen Ländern in diesem Zeitraum der Umfang des Leistungskatalogs tendenziell eher reduziert als ausgeweitet worden ist. Diskutiert wird allerdings die Instanz der für die Zulassung neuer und die Überprüfung alter Leistungen verantwortlichen Stelle sowie die mangelnde Durchführung von Massnahmen zur Qualitätssicherung.

Ausgabenkontrolle

Nur sehr unzureichend wurde das dritte Ziel des KVG erreicht. Die Gesundheitsausgaben wachsen weiter stärker als das Bruttoinlandprodukt und sind inzwischen sogar etwas höher als die Deutschlands. Der deutliche Sprung von 9,6% im Jahr 1995 auf 10,1% ein Jahr später ist insbesondere durch die Finanzierung von ambulanten und stationären Pflegeleistungen durch das

KVG zu erklären. Die reale jährliche Kostensteigerung lag zwischen 1996 und 1999 mit durchschnittlich 3,1% deutlich über dem Wirtschaftswachstum. Die Ausgaben der Versicherer sind im Zeitraum 1996 bis 1999 mit jährlich 4,2% stärker angestiegen als die Gesamtausgaben

te ökonomische Untersuchung kommt zum Ergebnis, dass neben der Selbstselektion auch ein deutlicher Steuerungseffekt der höheren Selbstbeteiligungen (zurückhaltendere Inanspruchnahme) zu beobachten ist (Werblow/Felder 2002). Eine andere Studie – mit unter-

Die Zwischenbilanz der wettbewerbsorientierten Reformen in der Schweiz fällt insgesamt deutlich weniger rosig aus als in der einleitend zitierten Laudatio.

des Gesundheitswesens. Während der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von vergleichsweise geringem Interesse für die Schweizer Bevölkerung ist, gilt das nicht für das Prämienwachstum. Die Prämien wachsen kontinuierlich stärker als die Löhne und Gehälter. Für die Erwachsenenprämien lassen sich Zuwachsraten von 4,9% (1997/98) bis zu 9,7% für das Jahr 2001/02 berechnen. Damit ist für den Zeitraum von 1997 bis 2002 ein jährlicher Anstieg von 5,4% zu verzeichnen. Deutlich am stärksten hat sich jedoch die Kostenbeteiligung der privaten Haushalte in der Krankenversicherung erhöht (9,3% p.a.). Die Analyse kantonaler Kostendifferenzen zeigt, dass die Differenzen auf Faktoren der Nachfrage (Altersquotient, Urbanitätsgrad, Arbeitslosigkeit, Volkseinkommen), des Angebotes⁹ (Versorgungsdichte) und der politischen Steuerung (kantonale Interventionspolitik) zurückgeführt werden können.

Nicht abschliessend geklärt ist, ob und wenn ja in welchem Umfang die alternativen Versicherungsformen zu Kosteneinsparungen geführt haben. Das gilt insbesondere für die Versicherungsformen mit erhöhtem Selbstbehalt. Eine jüngst vorgeleg-

teschiedlichem methodischem Ansatz und abweichenden Datensätzen – stellt fest, dass ein Steuerungseffekt nicht zu messen ist (Schellhorn 2002). Die Versicherungsformen mit eingeschränkter Arztwahl haben in jedem Fall schon alleine wegen ihrer geringen Verbreitung zu keinen nennenswerten Einsparungen geführt. Auch ist bislang im Wesentlichen das Vorhaben gescheitert, Versicherer und Leistungsanbieter durch Wettbewerbsdruck zu Kosteneinsparungen zu veranlassen.

Die Zwischenbilanz der wettbewerbsorientierten Reformen in der Schweiz fällt damit insgesamt deutlich weniger rosig aus als in der in der Einleitung zitierten Laudatio für die Schweizer Wettbewerbsordnung. Einmal mehr zeigt sich die Notwendigkeit der sorgfältigen Unterscheidung zwischen erwarteten und tatsächlich eingetretenen Effekten. Aus der Evaluation der Reform des KVG geht hervor, dass die angestrebten Effekte bislang allenfalls teilweise erreicht werden konnten. Einerseits ist es gelungen, Lücken im Leistungskatalog zu schliessen und damit die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Dies ist allerdings nicht Verdienst der Wettbewerbsordnung, sondern Resultat

staatlichen Eingriffs. Andererseits konkurrieren bislang die Versicherer weniger durch besonders innovative Versorgungsformen, sondern in erster Linie per Risikoselektion um günstige Risiken. Last but not least ist es trotz immer noch verbleibender weit reichender staatlicher Kompetenzen nicht gelungen, die Prämienentwicklung zu stoppen.

5. Reform des KVG – Vorbild für regulierten Wettbewerb in der GKV?

Von besonderem Interesse für die Weiterentwicklung der regulierten Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland dürften jene Elemente aus der Schweiz sein, die sich von den Anreizen und Instrumenten in der GKV besonders unterscheiden. Zu denken ist insbesondere an die Finanzierung über Kopfprämien, verbunden mit staatlichen Transferleistungen, die Möglichkeit zum Angebot von Grund- und Zusatzversicherung durch den gleichen Versicherer sowie das Angebot besonderer Versicherungsformen. Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen in der Schweiz sollen daher besonders diese drei Elemente einer kritischen Würdigung unterzogen werden.

Die Finanzierung der Krankenversicherung über Kopfprämien und damit unabhängig vom Einkommen hat in der Schweiz Tradition. Ergänzt wird dieses System durch staatliche Transferzahlungen für Bedürftige. Verteilungstheoretisch vereint sowohl dieses System wie auch die Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge in Deutschland sowohl Einkommens- mit Risikosolidarität.¹⁰ Allerdings ist es schwer vorstellbar, dass sich das schweizerische System auf Deutschland übertragen lässt, auch wenn es in jüngster Zeit hierzu eine intensivere Debatte gegeben hat (Rumm 2000). Um das derzeitige Mass an Einkommens-

solidarität herzustellen, sind hohe Transferzahlungen notwendig.¹¹ Einkommensabhängige Prämien haben dagegen den Vorteil, dass sich Einkommenssolidarität ohne bürokratisch aufwändige Bedürftigkeitsprüfungen einstellt.

Wenig erstrebenswert erscheint auch die Regelung, dass Pflicht- und Zusatzversicherung durch den gleichen Versicherer angeboten werden. Erfahrungen aus der Schweiz – und im übrigen auch aus den Niederlanden und Belgien – zeigen, dass eine personelle und organisatorische Trennung dieser beiden Bereiche extrem schwer zu überwachen ist. Faktisch werden dadurch im günstigsten Fall Versicherte durch Koppelprodukte am Wechsel in einer der beiden Versicherungsbereiche gehindert, im ungünstigsten Fall wird auf der Grundlage von Informationen in der Zusatzversicherung Risikoselektion in der Pflichtversicherung betrieben.

Das Angebot besonderer Versicherungsformen (wählbare Franchisen, Managed-Care-Angebote) in der Schweiz ist in Deutschland auf besonders hohes Interesse gestossen. Theoretisch lässt sich das Angebot wählbarer Selbstbehalte als Anreiz für kostenbewusstes Verhalten für die Versicherten begründen. Wird dieses System allerdings vor allem von günstigen Risiken genutzt – und darauf deuten im Augenblick die Erfahrungen in der Schweiz hin –, entlasten diese wählbaren Selbstbehalte vor allem die günstigen Risiken und belasten die anderen Prämienzahler. Eine Entlastung der Prämienzahler mit niedriger Franchise ergibt sich nur, wenn der Steuerungseffekt der höheren Franchise so stark ist, dass auch die ersten entlastet werden können. Es ist fraglich, ob eine solche Wahlmöglichkeit vor dem Hintergrund anhaltender Finanzierungsprobleme auch in der GKV für die deutsche regulierte Wettbewerbsordnung wünschenswert ist – zumal die GKV bereits in erheblichem Ausmass güns-

tige Risiken mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze an die Private Krankenversicherung (PKV) verliert.

Interessanter erscheint da schon die Wahlmöglichkeit von Hausarzt-netzen und HMOs. Das Prinzip der Einschränkung einer freien Arztwahl verbunden mit möglichen Prämienreduktionen (oder dem Verzicht auf Prämienerrhöhungen) ist sehr gut auch für die regulierte Wettbewerbsordnung in Deutschland vorstellbar. Um Anreize zur Risikoselektion durch Leistungsanbieter zu minimieren, bedarf ein solches System allerdings einer morbiditätsorientierten Vergütungsstruktur.

Bibliografie

- Baur, R./Braun, U. (2000). *Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung*. Bern, Beiträge zur Sozialen Sicherheit 15/00, Bundesamt für Sozialversicherung
- Beck, K./Spycher, S./Holly, A./Lucien, G. (2002). «Risk adjustment in Switzerland.» *Angenommen in: Health Policy*
- Böcken, J. (2000). *Reformen im Gesundheitswesen*. Gütersloh, Bertelsmann
- Buchholz, W./Edener, B./Grabka, M./Henke, K.-D./Huber, M./Ribhegge, H./Ryll, A./Wagener, H.-J./Wagner, G. G. (2001). *Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken*. Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001/2002). *Statistik über die Krankenversicherung 2000*. Bern, Bundesamt für Sozialversicherung
- Bundesamt für Sozialversicherung (2001). *Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz – Synthesebericht*. Bern, Bundesamt für Sozialversicherung
- Colombo, F. (2001). *Towards more choice in Social Protection? Individual choice of insurer in basic mandatory health insurance in Switzerland*. Labour

¹⁰ Allerdings wird das Prinzip der Einkommenssolidarität durch die Beitragsbemessungsgrenze und den – im Gegensatz zur progressiven Besteuerung – nur proportionalen Beitragssatz in der GKV nachhaltig begrenzt.

¹¹ Eine Schätzung des Berliner Gesundheitsökonom Henke im Auftrag der Vereinten Krankenversicherung kommt auf eine Grössenordnung von 46 Mrd. € (Henke 2001).

- Market and Social Policy Occasional Papers N° 53. Paris, OECD
- Eberhard, P. (2000). «Die wählbaren Franchisen in der Krankenversicherung.» *BSV, Soziale Sicherheit* (6): 331–34
 - Eidgenössisches Departement des Innern (2002). Soziale Krankenversicherung. Analyse. Bern
 - Enthoven, A. (1988). *Theory and practice of managed competition in health care finance*. Amsterdam, North Holland
 - Gress, S. (2000). «Regulierter Wettbewerb im Krankenversicherungssystem der Niederlande.» *Sozialer Fortschritt* (2–3): 37–41
 - Gress, S./Braun, B./Groenewegen P./Wasem, J. (2002a). «Erfahrungen mit der freien Kassenwahl in Deutschland und in den Niederlanden.» *Sozialer Fortschritt* 51(4): 97–101
 - Gress, S./Groenewegen, P./Kerssens, J./Braun, B./Wasem, J. (2002b). «Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands.» *Health Policy* 60 (3): 235–54
 - Gross, R./Harrison, M. (2001). «Implementing managed competition in Israel.» *Social Science and Medicine* 52: 1219–31
 - Hammer, S./Pulli, R./Iten, R./Eggimann, J.-C. (2001). *Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten*. Bern, Beiträge zur Sozialen Sicherheit 6/01, Bundesamt für Sozialversicherung
 - Henke, K.-D. (2001). *Kapitaldeckung im Gesundheitswesen*, München, Vereinte
 - Peters, M./Müller, V./Luthiger, P. (2001). *Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf die Versicherten*. Bern, Beiträge zur Sozialen Sicherheit 3/01, Bundesamt für Sozialversicherung
 - Rumm, U. (2000). *Kapitaldeckung im Gesundheitswesen*. München, Vereinte
 - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung*. Bonn, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
 - Schellhorn, M. (2002). *Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz?*, Diskussionspapier für das Symposium «Gesundheitsökonomische Grundlagen für die Gesundheitspolitik», 20./21. Juni 2002 in Potsdam
 - van de Ven, W. P. M. M./Ellis, R. (2000). Risk Adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of Health Economics*. J.P. Newhouse. Amsterdam, Elsevier North Holland. 1A: 755–845
 - Werblow, A./Felder, S. (2002). *Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz*. Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie
 - Woessner, M. (2000). «Laudatio aus Anlass der Verleihung des Bertelsmann-Preises 2000», siehe auch CHSS 5/2000 S. 286.

Allgemeines

02.3230. Interpellation FDP-Fraktion, 4. 6. 2002: Sicherung der Sozialwerke – wider den fahrlässigen Umgang mit alarmierenden Zahlen

Die FDP-Fraktion des Nationalrates hat folgende Interpellation eingereicht:

«Die freisinnig-demokratische Fraktion der Bundesversammlung erachtet die Erkenntnisse des «Berichtes über eine aktualisierte Gesamtschau des finanziellen Mehrbedarfs der Sozialversicherungen bis zum Jahr 2025» als äusserst alarmierend. Sie ist der Auffassung, dass bei den laufenden Sozialversicherungsrevisionen im Zweitrat Gegensteuer gegeben werden muss, damit die Haushalte aufgrund der – gemäss EDI für die langfristige Sicherung der Sozialwerke notwendigen – Mehrwertsteuererhöhungen nicht eine gravierende Einschränkung der Konsumkraft in Kauf nehmen müssen, was sich wiederum negativ auf das Wirtschaftswachstum auswirken würde.

Die Mehrwertsteuer ist im Übrigen insbesondere für Familien mit Kindern sehr belastend, so dass man auch mit einer Verschärfung des Working-Poor-Phänomens rechnen müsste. Die freisinnig-demokratische Fraktion ist überzeugt, dass die aufgrund der Demografieentwicklung auf uns zukommenden Herausforderungen bezüglich der Finanzierung der Sozialversicherungen nur mit Hilfe einer übergreifenden Gesamtstrategie in Angriff genommen werden können.

In diesem Zusammenhang wird der Bundesrat eingeladen, zu den folgenden Fragen Stellung zu nehmen:

1. Der Bundesrat hat bisher nie verbindlich zur Revisionsstrategie bei den verschiedenen Sozialwerken Stellung genommen und klar gemacht, wie er die langfristige Finanzierung der Sozialversicherungen ohne gravierende Steuererhöhungen sichern will.

Ist der Bundesrat ebenfalls der Auffassung, dass er nun die Führungsrolle übernehmen und noch vor den Beratungen der laufenden Sozialversicherungsrevisionen im Zweitrat eine übergreifende bundesrätliche Strategie für die langfristige finanzielle Sicherung der Sozialwerke vorschlagen sollte?

2. Wie beurteilt der Bundesrat die Auswirkungen der für die Finanzierung der Sozialversicherungen notwendig gewordenen zusätzlichen Mehrwertsteuerprozent? Inwiefern wird eine Mehrwertsteuererhöhung eines solchen Ausmasses das Einkommen der Bürgerinnen und Bürger und somit auch deren Konsumverhalten beeinflussen? In welcher Grössenordnung schätzt der Bundesrat die daraus resultierenden negativen Auswirkungen auf das Wirtschaftswachstum?

3. Der aktualisierten Gesamtschau des finanziellen Mehrbedarfs der Sozialversicherungen liegen relativ optimistische Schätzungen bezüglich des schweizerischen Wirtschaftswachstums zugrunde. Inwieweit hat sich der Bundesrat bereits Gedanken darüber gemacht, welche Massnahmen erforderlich sein werden, falls das Wirtschaftswachstum in einem geringeren Masse ausfallen sollte?

4. Die Schuldenbremse wird per 1. Januar 2003 eingeführt werden. Mit welchen konkreten Auswirkungen auf die Finanzierung der Sozialversicherungen rechnet der Bundesrat aufgrund der Einführung der Schuldenbremse?

5. Teilt der Bundesrat schliesslich die Auffassung des Direktors des BSV, Otto Piller («NZZ am Sonntag» vom 2. Juni 2002), dass die aktualisierte Gesamtschau der Finanzierung der Sozialversicherungen «nichts Dramatisches oder Brisantes» enthält und dass man «auf dem eingeschlagenen Weg weiterfahren» kann?»

Antwort des Bundesrates vom 28. August 2002

«**1.** Der Bundesrat richtet seine Strategie nach generellen Leitlinien,

die auf der Leistungsseite das grundsätzliche Festhalten am heutigen System der sozialen Sicherheit, die gezielte Schliessung von Lücken, die Überprüfung überholter Leistungen und die Anpassung der Leistungen der Sozialversicherungen an die sich wandelnden Bedürfnisse umfassen. Mit seinen Reformvorschlägen zur AHV, IV und beruflichen Vorsorge unterstrich der Bundesrat, dass für ihn per saldo kein genereller Leistungsausbau im Sozialversicherungssystem zur Diskussion stehen kann, sondern im Gegenteil eine Konsolidierung der Leistungen im Zentrum der bundesrätlichen Politik stehen muss. Auf der Finanzierungsseite drängen sich Massnahmen auf, welche dazu beitragen sollen, dass die Sozialversicherungen auch in Zukunft finanziert werden können. Dabei steht eine Mischfinanzierung im Vordergrund, also eine Kombination verschiedener Finanzierungsquellen wie etwa die Mehrwertsteuer und die Lohnbeiträge. Weiter zu erwähnen ist das Bestreben nach Harmonisierung und – im Rahmen der Kompetenzen des Bundes – nach einer effizienten und kostengünstigen Verwaltung und Durchführung.

Der Bundesrat verfolgt die längerfristige Entwicklung des Sozialversicherungsbereichs mit grosser Sorgfalt. Er hat dem Parlament in koordinierter Vorgehensweise Vorlagen für die Revisionen der einzelnen Sozialversicherungszweige unterbreitet, die nun für die nächsten Jahre die Stossrichtung angeben. Zusätzlich wird der Bundesrat rechtzeitig in rund drei Jahren weitere Reformen im Bereich der Altersvorsorge zur Diskussion stellen, die im nächsten Jahrzehnt zu Änderungen bei den Leistungen und bei der Finanzierung führen können. Auch in der Krankenversicherung beabsichtigt der Bundesrat, längerfristige Reformschritte mit dem Ziel der nachhaltigen Kostendämpfung vorzubereiten.

Die Weichenstellungen für die künftigen Reformen sollen getrennt

in drei Bereichen erfolgen, die nicht als kommunizierende Röhren betrachtet werden. Einsparungen an einem Ort (z. B. in der Krankenversicherung) können nicht für Mehraufwendungen in einem anderen Bereich (z. B. in der AHV) eingesetzt werden.

Im Bereich der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (AHI-Vorsorge) hat der Bundesrat seine Reformvorschläge vorgelegt (11. AHV-Revision, 4. IV-Revision und 1. BVG-Revision), bei denen neben der Überprüfung überholter Leistungen und der gezielten Schliessung von Lücken auf der Leistungsseite der finanziellen Konsolidierung der Versicherungszweige eine hohe Priorität eingeräumt wird. Für die Zeit nach 2010 wird der Bundesrat seine Strategie in den nächsten Jahren – gestützt auf die neuesten Erkenntnisse – festlegen.

Die Stossrichtung der 12. AHV-Revision wird u. a. auch von den Ergebnissen des laufenden Forschungsprogrammes zur längerfristigen Zukunft der Altersvorsorge abhängen. Inwieweit im Rahmen der 12. AHV-Revision gezielte Einschränkungen und zusätzliche Finanzierungsquellen notwendig sein werden, kann aus heutiger Sicht noch nicht beantwortet werden.

In der Arbeitslosenversicherung hat die Bundesversammlung am 22. März 2002 die 3. Revision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes verabschiedet, die eine Senkung der Beiträge bringt.

Die Krankenversicherung will der Bundesrat schrittweise reformieren. Kurzfristig sollen Massnahmen zur besseren Steuerung der Leistungsmenge durch einen vermehrten Einbezug der Vertrauensärzte realisiert werden. Mittelfristig sollen im Rahmen der laufenden 2. KVG-Teilrevision neue Vorschläge für die Schaffung einer Patientenkarte, für die finanzielle Entlastung der Familien und allenfalls für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs eingebracht werden. Längerfristig sollen Model-

le der Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Kompetenzverlagerungen zwischen Bund und Kantonen im Planungsbereich und regulatorische Massnahmen wie obligatorische Managed-Care-Modelle oder Systeme der Nachfragesteuerung durch modifizierte Kostenbeteiligungen vertieft werden.

2. Der Mehrbedarf wird zwischen den Jahren 2000 und 2010 auf 4,1 Mehrwertsteueräquivalent-Prozentpunkte und (ohne weitere Änderungen im Leistungssystem ab 2010) zwischen 2010 und 2025 mit 4,6 Mehrwertsteueräquivalent-Prozentpunkten beziffert. Diese Darstellung des gesamten Mehrbedarfes in einer Messgrösse (Mehrwertsteuerprozente) ist das eine, die Deckung des Finanzierungsbedarfes etwas anderes. In der Realität soll die Abwicklung mit einer Mischfinanzierung und keineswegs nur über Mehrwertsteuererhöhungen erfolgen.

In den nächsten zehn Jahren ist mit zusätzlichen Mehrwertsteuererhöhungen von maximal 2,5 Prozentpunkten in der AHV und IV zu rechnen. Der zusätzliche Finanzierungsbedarf der Krankenversicherung wird in erster Linie durch eine im Vergleich zur Wirtschaftsentwicklung deutlichere Erhöhung der Kopfprämien gedeckt. Weiter zu beachten sind die Beteiligungen und Beiträge der öffentlichen Hand (AHV, IV, Prämienverbilligung in der Krankenversicherung).

Die Sozialversicherungen führen zu finanziellen Transfers innerhalb und zwischen den Generationen. Einerseits wirken die Leistungen der Sozialversicherungen stabilisierend auf die volkswirtschaftliche Nachfrage und damit auf die Konjunktur. Mit der vom Bundesrat verfolgten Politik der Konsolidierung und mit der anvisierten Mischfinanzierung des verbleibenden Mehrbedarfes (insbesondere den vorgesehenen Mehrwertsteuererhöhungen) können andererseits Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit der schweizerischen Unternehmen und

auf das Konsumverhalten nicht ausgeschlossen werden.

3. Der aktualisierten Gesamtschau des finanziellen Mehrbedarfes der Sozialversicherungen liegen eher vorsichtige Schätzungen des Wirtschaftswachstums zugrunde. Beispielsweise geht das von der Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich im Auftrag des Bundesrates erarbeitete ökonomische Szenario für die Schweiz von einem mittleren Wirtschaftswachstum von 1,7% bis 2010 und von einem höheren Wirtschaftswachstum in den Jahren 2011 bis 2025 aus. Die Annahmen, die der aktualisierten Gesamtschau zugrunde liegen, sind hier etwas weniger günstig.

Die Auswirkungen unterschiedlicher wirtschaftlicher und demografischer Hypothesen wurden schon in der Arbeitsgruppe IDA-Fiso ausgelotet und werden in den einzelnen Versicherungsbereichen bei anstehenden Revisionen immer wieder überprüft. Im Forschungsprogramm zur längerfristigen Zukunft der Altersvorsorge wird erneut vertieft untersucht werden, wie sich der Finanzierungsbedarf der AHV unter der Annahme verschiedener wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und leistungsseitiger Veränderungen entwickelt.

Die Entwicklung der Kosten im Bereich der Krankenversicherung ist schwierig zu quantifizieren, insbesondere im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt und der fortschreitenden Mengenausweitung und – etwas weniger ausgeprägt – mit deren Wechselwirkung mit der demografischen Entwicklung.

4. Gemäss den Regeln der Schuldenbremse dürfen die Ausgaben des Bundes über einen Konjunkturzyklus hinweg nicht grösser sein als die Einnahmen. Weil die Bundesbeiträge an die AHV und an die IV aus demografischen Gründen und aufgrund anderer nicht steuerbarer Faktoren wesentlich stärker ansteigen als das Wirtschaftswachstum

und damit auch stärker zunehmen als das Einnahmenwachstum des Bundes, ergibt sich für den Bundeshaushalt ein sich stetig akzentuierendes Finanzierungsproblem. Aus diesem Grund sind die Beibehaltung des Bundesanteils am bestehenden Demografieprozent für die AHV sowie die Gewährung von Bundesanteilen an den geplanten Mehrwertsteuererhöhungen für AHV und IV unerlässlich. Der Bundesrat hält denn auch dezidiert an diesen Bundesanteilen fest.

Werden dem Bundeshaushalt die sachlich begründeten Bundesanteile an den Mehrwertsteuererhöhungen für AHV und IV vorenthalten, müssen die nicht finanzierten Mehrbelastungen in den kommenden Voranschlägen des Bundes zwingend kompensiert werden. Zwar lässt die in der Bundesverfassung verankerte Schuldenbremse für die Kompensation nicht finanzierter Ausgaben grundsätzlich zwei Optionen offen, nämlich die Senkung von Ausgaben oder auch Steuererhöhungen. Letztere kommen aber aus wirtschafts- und finanzpolitischen Gründen kaum in Frage. Bezüglich der gegebenenfalls notwendigen Ausgabenkürzungen lassen es die Regeln der Schuldenbremse offen, in welchen Aufgabengebieten die Minderausgaben zu realisieren sind. Die in der Bundesverfassung verankerte Schuldenbremse nimmt keine eigene Aufgabenpriorisierung vor.

Für die Diskussion über die finanzielle Belastung des Bundes mit seinen Ausgabenanteilen an der AHV und IV ist der verfassungsrechtliche Handlungsrahmen zu beachten, welcher vom Bund eine ausreichende und nachhaltige Beteiligung an den Ausgaben der AHI-Vorsorge impliziert. Sollten aber dem Bundeshaushalt die Beibehaltung des Bundesanteils am bestehenden Demografieprozent für die AHV sowie die Gewährung von Bundesanteilen an den geplanten Mehrwertsteuererhöhungen für AHV und IV nicht zugestan-

den werden, so müssten Senkungen der Leistungen des Bundes an diese beiden Sozialwerke ernsthaft erwogen werden.

5. Die aktualisierte Gesamtschau bestätigt im Wesentlichen die Entwicklung, wie sie bereits in der Analyse der Botschaft über die 11. AHV-Revision und die mittelfristige Finanzierung der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Botschaft vom 2. Februar 2000, BBl 2000 1865) beschrieben war. Für den Zeitraum von 2000 bis 2025 rechnet die Aktualisierung mit einem Mehrbedarf von 8,7 Mehrwertsteueräquivalent-Prozentpunkten, die frühere Untersuchung mit einem solchen von 8,9 Prozentpunkten.

Auf den ersten Blick ergeben sich grössere Unterschiede bei der Aufteilung in die Zeitabschnitte 2000–2010 und 2010–2025. Während bei der früheren Untersuchung von einem Mehrbedarf von 3,4 Prozentpunkten (2000–2010) und einem solchen von 5,5 Prozentpunkten (2010–2025) ausgegangen wurde, nennt die aktualisierte Berechnung einen Mehrbedarf von 4,1 Prozentpunkten (2000–2010) und einen solchen von 4,6 Prozentpunkten (2010–2025). Hauptgrund für die unterschiedlichen Zwischenergebnisse im Jahre 2010 ist der Umstand, dass in den Finanzhaushalten der AHV/IV/EO das Jahr 2010 ein Jahr der Rentenanpassung darstellt (aktualisierte Fassung), während in der früheren Untersuchung davon ausgegangen wurde, dass eine Rentenanpassung im Jahre 2011 erfolgt. Der Unterschied zwischen einem Rentenanpassungsjahr und einem Jahr vor der Rentenanpassung kann bei einer dreijährlichen Anpassung durchaus 0,6 bis 0,7 Mehrwertsteuer-Prozentpunkte betragen.

Der vom Bundesrat eingeschlagene Weg ist in der Antwort zur Frage 2 umschrieben. Einige Revisionsvorschläge, die mittelfristig eine Konsolidierung sicherstellen, liegen vor. Mit vertieften Abklärungen und Forschungsaufträgen sollen Wis-

senlücken geschlossen werden, damit bei späteren Revisionen Entscheide, die allenfalls zu weiteren Anpassungen auf der Leistungs- wie auch auf der Finanzierungsseite führen, rechtzeitig zur Diskussion gestellt werden können.»

02.3338. Postulat Strahm, 20. 6. 02: Revision der Fiskalquote.

Publikation ohne Krankenversicherungsbeiträge

Nationalrat Strahm (SP, BE) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Bei der Berechnung der Fiskalquote (Abgaben an den Staat in Prozent des Bruttoinlandproduktes) werden in der Schweiz in Abweichung von den OECD-Kriterien die privaten Beiträge an die Krankenversicherung und die freiwilligen Beiträge an die KV-Zusatzversicherung ebenfalls zur Fiskalquote gezählt.

Dies führt zu einer Verzerrung im internationalen Vergleich und zum politischen Missbrauch der Fiskalquote als Kennziffer.

Der Bundesrat wird deshalb beauftragt, das Konzept der Fiskalquote an die OECD-Kriterien anzupassen und diese Vergleichszahl ohne die Krankenversicherungsbeiträge zu publizieren oder allenfalls beide Konzepte mit und ohne KV-Prämien nebeneinander zu veröffentlichen.» (15 Mitunterzeichnende)

4. Oktober 2002: Der Nationalrat verschiebt die Diskussion des Vorstosses, da er aus der Ratsmitte bekämpft wird.

Gesundheit

02.3122. Motion Stähelin, 21. 3. 2002: Überprüfung des Leistungskatalogs

Ständerat Stähelin (CVP, TG) hat folgende Motion eingereicht: «Der Bundesrat wird aufgefordert, folgende Änderungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung vorzunehmen:

1. Vorschlag für einen positiv formulierten Leistungskatalog der

Grundversicherung. Die Auswahl erfolgt in Analogie zum TarMed und unter Berücksichtigung der unter Ziffer 3 genannten Kriterien.

2. Die von Gesuchstellern neu beantragten Leistungen werden nur in den Leistungskatalog aufgenommen, wenn hinreichend dargelegt wurde, dass die Zusatznutzen der betreffenden Leistung erwiesen sind.

3. Überprüfung des Leistungskataloges. Die Zulassungsbehörde achtet insbesondere bei neuen Leistungen darauf, dass diese nicht von der Grundversicherung übernommen werden, wenn sie:

a. sich nicht unmittelbar auf Therapie und Behandlung von Krankheiten beziehen;

b. über das medizinisch Notwendige hinausgehen;

c. Konsumcharakter haben;

d. sich auf geringfügige Gesundheitsstörungen beziehen;

e. eine grosse Preiselastizität der Nachfrage aufweisen;

f. wenig kosten und so das Haushaltsbudget nicht überlasten können.» (10 Mitunterzeichnende)

Der Ständerat hat die Motion am 19. September mit 16 zu 14 Stimmen gutgeheissen. Der Bundesrat hatte Umwandlung in ein Postulat beantragt. Der Vorstoss muss noch vom Nationalrat behandelt werden.

02.5147. Frage Heberlein, 23. 9. 2002: Ärzttestopp. Umsetzung

Nationalrätin Heberlein (FDP, ZH) hat für die parlamentarische Fragestunde vom 23. September folgende Frage eingereicht:

«Was gedenkt der Bundesrat zu unternehmen, damit den Kantonen die notwendigen Grundlagen rechtlicher und realpolitischer Art zur Verfügung stehen, um den Ärzttestopp vor Ablauf der Dauer des Beschlusses umzusetzen?

Gedenkt der Bundesrat, säumige Kantone zur Umsetzung zu verpflichten?

Welche Sanktionen sieht er bei Nichtbefolgung vor?»

Antwort von Bundesrätin Dreifuss

«Die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – die durch den Bundesrat am 3. Juli dieses Jahr erlassen worden ist – ist am folgenden Tag, am 4. Juli 2002, in Kraft getreten. Mit dieser Verordnung, welche sich auf Art. 55a KVG stützt, hat der Bundesrat den Zulassungsstopp für Leistungserbringer zulasten der Krankenversicherung erlassen. Die für die Kantone nötigen Grundlagen zum Vollzug dieser Begrenzung finden sich in den zwei Anhängen zur

Verordnung. Der erste nennt die maximale Anzahl der Leistungserbringer pro Kanton und Kategorie. Der Anhang 2 gibt die Versorgungsdichte für diese Kategorien pro Kanton an. Die konkreten Vollzugsfragen, die die Kantone sich stellten, haben sich inzwischen geklärt.

Die Verordnung sieht vor, dass die Kantone den Zulassungsstopp für alle Kategorien von Leistungserbringern oder nur für einzelne von ihnen beschliessen können. Sie sind nicht gezwungen, es zu tun. Es ist folglich nicht angebracht, Kantonen Sanktionen aufzuerlegen, welche ganz oder zum Teil darauf verzichten, die Verordnung umzusetzen. Dies stünde nun wirklich im Widerspruch zum Geist dieser Verordnung, die den Kantonen als Verantwortlichen für das Gesundheitswesen den Spielraum belassen will, der ihnen zusteht. Es sind tatsächlich die Kantone, die in diesem Bereich zuständig sind. Sie sollen diese Flexibilität nutzen, um Entscheidungen in Berücksichtigung der konkreten Lage und des Bedarfs an Pflege ihrer Bevölkerung zu treffen. Momentan haben alle Kantone beschlossen, die Begrenzungen umfassend und ohne Ausnahmen anzuwenden. Dies ist die derzeitige Lage.»

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates, Stand 9. Oktober 2002

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
11. AHV-Revision	2.2.00	BBl 2000, 1865	SGK-NR ... 23.11.00, 10.1., 25.1., 22.2., 5.4.01, 1.10.02	NR 9.5.01	SGK-SR ... 1.-3.7., 12.8., 2.9., 14.10.02	SR 26.9. (Finanzierung) Winter 02 geplant		
1. BVG-Revision	1.3.00	BBl 2000, 2637	SGK-NR ... 30.1., 21.2., 11.4.02, Subkommission ... 21.5., 25.6., 3.9., 1.10.01	NR 16.4.02	SGK-SR 1.-3.7., 13.8., 3.9., 14./15.10., 5.11.02	SR Winter 02 geplant		
Stiftung Solidarität Schweiz (Goldreserven)	17.5.00	BBl 2000, 3979		SR 20.6.01 27.11.01		NR 24./25.9.01 5.3.02	22.3.02 (BBl 2002, 2742)	Volksabstimmung 22.9.02: verworfen
SP-Gesundheitsinitiative	31.5.00	BBl 2000, 4267	SGK-NR 7.9., 19.10.00, 20.9.01	NR 13.12.00 5.12.01 (Fristverlängerung)	SGK-SR 16.1.01 10.7.01 2.7., 14.10.02	SR Winter 02 geplant		
2. KGV-Teilrevision	18.9.00	BBl 2001, 741	SGK-SR ... 22.1., 12.2., 13.3.02 Subkommission ... 10.4., 28.5., 23.11.01	SR 4.10.01 29.11.01	SGK-NR ... 29./30.8., 5./6.9., 24./25.10.02 Subkommission ... 19.3., 17.4.02	NR Winter 02 geplant		
Gleiche Rechte für Behinderte (Volksinitiative und Bundesgesetz) – Differenzbereinigung	11.12.00	BBl 2001, 1715	SGK-SR 9.4., 2.5., 14.8., 10.9.01	SR 2.10.01	SGK-NR ... 2.5., 27.5.02	NR 18.6.02		
3. Revision der ALV	28.2.01	BBl 2001, 2245		SR 19.6.01 7.3., 14.3.02		NR 12.12.01 12.3., 19.3.02	22.3.02 (BBl 2002, 2771)	Volksabstimmung 24.11.02
4. IV-Revision – Differenzbereinigung	28.2.01	BBl 2001, 3205	SGK-NR ... 22.–24.8., 1.11., 19.11., 22./23.11.01	NR 13.12.01	SGK-SR 21.1., 22.4., 27.5., 12.8., 2.9.02	SR 25./26.9.		
Goldinitiative	28.2.01	BBl 2001, 1403	WAK-SR 5.4.01 26.10.01	SR 20.6.01 27.11.01 11.3.02	WAK-NR 2./3.7., 27.8.01 14.1.02	NR 25.9.01 5.3.02	22.3.02 (BBl 2002, 2742)	Volksabstimmung 22.9.02: verworfen
2. Zusatzabkommen mit Liechtenstein	17.10.01	BBl 2001, 6257	SGK-SR 22.1.02	SR 21.3.02	SKG-NR 10.4.02	NR 6.6.02		
ATSG: Revision des Anhangs	7.11.01	BBl 2002, 803	SGK-SR 13.2.02	SR 21.3.02	SGK-NR 10.4.02	NR 10.6.02	21.6.02 (BBl 2002, 4453)	Inkrafttreten 1.1.03
Neugestaltung des Finanzausgleichs	14.11.01	BBl 2002, 2291	Spez. kom. SR 28.1., 29.4., 21.5., 28.5., 14.8., 5.9.02	SR 1./2.10.02				
BG gegen Schwarzarbeit	16.1.02	BBl 2002, 3605	WAK-NR 22.4., 27.5., 3.9.02	NR Winter 02 geplant				
BG über die Tabakbesteuerung	20.2.02	BBl 2002, 2723	SGK-NR 10.4., 26.6.02 WAK-NR 8.7.02	NR 24./25.9.02		SR Winter 02 geplant		

NR = Nationalrat / NRK = Vorberatende Kommission des Nationalrates / SR = Ständerat / SRK = Vorberatende Kommission des Ständerates / WAK = Kommission für Wirtschaft und Abgaben / SGK = Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit / RK = Kommission für Rechtsfragen / SIK = Sicherheitskommission

Reserven im Gesundheitswesen

Steigende Kosten, zu tiefe Prämien und Wertverluste auf den Kapitalanlagen zehren an der Substanz der Krankenversicherer. Wie geht es weiter? Welche Reserven braucht das System? Was geschieht mit den gesetzlichen Anforderungen an die Mindestreserven? Solche Fragen werden an einer Fachtagung vom 28. November in Luzern von Wissenschaftlern, Praktikern und Verwaltungsfachleuten ausgeleuchtet. Die Tagung wird organisiert von Credit Suisse Asset Management.

3. Dezember: Internationaler Tag der behinderten Menschen

Für diesen Tag planen Behinderten-Organisationen verschiedene Aktionen. Die Dachorganisationenkonferenz der Behindertenhilfe und Pro Infirmis koordinieren diese. Der Tag soll als Probelauf für die Aktionen im europäischen Jahr der Behinderten 2003 genutzt werden.

Weiterbildungsprogramme

Die aktuellen Weiterbildungsprogramme der verschiedenen Schulen finden sich im Internet unter www.sozialinfo.ch/ausweiterbildung/weitbild.htm.

Lehrgang Fachauditorin/ Fachauditor BSV/IV-2000 Label

Das BSV verlangt von den Institutionen, welche Subventionen aufgrund von Art. 73 IVG erhalten, die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS). Die Agogis/INSOS bietet einen Audit-Lehrgang an. Im theoretischen Teil dieser Ausbildung lernen die Teilnehmenden die Anforderungen an ein QMS kennen und beurteilen. Nach der Diplomprüfung und Absolvierung von zwei Lernaudits sind die Teilnehmenden in der Lage, an Zertifizierungen (unter der Leitung einer akkreditierten Instanz) für die Erteilung des BSV/IV-2000 Labels teilzunehmen. 25 Personen haben seit Februar 2001 den Lehrgang besucht und absolvieren zurzeit den praktischen Teil.

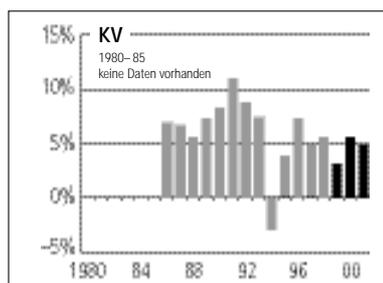
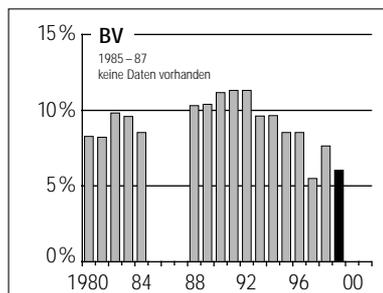
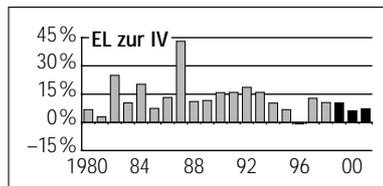
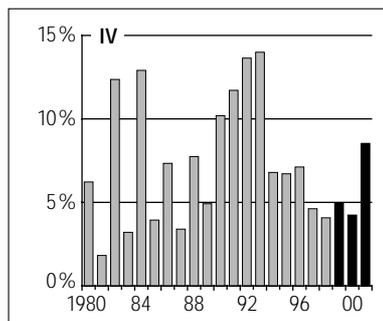
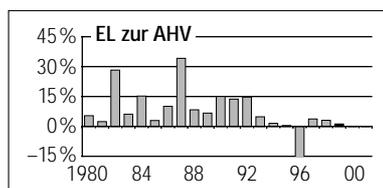
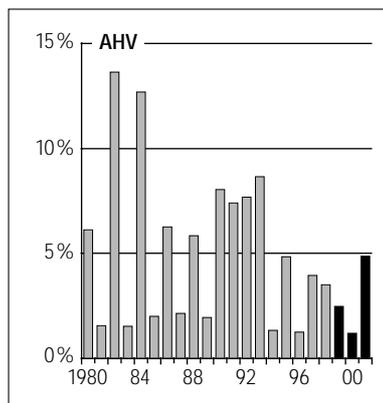
Auskünfte erteilt die Projektleiterin: Regina Gabriel Cantieni, Koordinationsstelle Lernaudit, Chur, Tel. 081 353 58 56, E-Mail: rcantieni@bluewin.ch.

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
Winter 2002/03 (ab 21.10.02) Sommer 2003	Vorlesungen «Die berufliche Vorsorge im Rahmen des Drei- Säulen-Konzepts»	Zürich, Universität, Rechtswiss. Fakultät	Universität Zürich Hauptgebäude, Rämistr. 71, Hörsaal 121
29.10./7.11.02	Einführungskurs Hindernisfreies Bauen (für Planer, Behörden, Betroffene und Interessierte)	Zürich Altersheim Limmat, Limmatstr. 184	Schweiz. Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, Neugasse 136, 8005 Zürich Tel. 01 444 14 24
7.11.02	Fachtagung Behinderten- gerechtes Bauen	Universität Bern Hauptgebäude	Schweiz. Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, Neugasse 136, 8005 Zürich Tel. 01 444 14 24
7./8.11.02	«Die Schweizer Psychiatrie- versorgung im internationalen Vergleich»	Bern Universitätsklinik für Sozial- und Gemeindepsychiatrie	F. Perret, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Bolligenstr. 111 Tel. 031 930 99 15 francine.perret@gef.be.ch
14.–17.11.02	CARFAR 2002 – Fachmesse für Carrosserie- und Fahrzeugbau (mit Sonderschau Behinderten- transport)	Luzern Messegelände Allmend	ZT Fachmessen AG 5413 Birmenstorf Tel. 056 225 23 83 www.fachmessen.ch
27.11.02	Transparenz in der beruflichen Vorsorge (Vorstellung eines Leitfadens)	Zürich CS Forum St. Peter	Innovation Zweite Säule 3074 Muri Tel. 031 950 25 50 info@izs.ch , www.izs.ch
28.11.02	Seminar «Reserven im Gesund- heitswesen»	Luzern Kultur- und Kongress- zentrum	Credit Suisse Asset Management Tel. 01 333 20 22 www.csam.ch/strategieberatung
30.11.02	Tagung «Welche Gesundheit wollen wir?»	Zürich Kongresshaus	Schweizer Psychotherapeu- ten-Verband SPV Tel. 01 266 64 00 spv@psychotherapie.ch www.psychotherapie.ch
6.12.02	Bundesgesetz über den Allge- meinen Teil des Sozialversiche- rungsrechts (s. Hinweis in CHSS 3/2002)	Zürich Kongresshaus	Institut für Rechtswissen- schaft und Rechtspraxis Universität St.Gallen Tel. 071 224 24 24 www.irp.unisg.ch
11./12.12.02	Neue Finanzierungsmodelle für Behinderte in den Bereichen Pflege, Betreuung und Haushalt- führung	Olten Hotel Arte	AGILE Behinderten-Selbsthilfe, Bern Tel. 031 390 39 39 info@agile.ch , www.agile.ch
9.1.03	Beitragsrecht der AHV. Intensiv- einführung mit Fallbeispielen	Zürich Hotel Inter-Continental	Institut für Rechtswissen- schaft und Rechtspraxis Universität St.Gallen Tel. 071 224 24 24 www.irp.unisg.ch
10.1.03	Intensivseminar «Case Management und interkulturelle Kommunikation»	Zürich Hotel Inter-Continental	Institut für Rechtswissen- schaft und Rechtspraxis Universität St.Gallen Tel. 071 224 24 24 www.irp.unisg.ch
18.2./27.3.03	Koordinationsseminar Taggeld- und/oder Invalidenten- leistungen bei Unfall, Krankheit oder Gebrechen	Bern, BPIH, Seilerstrasse 22	Ruedi Schläppi Koordinationsstelle für Privat- und Sozialversicherungsfragen 3123 Belp Tel. 031 812 13 00 r.schlaeppli@surfeu.ch

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV		1980	1990	1999	2000	2001	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	10 896	20 355	27 207	28 792	29 620	2,9%
davon Beiträge Vers./AG		8 629	16 029	19 576	20 482	21 601	5,5%
davon Beiträge öff. Hand ²		1 931	3 666	6 727	7 417	7 750	4,5%
Ausgaben		10 726	18 328	27 387	27 722	29 081	4,9%
davon Sozialleistungen		10 677	18 269	27 294	27 627	28 980	4,9%
Saldo		170	2 027	-180	1 070	538	-49,7%
AHV-Kapitalkonto		9 691	18 157	21 650	22 720	23 259	2,4%
Bezüger einf. Renten	Personen	577 095	678 526	920 426	993 644	1 547 515 ³	55,7%
Bezüger Ehepaarrenten	Paare	226 454	273 431	281 653	261 155	-	-
Bezüger/innen Witwen/r-Renten		69 336	74 651	77 263	79 715	81 592	2,4%
Beitragszahler/innen AHV, IV, EO		3 254 000	3 773 000	3 880 000	3 906 000

EL zur AHV		1980	1990	1999	2000	2001	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	343	1 124	1 439	1 441	1 442	0,1%
davon Beiträge Bund		177	260	311	318	317	-0,2%
davon Beiträge Kantone		165	864	1 129	1 123	1 125	0,2%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	96 106	120 684	138 992	140 842	140 043	-0,6%

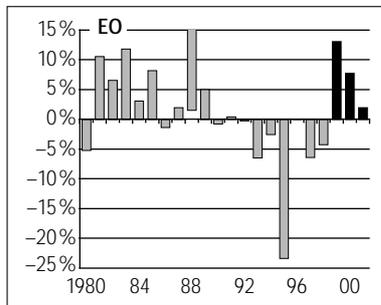
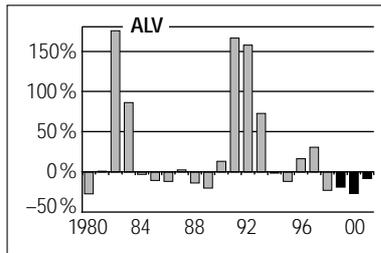
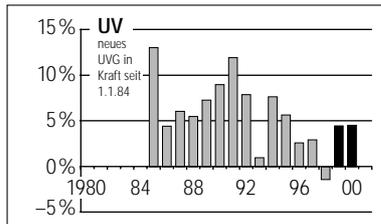
IV		1980	1990	1999	2000	2001	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 111	4 412	7 562	7 897	8 458	7,1%
davon Beiträge Vers./AG		1 035	2 307	3 285	3 437	3 624	5,4%
davon Beiträge öff. Hand		1 076	2 067	4 181	4 359	4 733	8,6%
Ausgaben		2 152	4 133	8 362	8 718	9 465	8,6%
davon Renten		1 374	2 376	4 872	5 126	5 601	9,3%
Saldo		-40	278	-799	-820	-1 008	22,8%
IV-Kapitalkonto		-356	6	-1 485	-2 306	-3 313	43,7%
Bezüger einf. Renten	Personen	105 812	141 989	209 834	221 899	241 952	9,0%
Bezüger Paarrenten	Paare	8 755	11 170	8 982	6 815	-	-

EL zur IV		1980	1990	1999	2000	2001	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	72	309	798	847	909	7,3%
davon Beiträge Bund		38	69	167	182	195	7,2%
davon Beiträge Kantone		34	241	630	665	714	7,3%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	18 891	30 695	57 377	61 817	67 800	9,7%

BV/2. Säule Quelle: BFS/BSV		1980	1990	1999	2000	2001	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	13 231	33 740	48 800	50 300	...	-1,5%
davon Beiträge AN		3 528	7 704	9 200	10 300	...	-1,6%
davon Beiträge AG		6 146	13 156	15 000	15 400	...	-12,1%
davon Kapitalertrag		3 557	10 977	17 500	16 600	...	10,7%
Ausgaben		...	15 727	30 400	32 900	...	5,7%
davon Sozialleistungen		3 458	8 737	18 500	20 100	...	6,1%
Kapital		81 964	207 200	458 800	474 300	...	10,9%
Rentenbezüger/innen	Bezüger	326 000	508 000	720 000	750 033	...	3,6%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV		1980	1990	1999	2000	2001 ⁴	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	...	8 630	13 399	13 898	14 138	1,7%
davon Prämien		...	6 954	13 034	13 442	13 997	4,1%
davon Prämienverbilligung		...	332	2 477	2 533
Ausgaben		...	8 370	13 448	14 204	14 928	5,1%
davon Leistungen		...	8 204	14 621	15 478	16 386	5,9%
davon Kostenbeteiligung		...	-801	-2 190	-2 288	-2 400	4,9%
Rechnungssaldo		...	260	-49	-306	-790	158,1%
Reserven		...	-	3 077	2 832	2 103	-25,8%
Versichertenbestand per 31. 12.		6 206 832	6 874 241	7 266 534	7 268 111	7 321 287	0,7%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger	1980	1990	1999	2000	2001	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	...	4 210	6 371	6 645	...	4,3%
davon Beiträge der Vers.	...	3 341	4 485	4 671	...	4,2%
Ausgaben	...	4 135	6 241	6 523	...	4,5%
davon direkte Leistungen inkl. TZL	...	2 743	3 715	3 886	...	4,6%
Rechnungs-Saldo	...	75	129	122	...	-6,0%
Deckungskapital	...	11 172	21 349	22 287	...	4,4%

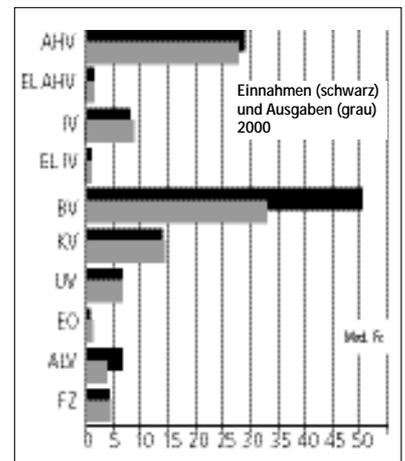
ALV Quelle: Seco	1980	1990	1999	2000	2001	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	474	786	6 378	6 646	6 852	3,1%
davon Beiträge AN/AG	429	648	5 764	6 184	6 548	5,9%
davon Subventionen	-	-	318	225	202	-10,0%
Ausgaben	153	502	5 056	3 711	3 415	-8,0%
Rechnungs-Saldo	320	284	1 323	2 935	3 437	17,0%
Ausgleichsfonds	1 592	2 924	-6 093	-3 157	279	-108,8%
Bezüger/innen ⁵ Total	...	58 503	258 321	207 074	191 756	-7,4%

EO	1980	1990	1999	2000	2001	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	648	1 060	844	872	813	-6,7%
davon Beiträge	619	958	702	734	774	5,5%
Ausgaben	482	885	631	680	694	2,0%
Rechnungs-Saldo	166	175	213	192	120	-37,5%
Ausgleichsfonds	904	2 657	3 263	3 455	3 575	3,5%

FZ	1980	1990	1999	2000	2001	VR ¹
Einnahmen geschätzt Mio. Fr.	...	3 115	4 308	4 331	...	0,5%
davon FZ Landw. (Bund)	69	112	149	139	...	-6,8%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2000

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 1999/2000	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 1999/2000	Saldo ⁶ Mio. Fr.	Reserve Mio. Fr.
AHV	28 792	5,8%	27 722	1,2%	1 070	22 720
EL zur AHV	1 441	0,1%	1 441	0,1%	-	-
IV	7 897	4,4%	8 718	4,3%	- 820	-2 306
EL zur IV	847	6,2%	847	6,2%	-	-
BV ⁶ (Schätzung)	50 300	3,1%	32 900	8,2%	15 500	474 300
KV	13 898	3,7%	14 204	5,6%	-306	2 832
UV	6 645	4,3%	6 523	4,5%	122	22 287
EO	872	3,3%	680	7,8%	192	3 455
ALV	6 646	4,2%	3 711	-26,6%	2 935	-3 157
FZ (Schätzung)	4 331	0,5%	4 359	0,5%	- 28	...
Konsolidiertes Total⁶	121 345	4,0%	100 781	3,2%	18 664	520 132



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

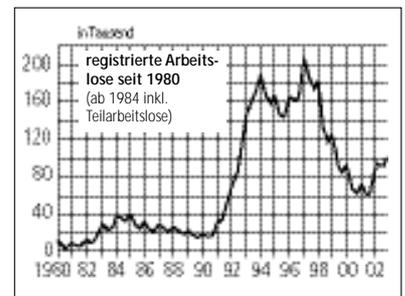
	1970	1980	1990	1998	1999	2000
Soziallastquote ⁷	13,5%	19,6%	21,4%	26,7%	26,4%	26,0%
Sozialleistungsquote ⁸	8,5%	13,2%	14,1%	20,8%	20,6%	20,1%

Arbeitslose

	Ø 1999	Ø 2000	Ø 2001	Jul. 02	Aug. 02	Sep. 02
Ganz- und Teilzeitarbeitslose	98 602	71 987	67 197	92 948	96 362	101 889

Demografie

	2000	2001 ¹⁰	2010	2020	2030	2040
Jugendquotient ⁹	38,5%	37,9%	34,3%	32,4%	36,1%	37,5%
Altersquotient ⁹	28,1%	27,2%	29,5%	34,5%	42,5%	45,3%



1 Veränderungsrate zwischen den beiden letzten verfügbaren Jahren.
 2 Inkl. MWST (seit 1999) und Spielbankenabgabe (seit 2000).
 3 10. AHV-Revision: Überführung Paarenten in einfache Renten.
 4 Provisorische Werte.
 5 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
 6 Saldo BV = Zunahme der Reserven.
 7 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.

8 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.
 9 Jugendquotient: Jugendliche (0-19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: RentnerInnen im Verhältnis zu den Aktiven.
 Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 63, 64).
 10 Strukturbruch, da seit 2001 Rentenalter 63 für Frauen gilt.

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2002 des BSV; Seco, BFS.

Literatur

Allgemeines

Solidarität und Religion. 300 Seiten. September 2002. Fr. 46.–. NZN Buchverlag, Hirschengraben 66, 8001 Zürich, www.nzn.ch. Was bewegt Menschen in Solidaritätsgruppen? Ist mit einer zunehmenden Individualisierung die Zukunft solidarischen Handelns in Frage gestellt? Kann Religion überhaupt noch Gemeinsamkeit symbolisieren? Solche Fragen werden in diesem Buch, das im Rahmen einer Nationalfonds-Studie entstand, analysiert.

Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Dieses von der Pharma Information herausgegebene, als «blaues Büchlein» bekannte statistische Standardwerk enthält auch in seiner neuen, 22. Auflage (2002) Daten über Leistungen, Kosten und Preise im Gesundheitswesen der Schweiz. Zwei Beispiele: Im Durchschnitt kümmern sich rund 20 Ärzte um das Wohl von 10 000 Einwohnern in unserem Land. Jeder Einwohner konsultiert im Durchschnitt etwa achtmal pro Jahr einen Arzt. Etwas mehr als die Hälfte der Behandlungen (52 %) werden mit medikamentöser Unterstützung durchgeführt. Alle Daten und Grafiken findet man auch auf dem Internet unter: www.interpharma.ch/info/wissens/gesundheit/index.html. Die Papierversion ist erhältlich bei Pharma Information, Petersgraben 35, 4003 Basel.

Tomas Poledna, Brigitte Berger: **Öffentliches Gesundheitsrecht.** 430 Seiten. Oktober 2002. Fr. 134.–. Stämpflis juristische Lehrbücher; Stämpfli Verlag AG, Bern. Das öffentliche Gesundheitsrecht erfasst verschiedenste Bereiche der Gesetzgebung, so etwa das kantonale Gesundheitsrecht, das Krankenversicherungsgesetz, das Heilmittelge-

setz, die Datenschutzgesetzgebung, Rechte der Patienten, verschiedene Bereiche der Sozialversicherungen sowie einzelne strafrechtliche und zivilrechtliche Normen. Das vorliegende Werk bietet einen Einstieg in diese Rechtsmaterie und schliesst damit eine Lücke.

Invalidität

Jost Gross: **Die 4. IVG-Revision nach Abschluss der nationalrätlichen Beratung.** Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, 5/2002, S. 450–463. Stämpfli Verlag AG, Bern.

Familienfragen

Familienarbeit macht kompetent. 96 Seiten. 2002. Fr. 19.80. Beobachter-Buchverlag, Postfach, 8021 Zürich. Dieses Buch will deutlich machen, welche Leistungen Mütter erbringen und welche Fähigkeiten sie haben. Verantwortungsbewusstsein, Flexibilität und Belastbarkeit sind Fähigkeiten, ohne die es in der Berufswelt nicht geht. Wer Kinder versorgt und einen Haushalt führt, bringt solche Schlüsselkompetenzen mit. Das Büchlein beinhaltet neben wertvollen Tipps und eindrücklichen Frauenporträts einen Raster, der eine Selbsteinschätzung der ausserberuflich erworbenen Kompetenzen ermöglicht.

Arbeitsmarkt

Fred Henneberger, Alfonso Sousa-Poza: **Arbeitsplatzwechsel in der Schweiz.** Eine empirische Analyse der Motive und Bestimmungsgründe. 160 Seiten. 2002. Fr. 38.–. Verlag Paul Haupt, Bern, www.haupt.ch. Die Studie ergibt, dass der Lohn nur eine Entscheidungsvariable unter vielen ist; grössere Bedeutung haben subjektive Empfindungen der Beschäftigten.

Winfried Schmähl: **Wechselwirkungen zwischen Arbeitsmarkt und**

sozialer Sicherung. 134 Seiten. 2002. 48 Euro. Duncker & Humblot, Berlin; Schriften des Vereins für Socialpolitik, 285; ISBN 3-428-10697-0.

Internet

- Am 24. November 2002 findet die Volksabstimmung zum Referendum über die 3. Revision der Arbeitslosenversicherung statt. Befürworter wie auch Gegner der Revision präsentieren im Internet ihre Argumente. Das Komitee Ja zur ALV-Revision, dem fast alle bürgerlichen Bundespolitiker/innen angehören, tut dies unter der Adresse www.starke-av.ch. Die Argumente der Initianten des Referendums sind zu finden auf der Homepage des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes, www.sgb.ch. Ausführliche Grundlagen enthält auch die Seco-Homepage www.seco.admin.ch.

- Die «Gemeinsame Einrichtung KVG», die als Verbindungsstelle zum Ausland für Fragen im Zusammenhang mit den bilateralen Abkommen Schweiz/EU dient, hat ihre Website www.kvg.org aufgeschaltet. Besonders nützlich: der Fragenkatalog unter «Koordination».

- <http://research.credit-suisse.ch/de/publications/ecobriefing/index.jsp>: An dieser Adresse ist die Studie «Das Schweizer Gesundheitswesen – Behandlungsvorschläge für einen Patienten» zu finden, die von zwei Ökonominen der Credit Suisse erstellt wurde. Darin wird die Wirkungsweise möglicher Reformen (z.B. Aufhebung des Vertragszwangs, Einschränkung des Leistungskatalogs usw.) dargelegt.

- www.koordination.ch ist eine bereits gut etablierte Homepage zum Thema «Koordinationsrecht». Sie ist neu auch unter folgenden Adressen erreichbar: www.koordinationsrecht.ch, www.leistungskoordination.ch und www.atsg.ch.

Autorinnen und Autoren der CHSS 5/2002

Beck Peter, Fürsprecher, Leiter Bereich Regress AHV/IV, Geschäftsfeld Alters- und Hinterlassenenvorsorge, BSV

Berger Hadorn Regina, lic. iur., Stab des Geschäftsfeldes Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge, BSV

Gress Stefan, Dr., Lehrstuhl für Allgemeine BWL und Gesundheitsmanagement, Universität Greifswald, Deutschland, gress@uni-greifswald.de

Kocher Ralf, Fürsprecher, Projekt Systempflege, Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung, BSV

Krummenacher Jürg, lic. phil., Präsident der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) und Direktor der Caritas Schweiz, Luzern

Meyer-Blaser Ulrich, Prof. Dr., Bundesrichter am Eidgenössischen Versicherungsgericht (EVG), Luzern

Schlegel Peter, Dr. iur., Rechtsanwalt, Leiter des Bereichs Unfall, BSV

Schneider Sandra, lic. iur., Leiterin des Ressorts Tarife und Leistungserbringer, Geschäftsfeld Kranken- und Unfallversicherung, BSV

Wasem Jürgen, Prof. Dr., Lehrstuhl für Allgemeine BWL und Gesundheitsmanagement, Universität Greifswald, Deutschland, wasem@uni-greifswald.de

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherung
Redaktion	René A. Meier, Redaktor BR E-Mail: rene.meier@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Die Meinung BSV-externer Autoren muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Jürg Blatter, Jean-Marie Bouverat, Géraldine Luisier Rurangirwa, Claudine Marquard, Stefan Müller, Christian Sieber, Jacoba Teygeler
Abonnemente und Auskünfte	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) Effingerstrasse 20, 3003 Bern Telefon 031 322 90 11 Telefax 031 322 78 41 www.bsv.admin.ch
Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Auflage	Deutsche Ausgabe 6600 Französische Ausgabe 2600
Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MWST, Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2000:

- Nr. 1/00 Der Entwurf des Bundesrates zur 11. AHV-Revision
- Nr. 2/00 Vor der Einführung einer Assistenzentschädigung für behinderte Menschen
- Nr. 3/00 Neoliberalismus und Sozialstaat
- Nr. 4/00 Start zur 4. Revision der Invalidenversicherung
- Nr. 5/00 Aufsicht in der Sozialversicherung – Garantie für wirksame und sichere Sozialwerke?
- Nr. 6/00 Perspektiven der Sozialversicherungen

- Nr. 1/01 Was kostet die Durchführung der Sozialversicherung?
- Nr. 2/01 Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen
- Nr. 3/01 Die Situation der Working Poor im Sozialstaat Schweiz
- Nr. 4/01 Neuordnung des Ausgleichs der Familienlasten
- Nr. 5/01 Die älteren Menschen – eine Generation mit Zukunft
- Nr. 6/01 Kosten uns die Medikamente zu viel?

- Nr. 1/02 Sechs Jahre KVG – Synthese der Wirkungsanalyse
- Nr. 2/02 Auswirkungen der bilateralen Abkommen mit der Europäischen Union auf die schweizerische Sozialversicherung
- Nr. 3/02 Städte und Sozialpolitik
- Nr. 4/02 Optimierung der interinstitutionellen Zusammenarbeit zwischen IV, ALV und Sozialhilfe
- Nr. 5/02 Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vor der Einführung

Die Beiträge der Schwerpunkte sind seit Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/publikat/uebers/d/index.htm zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie). Normalpreis des Einzelhefts Fr. 9.–. Sonderpreis für Hefte 1993 bis 2000 Fr. 5.–. Preis des Jahresabonnements Fr. 53.– (inkl. MWST).

Bestellungen an

Bundesamt für Sozialversicherung, CHSS, 3003 Bern, Telefon 031 322 90 11, Telefax 031 322 78 41

E-Mail: info@bsv.admin.ch

Neue Publikationen zur Sozialversicherung

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Faltprospekt «Sozialversicherung der Schweiz», Ausgabe 2002	BBL ¹ 318.001.02 df
AHV-Statistik 2002	BBL ¹ 318.123 d/f Fr. 9.70
IV-Statistik 2002	BBL ¹ 318.124.01 d 318.124.02 f Fr. 15.20

1 BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern, Fax 031 325 50 58; E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch;
Internet: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen