

Inclusion Handicap
Mühlemattstrasse 14a
3007 Bern

info@inclusion-handicap.ch
www.inclusion-handicap.ch

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern

INCLUSION ■
HANDICAP

Dachverband der
Behindertenorganisationen Schweiz

Association faîtière des organisations
suisse de personnes handicapées

Mantello svizzero delle organizzazioni
di persone con disabilità

Per Email an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch , dm@bag.admin.ch

Bern, 27. Oktober 2017

ÄNDERUNG DES BUNDESGESETZES ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG (ANPASSUNG DER FRANCHISEN AN DIE KOSTENENTWICKLUNG): VERNEHMLASSUNG

Stellungnahme von Inclusion Handicap

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Inclusion Handicap ist der Dachverband der Behindertenorganisationen in der Schweiz und vertritt die Interessen von Menschen mit Behinderungen. Inclusion Handicap hat unter anderem die Aufgabe, die Umsetzung sowie Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts und des Sozialversicherungsrechts zu fördern und so die autonome Lebensführung von Menschen mit Behinderungen in allen Aspekten des täglichen Lebens zu unterstützen. In diesem Rahmen äussern wir uns gerne zur beabsichtigten Änderung des KVG mit Blick auf die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung. Für die uns gewährte Fristverlängerung danken wir Ihnen herzlich.

1. Vorgaben des Behindertengleichstellungsrechts

Die **Bundesverfassung** verbietet in Art. 8 Abs. 2 Diskriminierungen wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung. Art. 8 Abs. 4 BV verpflichtet den Gesetzgeber, Massnahmen zur Beseitigung der Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu ergreifen. Demnach müssen die in Erarbeitung stehenden oder einer Revision unterliegenden **Gesetze sowie Verordnungen immer auch unter dem Aspekt der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen überprüft werden. Führen sie zu einer direkten oder indirekten Diskriminierung, sind sie mit Art. 8 Abs. 2 BV nicht vereinbar.** Den Auftrag von Art. 8 Abs. 4 BV hat der Bundesgesetzgeber bis jetzt hauptsächlich durch den Erlass des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG; SR 151.3) wahrgenommen, aber auch durch die Verankerung von behindertengleichstellungsrechtlichen Vorschriften in der Spezialgesetzgebung.



Auf völkerrechtlicher Ebene verpflichtet zudem auch die **UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen** (UNO-BRK; SR 0.109) zur Berücksichtigung von deren Anliegen, insbesondere auch im Gesetzgebungsverfahren (Art. 4 Abs. 1 lit. a+b BRK). Relevant im Zusammenhang mit der vorliegenden Vernehmlassung sind insbesondere die **Art. 25 und 26 BRK betreffend Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation**. Art. 25 Satz 1 verlangt die Anerkennung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung; Satz 2 enthält die Pflicht der Vertragsstaaten, alle geeigneten Massnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten haben, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation. Gemäss Art. 25 Satz 2 lit. a BRK stellen die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in der derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen. Art. 25 Satz 2 lit. b BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, die Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden. Art. 25 Satz 2 lit. e BRK stipuliert die Verpflichtung, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung zu verbieten, und hält fest, dass solche Versicherungen zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten sind. Nach Art. 26 Abs. 1 BRK schliesslich treffen die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Massnahmen, um Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmass an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck werden die Vertragsstaaten verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, mitunter insbesondere auch auf dem Gebiet der Gesundheit, zu organisieren, stärken und erweitern.

2. Krankenversicherungsschutz und Rechte von Menschen mit Behinderungen

Mit unserer Stellungnahme möchten wir in einem ersten Schritt erneut generell auf die Bedeutung eines angemessenen, diskriminierungsfreien Krankenversicherungsschutzes für Menschen mit Behinderungen aufmerksam machen.

In der Schweiz werden Massnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen nach wie vor primär als Aufgabe der Invalidenversicherung erachtet. Dementsprechend werden Menschen mit Behinderungen oft mit IV-Bezügerinnen und –Bezügern gleichgesetzt. Dabei gerät die Tatsache aus dem Blick, dass weit mehr Menschen in der Schweiz von einer Behinderung betroffen sind. Gemäss der UNO-BRK gehören zu Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK). Somit können insbesondere auch Menschen mit einer chronischen Krankheit, welche sie in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränkt, von einer Behinderung betroffen sein. Die IV übernimmt medizinische Massnahmen nur bis zum vollendeten 20. Altersjahr; diese müssen ausserdem nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet, sondern unmittelbar wegen der beruflichen Eingliederung notwendig sein und eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwarten lassen. Alle übrigen medizinischen Massnahmen fallen grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung.

Die grosse Mehrheit der Menschen mit Behinderungen benötigt mit Blick auf ein erreichbares Höchstmass an persönlicher Gesundheit zuverlässige Diagnosen, regelmässige Untersuchungen, medizinische Eingriffe und dauerhafte Behandlungen u.a. auch mittels Medikation, sowie medizinische Habilitations- und Rehabilitationsleistungen. Ihr Bedarf an qualitativ hochstehenden und erschwinglichen Gesundheitsleistungen ist je nach Behinderung um vieles höher als derjenige von Menschen ohne Behinderungen; von Verschlechterungen im An-



gebot von Gesundheitsleistungen sind sie demnach übermässig stark betroffen. Ein Krankenversicherungsrecht, das im Lichte der UNO-BRK dem Bedarf von Menschen mit Behinderungen an allgemeinen und spezifischen Gesundheitsleistungen gerecht wird und sie aufgrund ihrer Behinderung nicht benachteiligt, ist für die Betroffenen deshalb von fundamentaler Bedeutung.

Bereits im Rahmen der **Vernehmlassung zu den Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)** vom 14. Oktober 2016 sowie zur **Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vom 21. Juni 2016** äusserte sich Inclusion Handicap zum Risiko einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen durch gesetzliche Anpassungen, die eine Gefahr bestimmter Kosten-/ Nutzenabwägungen mit sich brachten bzw. eine pauschale Limitierung von Tarifpositionen im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots vorsahen.

3. Kritische Würdigung der Vorlage

Auch im Rahmen der hier geplanten Gesetzesänderung erkennt Inclusion Handicap die Gefahr einer **indirekten Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen**.

Mit der vorgesehenen Erhöhung der Kostenbeteiligung soll «das Verantwortungsgefühl» der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen geweckt und die Zahl der Konsultationen «wegen Bagatellfällen» gesenkt werden. Wie oben erwähnt ist der **Bedarf** an Gesundheitsleistungen bei Menschen mit Behinderungen häufig **um vieles höher** als derjenige von Menschen ohne Behinderungen. Dabei sind sie auf medizinische Leistungen im Zusammenhang mit ihrer Beeinträchtigung grösstenteils klar angewiesen und verfügen somit **nicht über eine Wahlfreiheit** bezüglich deren Inanspruchnahme. Da nun eine allgemeine Franchisenanpassung an die Kostenentwicklung der OKP – sprich in absehbarer Zeit eine stete Anhebung der Franchisen – für Menschen mit Behinderungen in gleicher Weise wie Menschen ohne Behinderungen zum Tragen käme, welche in der Regel weniger häufig zwingend medizinische Dienstleistungen beanspruchen müssen, würden Menschen mit Behinderungen durch eine derartige Regelung indirekt benachteiligt.

Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme im Rahmen der Motion Bischofberger selber ausführte, ist bei der Festlegung der Kostenbeteiligung zudem auch die **finanzielle Tragbarkeit für die erkrankten Versicherten** zu berücksichtigen, zumal die individuelle Prämienverbilligung keinen Beitrag an die Kostenbeteiligung leistet. Zur Verdeutlichung der Unangemessenheit einer Franchisenanhebung stellte der Bundesrat den Anstieg der bezahlten Kostenbeteiligung (seit Einführung des KVG bis 2015 111%) der Erhöhung der Nominallöhne in diesem Zeitraum gegenüber (23,6%); ein **Missverhältnis**, welches keiner weiteren Erklärungen bedarf. Im Übrigen war, wie der Bundesrat ausführte, die von den Versicherten geleistete Kostenbeteiligung seit Einführung des KVG auch leicht stärker gestiegen als die von den Versicherern vergüteten Leistungen.

Das genannte Missverhältnis zwischen Kostenbeteiligung und verfügbarem Einkommen ist nun bei Menschen mit Behinderungen ebenfalls noch deutlich ausgeprägter: gemäss Bundesamt für Statistik sind sie fast doppelt so oft (19 Prozent) von Armut betroffen als Menschen ohne Behinderungen (11 Prozent). Zwischen 2007 und 2012 stieg dieser Wert gar um 5 Prozent, und es ist davon auszugehen, dass dieser Trend in den letzten Jahren anhielt und weiter anhalten wird. Nationalrätin Silvia Schenker reichte hierzu am 28.09.2017 eine Interpellation zuhanden des Bundesrats ein (17.3833: Alarmierende Zunahme der Armutsbetroffenheit von Menschen mit Behinderungen). Von einer Franchisenanhebung wären Menschen mit Behinderungen also auch aufgrund ihrer grösseren Armutsbetroffenheit übermässig stark betroffen, und die oben dargestellte Benachteiligung würde noch eine klare Verschärfung erfahren. Bereits jetzt verzichten Menschen mit Behinderungen aus finanziellen Gründen bzw. mangelnder Versicherungsdeckung häufiger auf ärztliche Leistungen als Menschen ohne



Behinderungen;¹ mit der vorgeschlagenen Franchisenanhebung würde auch diese mit Art. 25 BRK unvereinbare Situation noch virulenter.

Als **äussert problematisch** erachtet Inclusion Handicap im Weiteren die generelle Aussage im erläuternden Bericht (S. 2), dass die Krankenversicherung „teilweise nach dem **Verursacherprinzip**“ finanziert werden solle. Zwar wird diese Aussage konkretisiert, indem auf Versicherte verwiesen wird, die weder Franchise noch Selbstbehalt bezahlen müssten, weil sie keine Leistungen beziehen würden. Vor dem Hintergrund der expliziten Stossrichtung der Motion Bischofberger, wonach die regelmässige Anpassung der Mindestfranchisen an die Kostenentwicklung der OKP ein **moderates Zeichen in Richtung sukzessive Stärkung der Eigenverantwortung in der Krankenkasse** sei, ist jedoch zu befürchten, dass die vorliegende Franchisenanpassung tatsächlich einen ersten Schritt zur **Unterminierung des Solidaritätsprinzips** in der Krankenversicherung als fundamentalem Prinzip des Sozialstaats bzw. der Sozialversicherung darstellen könnte. **Gegen eine solche Entwicklung spricht sich Inclusion Handicap dezidiert aus**, und verweist in diesem Zusammenhang auf die entsprechenden völker- und verfassungsrechtlichen Verpflichtungen.

Nicht zuletzt scheint höchst **zweifelhaft**, inwiefern eine **Erhöhung der Kostenbeteiligung tatsächlich geeignet** ist, eine Kostensenkung in der OKP nach sich zu ziehen, zumal in der jüngeren Geschichte der Schweizer Krankenversicherung bereits mehrere Male bei der Kostenbeteiligung angesetzt wurde, ohne dass der gewünschte Effekt eingetreten wäre. Die Aussage im erläuternden Bericht, die Erhöhung der Franchisen werde „die Versicherten dazu veranlassen, mehr Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu üben“ (S. 4), **entbehrt** soweit ersichtlich jeglicher **empirischer Grundlage**. Hinzu kommen die Ausführungen im erläuternden Bericht, wonach eine Franchisenanhebung eine Erhöhung der von den Ergänzungsleistungen gedeckten Krankheitskosten mit sich bringen würde und ein Anstieg der Sozialhilfekosten wahrscheinlich sei (S. 5).

Im Lichte dieser **Ausführungen plädiert Inclusion Handicap für einen Verzicht auf die vorgeschlagene Anpassung der Franchisenentwicklung** an die OKP.

Wir danken Ihnen im Voraus für die Prüfung sowie Berücksichtigung unserer Anregungen und stehen Ihnen für weitere Fragen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen

Julien Neruda
Geschäftsführer

Caroline Hess-Klein, Dr. iur.
Leiterin Abteilung Gleichstellung

¹ Siehe hierzu die Angaben des BFS auf <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/individuelles-wohlbefinden/gesundheits.html> (zuletzt besucht am 26.10.2017).