

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	19.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)
Akteure	Partei der Arbeit (PdA), Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SPS)
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2021

Impressum

Herausgeber

Année Politique Suisse
Institut für Politikwissenschaft
Universität Bern
Fabrikstrasse 8
CH-3012 Bern
www.anneepolitique.swiss

Beiträge von

Benteli, Marianne
Heidelberger, Anja
Müller, Eva

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Heidelberger, Anja; Müller, Eva 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), Partei der Arbeit (PdA), Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SPS), 1989 – 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.
www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 19.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Gesundheitspolitik	1
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	1
<hr/>	
Parteien, Verbände und Interessengruppen	6
Parteien	6
Grosse Parteien	6
Linke und ökologische Parteien	6

Abkürzungsverzeichnis

UNO	Organisation der Vereinten Nationen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EL	Ergänzungsleistungen
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
SAV	Schweizerischer Apothekerverein
VESKA	Verband schweizerischer Krankenanstalten
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen
SGCI	Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
KKA	Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften
CLASS	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen

ONU	Organisation des Nations unies
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PC	Prestations complémentaires
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
USAM	Union suisse des arts et métiers
SSPh	Société suisse de Pharmacie
VESKA	Association suisse des établissements hospitaliers
CAMS	Concordat des assureurs-maladie suisses
SSIC	Société suisse des industries chimiques
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
RIP	Réduction individuelle de primes
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
CCM	Conférence des Sociétés Cantionales de Médecine
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
FSP	Fédération Suisse des Patientes

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 13.12.2002
MARIANNE BENTELI

Bei der Beratung der **2. KVG-Revision** war im Nationalrat der Übergang zur leistungsbezogenen, **generell hälftigen Spitalfinanzierung** durch die Kantone und die Versicherer unbestritten. Analog zum Ständerat im Vorjahr wurde der Wechsel von der dual-fixen zur monistischen Finanzierung, bei der die Versicherungen die alleinige Zahlstelle sind und dadurch mehr Transparenz erlangen, während die Kantone ihre Beiträge an die Versicherer leisten, im Grundsatz zwar gutgeheissen, aber auf die 3. KVG-Revision verschoben. Abweichend vom dringlichen Bundesbeschluss beantragte die vorberatende Kommission, dass neu auch **Privatspitäler** Kantonsbeiträge erhalten sollen, falls sie auf der Spitalliste der Kantone aufgeführt sind und von diesen einen Leistungsauftrag erhalten haben. Die bürgerlichen Befürworter erklärten, damit würden gleich lange Spiesse geschaffen und der Wettbewerb gefördert. Die Gegner kritisierten, die Spiesse seien gar nicht gleich lang, da die Privatkliniken nicht an die selben Auflagen (etwa punkto Betrieb einer Notfallstation oder qualitativer und quantitativer Standards beim Personal) gebunden seien wie die öffentlichen Spitäler. Ein diesbezüglicher Antrag der SP wurde ebenso abgelehnt wie ein weiterer Antrag, für den ambulanten Bereich der Spitäler Globalbudgets einzuführen. Da die Gesetzesrevision vom Nationalrat in der Gesamtabstimmung verworfen wurde, sind diese Beschlüsse – zumindest vorderhand – hinfällig.¹

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

POSITIONSPAPIER UND PAROLEN
DATUM: 04.09.1989
MARIANNE BENTELI

Die **Spitzenverbände des Gesundheitswesens**, nämlich die Vereinigung der Ärzte (FMH), der Apotheker (SAV), der Krankenhäuser (Veska) sowie der Chemischen Industrie (SGCI) **stellten sich** in einer gemeinsamen Stellungnahme **hinter das Projekt Cotti**, während das KSK bereits im Vorfeld erklärt hatte, nicht grundsätzlich gegen eine Totalrevision zu sein, einer Übergangsregelung im Moment aber eindeutig den Vorzug zu geben. Die FDP begrüsst die angestrebte Wettbewerbssteigerung durch die volle Freizügigkeit und die Anerkennung alternativer Versicherungsformen, befürchtete aber, dass das Obligatorium und die Prämiengleichheit keinen Konsens finden würden. Für die SP bringen die bundesrätlichen Vorschläge zwar bedeutende Verbesserungen (Obligatorium, Prämiengleichheit, Freizügigkeit), enthalten aber auch viel Widersprüchliches (alternative Versicherungsmodelle, Kopfprämie).²

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 06.11.1991
MARIANNE BENTELI

Genau dies will auch die 1986 **von der SP eingereichte Volksinitiative "für eine gesunde Krankenversicherung"**, welche zudem ein Obligatorium und zeitlich nicht begrenzte Leistungen der Kassen anstrebt. Finanziert werden soll das System über Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge sowie durch Subventionen des Bundes, die mindestens einen Viertel der Ausgaben ausmachen müssten, wobei auch die Kantone in die Pflicht genommen würden. Mit dem Hinweis auf die bereits weit gediehenen Arbeiten für eine Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes, und weil die SP-Vorschläge das schweizerische Gesundheitswesen sowie das Verhältnis zwischen Bund und Kantonen nachhaltig verändern würden, beantragte der Bundesrat dem Parlament, die Initiative ohne formellen Gegenvorschlag zur Ablehnung zu empfehlen.³

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 07.10.1993
MARIANNE BENTELI

Der Nationalrat folgte in den Grundfragen der Gesetzesrevision (Obligatorium, Freizügigkeit beim Kassenwechsel, massvolle Ausdehnung des Leistungskatalogs, Aufhebung der Aussteuerung nach 720 Tagen, Prämiengleichheit von Mann und Frau, Jungen und Alten in der Grundversicherung, gezielte Prämienvorbildungen der öffentlichen Hand, Zulassung neuer Versicherungsformen) Bundes- und Ständerat, nahm aber auch die Vorschläge der Kartellkommission in wesentlichen Punkten auf. So sollen wettbewerbshindernde Bestimmungen in Verbandsstatuten, Landesregeln und Tarifverträgen ausdrücklich verboten werden. Anders als der Ständerat wollte der Nationalrat bei der Aushandlung der Tarifverträge den Patientenorganisationen

zumindest ein Anhörungsrecht einräumen.

Die Gesetzesvorlage sieht – ähnlich wie der befristete Bundesbeschluss von 1991 über Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung – vor, dass Versicherer mit einem unterdurchschnittlichen Bestand an Frauen oder älteren Personen Ausgleichsbeiträge zugunsten von Versicherern mit einem entsprechend überdurchschnittlichen Anteil zu leisten haben. Bundes- und Ständerat wollten diese Bestimmung auf zehn Jahre beschränken, da sich ihrer Meinung nach bis dahin die Risikostrukturen aufgrund der vollen Freizügigkeit der Versicherten angeglichen haben sollten. Der Nationalrat zeigte sich hier skeptischer und strich deshalb die Befristung.

Beim Katalog der ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung kehrte der Nationalrat insofern zum bundesrätlichen Vorschlag zurück, als er das Instrument der Globalbudgetierung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zulassen wollte. Zudem erteilte er dem Bundesrat die Kompetenz, kantonale Massnahmen bei der Globalbudgetierung zu koordinieren. Bei der Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer schloss sich die Volkskammer hingegen dem Ständerat an und lehnte diese ab.

Im Bereich der gezielten Prämienverbilligungen durch Beiträge der öffentlichen Hand – vorerst 3 Mia Fr. während vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes – folgte der Nationalrat ebenfalls dem Bundesrat und setzte die kantonalen Beiträge auf mindestens die Hälfte des gesamten Bundesbeitrages fest. Der Ständerat hatte hier die Kantone weniger streng in die Pflicht nehmen wollen. Anders als Bundes- und Ständerat beschloss der Nationalrat allerdings, den Kantonen das System, nach dem die Prämienverbilligungen vorzunehmen sind, nicht vorzuschreiben. Damit kam er dem Wunsch der Kantone nach administrativer Vereinfachung entgegen.

In einem heiklen Punkt der Vorlage, der Regelung der Direktabgabe von Medikamenten durch die Ärzte (Selbstdispensation) stellte sich der Nationalrat hinter die ursprüngliche Vorlage und damit gegen den Ständerat und entschied, die Selbstdispensation zulasten der Krankenversicherung solle durch eine bundesrätliche Verordnung und nicht auf kantonaler Ebene geregelt werden. Neuland betrat die grosse Kammer mit der Bestimmung, dass sich die Krankenversicherer inskünftig in Zusammenarbeit mit anderen Stellen auch auf dem Gebiet der generellen Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung engagieren und dafür je obligatorisch versicherte Person einen vom Bundesrat festgesetzten jährliche Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung erheben sollten. Wie bereits im Ständerat hatte auch im Nationalrat ein Antrag aus Kreisen der SP, der CVP und der LdU/EVP-Fraktion auf Einbeziehung der Taggeldversicherung in die soziale Krankenversicherung keine Chance. Ebenfalls abgelehnt wurde ein Antrag der Mehrheit der vorberatenden Kommission, welcher vorschreiben wollte, dass auch in den Zusatzversicherungen eine Abstufung der Prämien nach Geschlechtern unzulässig sei.

Der Nationalrat nahm das revidierte Krankenversicherungsgesetz mit 113 zu 40 Stimmen klar an. Die Vorlage wurde von der AP aus grundsätzlichen Überlegungen bekämpft. Eine Mehrheit der FDP-Fraktion sprach sich wegen der Ausdehnung der Globalbudgetierung auf den ambulanten Bereich und wegen des unbefristeten Risikoausgleichs ebenfalls dagegen aus.⁴

INTERPELLATION / ANFRAGE
DATUM: 18.03.1996
MARIANNE BENTELI

Die immer deutlicher werdenden **Vollzugsprobleme beim revidierten KVG** gaben in der Frühjahrssession der eidgenössischen Räte Anlass zu **zahlreichen Vorstössen**. In drei **dringlichen Interpellationen** stellten die Fraktionen der CVP, SP und SVP im Nationalrat eine Reihe von Fragen. Diese betrafen vorab die Prämienentwicklung sowie die kantonalen Prämienverbilligungen (D.l.p. 96.3019 und 96.3025). Von sozialdemokratischer Seite wurde Dringlichkeitsrecht gefordert, um die Kantone zur vollen Ausschöpfung des Prämienverbilligungsvolumens zu zwingen. In der Debatte stimmte zwar die Mehrheit des Rates mit der auch von Bundesrätin Dreifuss geäusserten Meinung überein, dass es nach kaum drei Monaten verfrüht wäre für eine fundierte Kritik des neuen Gesetzes, da insbesondere die teilweise erst geplanten Mechanismen zur Kostendämpfung mehr Zeit bräuchten, um ihre Wirkung zu entfalten. Unwiderrprochen blieb demgegenüber die Feststellung, dass das Gesetz überstürzt – d.h. ohne ausreichende Vorbereitungs- und Anpassungszeit – eingeführt worden sei. Zu vielen unbestimmten Begriffen fehle noch die authentische Interpretation, was zu weiterer Verunsicherung beitrage.⁵

Im April 2017 beriet die SGK-NR einen Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) (übernommen von Brand (svp, GR)) zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**, gemäss welchem eine Wahlfranchise während dreier Jahre nicht gewechselt werden kann. Dadurch sollen kurzfristige Wechsel zur Grundfranchise bei bekannten anstehenden medizinischen Eingriffen verhindert und die Administrationskosten gesenkt werden. Ein Krankenkassenwechsel der Versicherer wäre unter Beibehaltung der Franchise weiterhin möglich. Die Kommission stimmte dem Vorentwurf mit 17 zu 6 Stimmen zu, eine Minderheit lehnte ihn ab, da dadurch Personen mit chronischen Erkrankungen schlechtergestellt würden. Zudem könnten den Versicherten so durch gesundheitliche oder finanzielle Schwierigkeiten grosse Probleme entstehen.

Im September 2017 schickte die SGK-NR den Vorentwurf in die Vernehmlassung. Dort stiess er bei der SVP, BDP und CVP, sechs Kantonen (AI, BL, NW, SG, UR, ZG), dem Gewerbeverband sowie einzelnen Leistungserbringern und Versicherern auf Zustimmung. Die FDP und GLP sowie vier Kantone (AG, GR, JU, ZH) stimmten zwar mehrheitlich zu, brachten aber auch Vorbehalte an. Die Befürworter lobten, dass die Vorlage die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken stärke und zur Kostensenkung beitrage. Sie brachten jedoch verschiedene Verbesserungsvorschläge ein: die Beibehaltung von einjährigen Wahlfranchisen mit Option auf mehrjährige Verträge; eine zwei- anstatt dreijährige Mindestdauer der Franchisen; eine jährliche Möglichkeit, in höhere Franchisen zu wechseln sowie eine vorgängige Analyse der Auswirkungen eines solchen Systemwechsels. Trotz ihrer Zustimmung äusserten sie Zweifel, ob durch diese Änderung wirklich ein Effekt der Kostendämpfung beobachtet werden könne. Womöglich würden dadurch mehr Personen die Grundfranchise wählen und sich in der Folge weniger kostenbewusst verhalten. Allenfalls würden die Versicherten dadurch auch mehr Sozialhilfe oder Prämienverbilligungen benötigen, wodurch die Kosten für die Kantone stiegen.

Elf Kantone (AR, BE, FR, GE, GL, NE, OW, SO, TG, TI, VD), die SP, die Grünen sowie zahlreiche Wirtschaftsverbände, Leistungserbringer, Versicherer, Konsumentenvertreter und andere Interessierte lehnten den Entwurf ab. Entweder bezweifelten sie die positive Wirkung der Vorlage auf die Selbstverantwortung der Versicherten, auf die Kosten oder auf den Aufwand für die Versicherer oder sie kritisierten die Einschränkungen der Wahlfreiheit der Versicherten und deren bereits sehr hohe Selbstbeteiligung.

Im April 2018 entschied die SGK-NR mit 11 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen, die Vorlage mit einer kleinen Änderung zu überweisen.⁶

Die Schweiz verfügt über eine der höchsten Dichten an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der OECD. Zur Beschränkung der Ärztezahl hatte das Parlament 2000 eine zeitlich begrenzte Bedürfnisklausel eingeführt und diese bis 2011 dreimal verlängert. Aufgrund der grossen Zahl an Praxiseröffnungen nach dem Auslaufen der Bedürfnisklausel schränkte das Parlament die Zulassung von Leistungserbringenden 2013 in einem dringlichen Bundesgesetz erneut ein. Nachdem der Nationalrat einen Vorschlag zur langfristigen Steuerung des ambulanten Bereichs in der Schlussabstimmung abgelehnt hatte, musste die Zulassungsbeschränkung 2016 erneut verlängert werden. Gleichzeitig beauftragte das Parlament den Bundesrat, einen neuen Vorschlag zur **Zulassung der Leistungserbringenden** in die Vernehmlassung zu schicken. Diesen Vorschlag basierte der Bundesrat auf den Bericht zur Erfüllung eines Postulats der SGK-SR.

Der Bundesrat schlägt dabei Massnahmen auf drei Interventionsebenen vor. Eine erste Ebene dient der Sicherung der Qualifikation der Leistungserbringenden; dabei sollen Anforderungen an Aus- und Weiterbildung, an das Erlangen von Diplomen sowie an die Anerkennung ausländischer Diplome formuliert werden. Auf einer zweiten Ebene sollen die Anforderungen an die Leistungserbringenden durch ein formales Zulassungsverfahren mit allfälliger Wartefrist von zwei Jahren, durch einen Nachweis der Qualität der Leistungserbringung sowie durch die Knüpfung der Tätigkeit zu Lasten der OKP an Auflagen erhöht werden. Die Versicherer sollen eine Organisation schaffen, welche über die Zulassungsgesuche entscheidet. Die dritte Interventionsebene beschreibt Massnahmen, die es den Kantonen erlauben, das Versorgungsangebot nach Bedarf zu regeln. Dazu gehören Höchstzahlen an zu Lasten der OKP im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zulassungseinschränkungen in Bereichen mit massivem Kostenanstieg.

An der **Vernehmlassung**, die vom 5. Juli 2017 bis zum 25. Oktober 2017 stattfand, beteiligten sich 91 Organisationen. Mehrheitlich einig war man sich über die

Notwendigkeit der Zulassungssteuerung, die einzelnen Massnahmen der Vorlage stiessen jedoch auf unterschiedlich grossen Anklang. Klar für die Vorlage sprachen sich die SP, die GDK und CLASS, alle Kantone (ausser AG, GR, JU, LU und TG), die Konsumentenverbände, der Patientenverband DVSP sowie die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Berggebiete (SAB) aus. Die SVP und FDP, die meisten Dachverbände der Wirtschaft, die Versichererverbände, die Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA) und die meisten kantonalen und regionalen Ärztesellschaften lehnten die Vorlage deutlich ab. Gespalten zeigten sich die Verbände der Leistungserbringenden: Einige befürworteten den bundesrätlichen Vorschlag, die meisten sprachen sich allerdings dagegen aus oder kritisierten ihn zumindest stark.

Viel Kritik gab es für den Vorschlag, die Zulassungssteuerung den Versicherern zu übertragen. Dies wurde als erster Schritt zur Aufhebung des Vertragszwangs gewertet. Stattdessen solle die Zulassung von den Kantonen gesteuert werden, argumentierten zahlreiche Akteure. Mehrfach wurde zudem eine Verschärfung der Zulassungskriterien gefordert. Unter anderem sollen Ärztinnen und Ärzte mindestens drei Jahre an schweizerischen Bildungsstätten gearbeitet haben müssen und über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, bevor sie zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden. CVP, FDP und SVP schlugen zudem vor, die Zulassungsbeschränkungen mittelfristig mit einer einheitlichen Leistungsfinanzierung zu verknüpfen.⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 28.07.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2017 schickte der Bundesrat eine Änderung des KVG in die Vernehmlassung. Da der Anstieg der Gesundheitskosten – jährlich steigen die Vergütungen von medizinischen Leistungen durch die OKP pro Kopf um etwa 4 Prozent – nicht nur durch demografische Faktoren erklärt werden könne, sondern auch auf eine Mengenausweitung zurückzuführen sei, wollte der Bundesrat die **Franchisen regelmässig an die Kostenentwicklung der OKP anpassen**. Durch diese Massnahme, wie sie durch die Motion Bischofberger (cvp, Al; Mo. 15.4157) angeregt worden war, könne die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden, erklärte der Bundesrat. Konkret sollen alle Franchisen um CHF 50 erhöht werden, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen pro Person mehr als dreizehnmal höher sind als die ordentliche Franchise. Damit soll das maximale Verhältnis von 1:12 zwischen der Höhe der ordentlichen Franchise und den Bruttokosten, wie es bei Einführung des KVG und bei der letzten Erhöhung der Franchisen vorgelegen hatte, gewahrt werden. Somit werden die Zeitabstände der Franchisenerhöhungen von der Kostenentwicklung in der OKP abhängig gemacht. Der Bundesrat rechnete damit, dass eine Bruttokostenhöhe von CHF 3'900 eine erste automatische Erhöhung der Franchisen im Jahr 2020 nötig machen würde.

In der Vernehmlassung, die zwischen Juni und Oktober 2017 stattfand, meldeten sich 65 Organisationen zu Wort. Die Mehrheit der Organisationen – darunter 14 Kantone, die meisten teilnehmenden Parteien (CVP, FDP, GLP und SVP), economiesuisse und der SGV sowie die Verbände der Leistungserbringer – stimmte der Vorlage vorbehaltlos zu. Gelobt wurden insbesondere die Stärkung der Eigenverantwortung und die erwartete dämpfende Wirkung auf den Leistungsbezug.

Auf Ablehnung stiess die Vorlage auf linker Seite: Unter anderem die SP, die Grünen und der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB), aber zum Beispiel auch der Schweizerische Gehörlosenbund und Inclusion Handicap sowie sieben Kantone (BE, FR, NE, SO, TI, VD, VS) lehnten die entsprechende Änderung des KVG ab. Kritisiert wurde, dass durch die Änderung mehr Personen von der Sozialhilfe abhängig würden und dass dadurch sowie durch die höheren Ausgaben der EL die Kosten für Kantone und Gemeinden anstiegen. Die Kritiker der Vorlage bezweifelten überdies, dass die Änderung tatsächlich zu einer Senkung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen würde: Bei den Versicherten mit der Grundfranchise, auf die sich eine Franchisenerhöhung am stärksten auswirke, würde eine Erhöhung um CHF 50 kaum ins Gewicht fallen, da sie bereits sehr hohe Kosten hätten. Somit würden diese auch kaum ihr Verhalten ändern. Stattdessen untergrabe die Vorlage die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken – wurde kritisiert –, weil diejenigen bestraft würden, die Leistungen beanspruchen müssten.⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 14.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung zum ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** zwischen September und Dezember 2018 beteiligten sich 150 Einheiten und Organisationen, darunter alle Kantone, die sieben grossen nationalen Parteien, der Städte- und der Gemeindeverband, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumenten-, Patienten-, Leistungserbringenden- sowie Versichererverbände. Entsprechend breit war trotz Lobes für die Bemühungen des Bundesrates zur Kostensenkung auch die Kritik an dem neuen Projekt. Insbesondere wurde vor Wechselwirkungen mit anderen Revisionen, vor Finanzierungs- oder Versorgungsproblemen sowie vor einer verstärkten Bürokratisierung oder staatlichen Steuerung gewarnt, wie das BAG in seinem Ergebnisbericht erklärte.⁹

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 20.05.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 gab der **Bundesrat** bekannt, die **Prämien-Entlastungs-Initiative** der SP Volk und Ständen zur Ablehnung zu empfehlen. Er störte sich daran, dass sich die Initiative ausschliesslich auf die Finanzierung der Gesundheitsausgaben konzentriere und die Kostenproblematik – mit der sich die Kostenbremseinitiative der CVP ausschliesslich beschäftige – ausser Acht lasse. Er wehrte sich auch dagegen, dass der Bund gemäss Initiative für zwei Drittel der individuellen Prämienverbilligungen aufkommen sollte – was ihn gemäss eigenen Zahlen pro Jahr CHF 6 Mrd. und nicht CHF 2.5 Mrd. bis CHF 3 Mrd., wie die Initianten und Initiantinnen berechnet hatten, kosten würde –, obwohl die Gesundheitskosten stark durch die Entscheidungen der Kantone, etwa bezüglich Spitalplanung, beeinflusst würden. Diese hätten ihre Beiträge an die IPV zudem in den letzten Jahren immer stärker gesenkt. Da er sich der hohen Belastung der Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien bewusst sei – diese wurde unter anderem im Monitoring 2017 zur Wirksamkeit der Prämienverbilligungen ausführlich dargelegt –, legte der Bundesrat einen **indirekten Gegenvorschlag zur Initiative** vor. Darin schlug er vor, den Kantonsbeitrag für die Prämienverbilligungen an die kantonalen Bruttokosten sowie an die verbleibende Prämienbelastung zu knüpfen; dies entspräche der im Bericht zur Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung zur Erfüllung des Postulats Humbel (cvp, AG; Po. 17.3880) ausführlich beschriebenen Variante 2. Dies würde für die Kantone schätzungsweise zusätzliche Kosten von CHF 777 Mio. jährlich mit sich bringen, gleichzeitig aber auch Anreize zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen schaffen, argumentierte er. Im Oktober 2020 schickte der Bundesrat seinen indirekten Gegenvorschlag in die Vernehmlassung; diese wird bis Februar 2021 andauern.¹⁰

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 23.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 legte der Bundesrat dem Parlament die **Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials** vor. Ziel der Vorlage war es, in Übereinstimmung mit einer Motion der SGK-NR (Mo. 18.3710) eine einheitliche Vergütung für Pflegematerial, das von der betroffenen Person selbst oder von Laien angewendet wird, und von Pflegematerial, das von Pflegefachpersonen angewendet wird, einzuführen. 2017 hatte das Bundesverwaltungsgericht die Position des Bundesrates bestätigt, wonach gemäss dem bestehenden Gesetz die von Pflegefachpersonen verwendeten Materialien Bestandteil der Pflegeleistung seien und nicht separat verrechnet werden dürften. Die von den Versicherten selbst angewendeten Materialien seien hingegen separat von der OKP zu übernehmen.

Neu sollen die Materialien in drei Kategorien gegliedert werden: Die Kategorie A enthält einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z.B. Handschuhe) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z.B. Blutdruckmessgeräte), diese sollen auch zukünftig gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung von OKP, Versicherten und Kantonen bezahlt werden. Zur Kategorie B gehören Mittel und Gegenstände für die Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit gemäss MiGeL (z.B. Verbandmaterial), diese werden neu unabhängig von der anwendenden Person durch die OKP finanziert. Auch die Materialien der Kategorie C, Mittel und Gegenstände, die nicht von der versicherten Person selbst oder durch eine nichtberuflich mitwirkende Person verwendet werden können (z.B. Heimventilation), werden von der OKP übernommen.

Die Vorlage soll eine Entlastung für Gemeinden und Kantone in der Höhe von jährlich CHF 65 Mio. mit sich bringen und stattdessen die Gesamtkosten der OKP um 0.2 Prozent erhöhen. Da die Höhe des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung 7.5 Prozent der OKP-Bruttokosten beträgt, steigt auch der entsprechende Bundesbeitrag um CHF 4.9 Mio.

Zwischen Dezember 2019 und Februar 2020 fand die **Vernehmlassung** zur Vergütung des Pflegematerials statt. Dabei gingen 126 Stellungnahmen ein. Die Kantone und mit

ihnen die GDK sowie die Leistungserbringenden sprachen sich für die Änderung aus. Auch die CVP, EVP, FDP, GLP und SP zeigten sich mehrheitlich zufrieden, äusserten jedoch teilweise Vorbehalte, insbesondere bezüglich der Kostenverlagerung zur OKP. Die SVP lehnte die Vorlage ab, da sie dadurch eine Mengenausweitung ohne qualitative Verbesserung der Pflegeleistungen befürchtete. Auch die Versichererverbände lehnten die Vorlage ab, da sie die höheren Kosten fürchteten.

In der Herbstsession 2020 behandelte der **Nationalrat** die Vorlage. Hatte sich die SVP im Rahmen der Vernehmlassung als einzige Partei noch gegen die KVG-Änderung ausgesprochen, stimmte auch sie der Gesetzesänderung nun zu: Einstimmig mit 189 zu 0 Stimmen nahm der Nationalrat die Vorlage an.¹¹

Parteien, Verbände und Interessengruppen

Parteien

Grosse Parteien

Bei den eidgenössischen Abstimmungen **scherte die SP bei der Alpeninitiative und dem Luftfahrtgesetz von der bundesrätlichen Linie aus**. Als einzige Regierungspartei war sie auch für das von ihr mitunterstützte Referendum gegen die Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht und die von ihr gemeinsam mit dem Gewerkschaftsbund eingereichte Krankenversicherungsinitiative. Das Volk gab der SP nur gerade in sieben von 13 Vorlagen recht, darunter die Alpeninitiative.¹²

Linke und ökologische Parteien

Bei den eidgenössischen Abstimmungen **sprach sich die PdA für die Alpeninitiative** aus, stimmte aber mit dem rechten Parteienspektrum **gegen Schweizer UNO-Blauhelmtuppen**. Das Krankenversicherungsgesetz lehnte sie zugunsten der Initiative für eine gesunde Krankenversicherung ab.¹³

POSITIONSPAPIER UND PAROLEN

DATUM: 03.12.1994
EVA MÜLLER

POSITIONSPAPIER UND PAROLEN

DATUM: 03.12.1994
EVA MÜLLER

1) AB NR, 2002, S. 2003 ff., 2055 ff., 2072 ff., 2105 ff., 2123 ff. und 2144 ff.

2) JdG, 15.8.89; NZZ, 2.9.89.; wf KK, 36, 4.9.89; SP, Pressedienst, 276, S. 3 f.; SGB, 1989, Nr. 40.

3) BBl, 1991, IV, S. 985 ff.; Presse vom 9.11.91

4) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1725 ff., 1820 ff., 1852 ff., 1883 ff. und 1897 ff.; Presse vom 6.10.-10.10.93., SoZ, 26.9.93; Bund, 1.10. und 8.10.93.

5) Amtl. Bull. NR, 1996, S. 388 f.; Ausführungen des BR in Amtl. Bull. NR, 1996, S. 645 und 1896 f.; Stellungnahme von zwei Spitzenbeamten des BSV: CHSS, 1996, Nr. 2, S. 85 ff.; Presse vom 27.3.96; Ww, 4.4.96; Kritik der Ombudsstelle: BaZ und NQ, 24.4.96; Postulat Jöri und Motion Zisyadis: Amtl. Bull. NR, 1996, S. 419 ff.; Prämienschub: CHSS, 1996, Nr. 6, S. 317 ff.

6) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.9.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 7.4.17

7) Erläuternder Bericht vom 5.7.17; Vernehmlassungsbericht vom 9.5.18

8) Begleitschreiben zur Vernehmlassung vom 28.6.17; Ergebnisbericht zur Vernehmlassung vom 1.12.17

9) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung

10) Bericht des BR zum indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative; Medienmitteilung BR vom 20.5.20; Medienmitteilung BR vom 21.10.20

11) AB NR, 2020, S. 1785 ff.; BBl 2020, S. 4825 ff.

12) Parolen 1994

13) Parolen 1994