

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	23.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Keine Einschränkung
Akteure	Schmid-Federer, Barbara (cvp/pdc, ZH) NR/CN, Berset, Alain (sp/ps) BR EDI / CF DFI, Poggia, Mauro (GE, mcg), Anderer Gesundheitsverband
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2022

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Bühlmann, Marc
Caroni, Flavia
Porcellana, Diane
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Bühlmann, Marc; Caroni, Flavia; Porcellana, Diane; Schubiger, Maximilian 2024.
Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Anderer Gesundheitsverband, 2012 – 2018.
Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.
www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Grundlagen der Staatsordnung	1
Institutionen und Volksrechte	1
Parlamentsmandat	1
Sozialpolitik	2
Bevölkerung und Arbeit	2
Löhne	2
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	2
Gesundheitspolitik	2
Sozialversicherungen	4
Krankenversicherung	4

Abkürzungsverzeichnis

GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
GRECO	Staatengruppe gegen Korruption
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen

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
OFSP	Office fédéral de la santé publique
DFI	Département fédéral de l'intérieur
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
GRECO	Group d'états contre la corruption
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Allgemeine Chronik

Grundlagen der Staatsordnung

Institutionen und Volksrechte

Parlamentsmandat

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 31.12.2017
MARC BÜHLMANN

Seit der sogenannten «Kasachstan-Affäre» waren einige Monate vergangen und im Parlament schien das Thema **Lobbying im Jahr 2017** – mit Ausnahme einer parlamentarischen Initiative Berberat (sp, NE) mit der Forderung nach transparenterem Lobbying, die von den Räten wie eine heisse Kartoffel hin- und hergeschoben wurde – an Priorität verloren zu haben. Dies sah in der gesellschaftlichen Debatte allerdings etwas anders aus.

Im Frühling sorgte eine Idee von Pierre-Yves Maillard (VD, sp) und Mauro Poggia (GE, mcg) für Schlagzeilen. Die beiden Regierungs- und ehemaligen Nationalräte wollten mit einer Volksinitiative dafür sorgen, dass Parlamentsmitglieder nicht mehr im Verwaltungsrat einer Krankenkasse sitzen oder anderweitig mit einer solchen verbunden sein dürfen. Damit sollten die steigenden Krankenkassenprämien gebremst werden. Die Idee stiess bei betroffenen Parlamentsmitgliedern auf Gegenwehr: Konrad Graber (cvp, LU), Verwaltungsrat der CSS, und Heinz Brand (svp, GR), Präsident des Krankenkassen-Dachverbandes Santésuisse, hielten die Idee für nicht zielführend. Es handle sich um eine «Verunglimpfung der Krankenkassen», gaben sie der Luzerner Zeitung zu Protokoll. Die Unterschriftensammlung für das Begehren wurde im Oktober 2017 gestartet.

Mitte März legte die Staatengruppe gegen die Korruption (Greco), bei der die Schweiz seit 2006 Mitglied ist, einen Bericht vor, der mehrere Schwachstellen im Schweizer Lobbyismussystem aufzeigte und Empfehlungen abgab. Unter anderem sollten Parlamentsmitglieder verpflichtet werden, bei Ratsverhandlungen Interessenkonflikte aktiv offenzulegen. Das Register der Interessenbindungen reiche nicht aus. Zudem müssten finanzielle Interessen von Parlamentarierinnen und Parlamentariern transparent gemacht werden. Dies ist in der Schweiz nach wie vor freiwillig. Die Organisation Lobbywatch veröffentlichte eine Liste, mit der aufgezeigt wurde, dass lediglich 37 Parlamentsmitglieder die Einkünfte aus ihren Mandaten vollständig deklarierten.

Eine Analyse von Forschern der Universitäten Lausanne und Genf um André Mach wurde Mitte Mai von der Sonntags-Zeitung breit aufgemacht. Erstens zeigten die Daten, dass sich die relevanten Interessenbindungen von Parlamentsmitgliedern zwischen 1992 und 2015 mehr als verdoppelt hatten, zwischen 2007 – seit dann müssen auf der Basis des 2002 revidierten Parlamentsgesetzes alle Interessenbindungen obligatorisch angegeben werden – und 2015 haben sie um 20 Prozent zugenommen. Für die Analyse gilt eine Verbindung dann als relevant, wenn ein Mandat einem Sachgebiet zugeordnet werden kann, zu dem das Parlamentsmitglied einen Bezug hat, etwa weil es in einer entsprechenden Kommission sitzt. Zugenommen haben laut der Studie insbesondere Verbindungen zu Interessenverbänden, welche die Parlamentarierinnen und Parlamentarier für Sitzungen, die laut Sonntags-Zeitung auch in Sitzungszimmern im Bundeshaus selber stattfanden, mit «vielen Tausend Franken pro Jahr» entschädigten – der Sonntags-Blick sprach von CHF 20'000 für vier Sitzungen, die Parlamentsmitglieder etwa von der Groupe Mutuel erhalten haben sollen. Der Austausch von Expertenwissen sei zwar für Milizparlamentarier wichtig, allerdings sei nicht klar, weshalb dies entlohnt werden müsse, fragte die Sonntags-Zeitung rhetorisch. Die Zunahme der Bindungen könne freilich durchaus auch als Zeichen für mehr Transparenz gelesen werden, befanden die Forscher. Früher habe Interessenvertretung eher informell und im vorparlamentarischen Prozess stattgefunden. Heute sei die Einflussnahme während des parlamentarischen Prozesses wohl auch aufgrund des grösseren Parteienwettbewerbs wichtiger und werde hier auch etwas transparenter.

Eine Analyse der NZZ, die auf den gleichen Daten des «Observatoriums der Schweizer Eliten (Obelis)» beruhte, brachte ein weiteres Argument für ein zunehmend professionalisiertes Lobbying ins Spiel. Die Zeitung zeigte auf, dass sich die Wirtschaft in den letzten 60 Jahren stark von der Politik entflechtet habe. Vor 60 Jahren habe jedes vierte Parlamentsmitglied ein Spitzenamt in der Wirtschaft belegt, was heute nicht mehr so sei. Die Überlegung liegt nahe, dass das damalige unmittelbare Lobbying durch eine stärker mittelbares und organisierteres abgelöst wurde.

Auf Antrag von Thomas Minder (parteilos, SH) wurde in der Sommersession 2017 von den Parlamentsdiensten eine «Lobbyistenzählung» durchgeführt, wie dies der «Blick» betitelte. Zugang zum Parlament erhält, wer einen der beiden Dauerzutrittsausweise (Badges) besitzt, die jedes Parlamentsmitglied vergeben darf, oder wer einen Tagesausweis erhält, der ebenfalls von Parlamentsmitgliedern ausgestellt werden kann. Während der 11 Tage der Sommersession wurden 127 Lobbyierende mit Dauerzutritt und 386 mit Tagesausweis gezählt. Während die einen die Zahl als «an der oberen Grenze» beurteilten (Pirmin Bischof; cvp, SZ), fanden Lobbyistenkreise die rund 50 Personen pro Tag angemessen (z.B. Andreas Hug; CEO eines Beratungsbüros). Zu reden gab aber die hohe Zahl an Tageskarten. Damit würden die Transparenzregeln unterlaufen, befürchtete Didier Berberat in der Zeitung Le Temps.

Dass Interessengruppen gezielt auf Kommissionsmitglieder zugehen, zeigte eine Mitte Juli 2017 veröffentlichte Untersuchung des Sonntags-Blick zur Gesundheitspolitik. Allerdings – so das Sonntagsblatt – seien es nicht so sehr die Krankenkassen, sondern die Ärzte, Spitäler und Patientenorganisationen sowie die Pharmaindustrie, die viele Mandate vergeben hätten. «Die Genossen mit den Ärzten, die Liberalen mit der Pharma, die CVP mit allen» fasste der Sonntagsblick den Befund zusammen, «wer mit wem im Krankenbett» stecke.¹

Sozialpolitik

Bevölkerung und Arbeit

Löhne

En marge de la conférence nationale Santé 2020, dont l'objectif était de trouver des pistes afin de réduire les coûts de la santé, le conseiller fédéral Alain Berset a pointé du doigt les **salaires de certains médecins spécialistes**. Il a réagi suite à l'annonce du conseiller d'Etat Mauro Poggia (GE, mcg), selon laquelle les revenus annuels estimés des chirurgiens seraient proche du million. Alain Berset juge cette situation inadmissible vis-à-vis des patientes et patients qui paient des primes. Jean-Marc Heinicke, président de l'Ordre des chirurgiens genevois, a réfuté en rappelant que les spécialistes exerçant dans des cliniques privées ne participaient pas à la hausse des coûts de la santé et que le chiffre avancé était «fantaisiste».

Les jours suivants, les organisations des médecins ont contesté que les médecins étaient les responsables de la perpétuelle hausse des primes de l'assurance maladie obligatoire. Sur le plateau de l'émission Infrarouge, Pascal Strupler, directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a précisé qu'il y avait 140 médecins spécialistes qui gagneraient un revenu avoisinant 850'000 francs sur le compte de l'assurance-maladie obligatoire (LaMal).

Cette polémique fait surtout ressortir le manque de transparence, également dénoncé par Alain Berset, concernant les salaires des médecins. La Confédération a toutefois lancé plusieurs projets en parallèle pour contrer l'absence de collectes et de statistiques publiques actuelles, ainsi que pour que soient apportés des éclaircissements y relatifs. Avec ce débat public, il est possible que le monde politique et l'opinion publique réclament à l'avenir davantage de transparence en matière de salaires des médecins.²

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

Am 18. Mai 2014 wurde der Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung, der direkte Gegenentwurf zur zurückgezogenen **Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“**, zur Abstimmung gebracht. Mit einem Ja-Stimmenanteil von 88% und sämtlichen zustimmenden Ständen war der Entscheid deutlich.

Die Vorlage war bereits im Vorfeld unbestritten, wodurch sich kein echter Abstimmungskampf ergab. Da sich das Parlament auf diesen Gegenvorschlag geeinigt hatte und die Initianten ihre Hausarzt-Initiative infolgedessen zurückzogen, war auch kein grösserer Widerstand zu erwarten. Im Gegenteil: einträchtig wurde verkündet, es gebe keinen Grund, den Gegenvorschlag abzulehnen. Ende Februar traten Gesundheitsminister Berset und der Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), Carlo Conti, vor die Medien und erörterten die Vorlage. Dabei unterstrich der Magistrat die Bedeutung einer qualitativ hochstehenden, medizinischen

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 09.02.2018
DIANE PORCELLANA

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.05.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Grundversorgung in allen Regionen der Schweiz. Conti erkannte im Rückzug der Initiative eine Verpflichtung für die Politik und verwies auf den für die Behörden wichtigen Masterplan Hausarztmedizin. Auch er erachtete den Ausbau der Grundversorgung angesichts der demografischen Alterung als besonders bedeutend. Der Masterplan Hausarztmedizin war 2012 lanciert worden und wurde vom Eidgenössischen Department des Innern (EDI), von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK), der Universitätskonferenz, dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) sowie den Ärztenverbänden und dem Initiativkomitee getragen. In ihm sind konkrete Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin verankert, deren Umsetzungen bereits eingeleitet sind. Der Masterplan sichert den Hausärzten zusätzliche Einnahmen von CHF 200 Mio.

Trotz guter Vorzeichen – in einer ersten, vom Sonntags-Blick durchgeführten Umfrage gaben 48% der Befragten an, den Gegenvorschlag annehmen zu wollen, nur 19% waren dagegen – versammelten sich Anfang April rund 300 Ärztinnen und Ärzte in Aarau zu einer Kundgebung. Sie wollten auf den mangelnden Nachwuchs im Hausarztbereich aufmerksam machen und gleichzeitig für die bevorstehende Abstimmung werben. In den Trendumfragen der SRG wurden dem Anliegen ebenfalls gute Vorzeichen attestiert. In der ersten Welle waren 66% der Befragten dafür, in der zweiten Welle waren es gar 71%.

Immer wieder gegen den Verfassungsartikel äusserte sich indes der Zürcher SVP-Nationalrat Toni Bortoluzzi. Er kritisierte, dass der vorgeschlagene Artikel falsche Signale aussende: Es sei nicht Sache des Bundes, eine bestimmte Berufsgruppe attraktiv zu machen. Gleichwohl wurde von der Volkspartei selber vorerst keine Gegenkampagne geführt. Erst am 8. Mai, also nur zehn Tage vor der Abstimmung setzte sich ein Gegnerkomitee zusammen, in dem Bortoluzzi federführend war. Das Komitee warnte vor dem „entscheidenden Schritt zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens“. Dem Komitee schlossen sich einige SVP-Politiker und etwa 20 Ärzte an. Tatsächlich hatte die SVP als einzige Partei die Nein-Parole ausgegeben. Wichtigstes Argument blieb, dass es keines Verfassungsartikels bedürfe, um die Grundversorgung sicherzustellen. Aus Kreisen des Gegnerkomitees wurde gar vor einer „Mogelpackung“ gewarnt: Man befürchte, dass die freie Arztwahl und der direkte Zugang zum Hausarzt nicht mehr gewährleistet seien.

Dieses Aufbäumen konnte den deutlichen Abstimmungserfolg jedoch nicht schmälern. Die zustimmenden 88% (Stimmbeteiligung: 55,8%) waren ein deutliches Zeichen. Entsprechend zufrieden zeigten sich die Befürworter. Der Volksentscheid hatte allerdings unerwartete Folgen: Andere Leistungserbringer, wie beispielsweise die Spitäler, meldeten nun auch entsprechende Begehrlichkeiten an und forderten eine Gleichbehandlung aller Ärzte. Der Spitalverband H+ teilte in einer Medienorientierung mit, dass die ambulanten und stationären Dienstleistungen der Spitäler ebenfalls zu den „tragenden Säulen der ärztlichen Grundversorgung“ gehörten. Ebenso könnten andere Berufsgruppen, wie Apotheker oder Physiotherapeuten solche Forderungen stellen. Entsprechend besorgt zeigte sich der Präsident des Pro-Komitees, Peter Tschudi, dem diese „Trittbrettfahrer“ ein Dorn im Auge waren. Seiner Auffassung nach sind die Spitäler keineswegs als Teil der Grundversorgung zu verstehen.

Abstimmung vom 18. Mai 2014

Beteiligung: 55,85%
Ja: 2 480 870 (88,1%)
Nein: 336 196 (11,9%)

Parolen:

– Ja: SP, CVP, FDP (2*), GPS (1*), BDP, GLP (*2), EVP; Travail.Suisse, FMH, H+, Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz, SGB.
– Nein: SVP (8*).

* In Klammer Anzahl abweichender Kantonalsektionen

Die Vox-Analyse im Nachgang der Abstimmung führte zu Tage, dass die Hausarztvorlage recht deutlich im Schatten der anderen, an diesem Tag behandelten Vorlagen (Gripen, Pädophilie und Mindestlohn), stand. So wusste ein Drittel der Befragten nicht, worum es bei dieser Vorlage gegangen war. Wichtigste Motive der Ja-Stimmenden waren die Förderung der Hausärzte und die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung. Es wurde jedoch auch ein grosses Regierungsvertrauen festgestellt: 92% der Befragten,

die dem Bundesrat grundsätzlich vertrauen, hatten hier Ja gestimmt. Als wichtigstes Nein-Argument wurde die „last-minute-Kritik“ des Gegenkomitees ermittelt, nämlich eine Ablehnung der Verstaatlichung. Dass das gegenwärtige System funktioniere und dass Hausärzte nicht bevorzugt werden sollen waren weitere, häufig genannte Gründe der Gegner.³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 07.06.2017

MAXIMILIAN SCHUBIGER

Der Ständerat hatte einen Beschluss im Sinne der Kantone gefasst, jedoch war die Differenzbereinigung in Sachen **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** damit noch nicht abgeschlossen. Von Beginn weg war klar, dass der Nationalrat wieder Differenzen offen lassen würde; zur Debatte standen ein Antrag der SGK-NR, den man als «Festhalten, aber..» bezeichnen könnte, sowie ein Minderheitsantrag Heim (sp, SO) auf Festhalten am ursprünglichen Beschluss des Nationalrates.

Die Kommissionsmehrheit wollte den umstrittenen Passus um einen neuen Satz ergänzen. Demnach soll der Standortkanton der Leistungserbringenden nach wie vor die Rahmenbedingungen für die Restfinanzierung festlegen; neu war jedoch, dass gegebenenfalls anderslautende Bedingungen in interkantonalen Vereinbarungen definiert werden können. Damit liege das finanzielle Risiko zwar noch immer bei den Wohnsitzkantonen, jedoch könnten bilaterale Verträge den Unsicherheiten Abhilfe schaffen, erklärte die Kommission. Die Version des Ständerats sei hingegen nicht tragbar, weil damit Patientinnen und Patienten möglicherweise umziehen müssten, falls in ihrem Heimatkanton wieder Plätze in Pflegeheimen frei würden. Barbara Schmid-Federer (cvp, ZH) sah im neuen Vorschlag eine neue Kompromisslösung und verkaufte ihn als Schritt auf den Ständerat zu.

Bea Heim eröffnete die Debatte im Nationalrat in der Sommersession 2017 und unterstrich dabei die Bedeutung des Geschäftes. Man müsse sich um die Interessen der Pflegebedürftigen kümmern und nicht um jene der Kantone. Sie erinnerte an die Abstimmung nach der ersten nationalrätlichen Debatte, die mit 165 Stimmen einstimmig eine Lösung hervorgebracht hatte, in der eine freie Wahl des Pflegeheims festgelegt wurde. Dies sei einer freien Wohnsitzwahl auch im pflegebedürftigen Alter gleichzusetzen, erklärte sie. Faktisch, so Heim weiter, bliebe es mit dem ständerätlichen Vorschlag bei der Situation, dass nur wohlhabende Personen die Möglichkeit hätten, in ein ausserkantonaes Pflegeheim zu ziehen, beispielsweise um in der Nähe ihrer Angehörigen zu sein. Das Finanzierungsrisiko bliebe so bei den Patientinnen und Patienten. Gesundheitsminister Berset gab in der Debatte zu Protokoll, dass die Regierung die Variante des Ständerats bevorzuge. Für die Kommission äusserte sich abschliessend Ruth Humbel (cvp, AG), die verdeutlichte, dass die ständerätliche Lösung analog jener bei den Ergänzungsleistungen im Sinne einer freien Wahl des Pflegeheims durch die Pflegebedürftigen nicht zielführend sei. In der Folge zog das Plenum den Vorschlag der SGK-NR dem Minderheitsantrag Heim auf Festhalten an der ursprünglichen Version des Nationalrats mit 132 zu 51 Stimmen (bei einer Enthaltung) vor.⁴

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

Die im Vorjahr lancierte **Volksinitiative „für eine öffentliche Krankenkasse“** ist im Frühling des Berichtsjahrs zustande gekommen und provozierte ein breites Medienecho. Unter anderem wurde der Vorwurf laut, die frühe Einreichung der Unterschriften sei ein Mittel im Abstimmungskampf gegen die Managed-Care-Vorlage, der die Mehrheit des Initiativkomitees kritisch gegenüberstand. Auf die politische Agenda gelangte das Thema auch nach der Ablehnung von Managed Care am 17. Juni, als eine Debatte zu möglichen Alternativen in Gang kam. Alain Berset, der sich bei der Frage nach einer Einheitskrankenkasse in seiner Rolle als Gesundheitsminister gegen die eigene Partei stellen musste, regte einen indirekten Gegenvorschlag an und schlug einen verbesserten Risikoausgleich, eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung sowie die Einrichtung eines Ausgleichsfonds für chronisch Kranke und andere besonders kostenintensive Patienten vor. Letzteres war bereits im Vorjahr aufgrund zweier Postulate im Nationalrat diskutiert worden. Insgesamt sollte aus den drei Vorschlägen eine Reduktion der Prämienunterschiede resultieren. Die bürgerlichen Parteien sprachen sich bereits gegen Initiative und Gegenvorschlag aus, dem Initiativkomitee und der SP erschien der Gegenvorschlag als zu wenig stichhaltig. Die Krankenkassenverbände zeigten sich gegenüber einem verfeinerten Risikoausgleich offen, äusserten sich aber kritisch gegenüber den beiden anderen Punkten. Der Gegenvorschlag wird voraussichtlich 2013 in die Vernehmlassung gehen. In der

VOLKSINITIATIVE

DATUM: 19.06.2012

FLAVIA CARONI

Wintersession reichte ein in beiden Räten breit abgestütztes bürgerliches Komitee eine Motion Schwaller (cvp, FR) ein, welche eine rasche Volksabstimmung über die Initiative ohne Gegenvorschlag fordert. Die Motion wurde im Berichtsjahr von den Räten noch nicht behandelt.⁵

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 22.03.2014
FLAVIA CARONI

Die **politischen Kampagnen** zur Abstimmung über die Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ vom 28. September 2014 begannen schon bald nach der parlamentarischen Beratung in der Frühjahrsession und zogen sich mit grosser Intensität bis zum Abstimmungstermin hin. Die Argumentationslinien verliefen entlang denen in den Räten, wobei sich medial die häufige Beschäftigung der Bevölkerung mit dem Thema in ihrem Alltagsleben und gleichzeitig ein grosser Bedarf nach Faktenwissen abzeichneten. Zahllose Politikerinnen, Gesundheitsexperten, Kadermitglieder der Kassen und Journalistinnen äusserten sich in Interviews, Podien und Kolumnen. Auffallend stark mobilisierte das Thema in der Romandie, die sich bei Volksinitiativen mit ähnlichen Forderungen in der Vergangenheit bereits offener für einen Systemwechsel gezeigt hatte als die Deutschschweiz. Verschiedene Details gaben Anlass zu Diskussionen. So ortete zu Beginn der Kampagne das Gutachten eines St. Galler Rechtsprofessors, in Auftrag gegeben von der Initiativgegnerschaft, einen Fehler im Initiativtext: Da der Text kantonal einheitliche Prämien verlange, wären in Zukunft keine Rabatte für junge Erwachsene und insbesondere keine Kinderprämien mehr möglich. Auch Rabatte bei Hausarzt- oder Telemedizin-Modellen und bei hohen Franchisen wären laut dem Gutachten nicht mehr erlaubt. Die Initianten widersprachen: Es sei zu einer Unklarheit aufgrund ungenauer Übersetzung des ursprünglich in französischer Sprache eingereichten Initiativtexts durch die Bundeskanzlei gekommen. Bei genauer Übersetzung müsse es heissen: „Für jeden Kanton wird eine Prämie festgelegt“, während in der geltenden Übersetzung von einer „einheitlichen“ Prämie die Rede ist. Auch die Höhe der durch die öffentliche Kasse realisierbaren Einsparungen sorgte für Diskussionsstoff. Während die Befürworter von einer Milliarde – mittel- bis langfristig gar von drei Milliarden – sprachen, hielten die Gegner dagegen, man könne höchstens von CHF 350 Mio. an Einsparungen im administrativen Bereich ausgehen, viel wahrscheinlicher jedoch von nur CHF 100 Mio. Bereits im Frühling 2013 hatte sich das Gegner-Komitee „Alliance Santé“ konstituiert, dem rund 100 Parlamentsmitglieder, Vertreter der Leistungserbringer, die beiden grossen Krankenversichererverbände Santésuisse und Curafutura, Patienten- und Konsumentenschutzverbände, der Versicherungs-, der Gewerbe- und der Bauernverband sowie der Pharmaverband Interpharma angehörten. Zwischen Juni und August 2014 formten sich zudem diverse kantonale Komitees. Die Ärzteschaft, der in Abstimmungen zum Gesundheitswesen ein grosser Einfluss zugeschrieben wird, bildete einen Spezialfall: Einige Verbände, unter ihnen der Verband der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, schlossen sich dem Ja-Komitee an, da sie sich von der Einheitskasse eine Minderung des eigenen administrativen Aufwands, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten und eine bessere Koordination der Behandlungen erhofften. Andere, darunter der Spitalverband H+, befürchteten ein Staatsmonopol in der Medizin mit allfälliger Leistungsrationierung und schlossen sich dem Nein-Lager an. Der Dachverband FMH beschloss aufgrund der internen Divergenzen schliesslich Stimmfreigabe. Seitens der Parteien beschlossen nebst der SP die Grünen, die EVP und die CSP die Ja-Parole, alle anderen grossen Parteien sprachen sich für ein Nein aus. Travail.Suisse schloss sich dem Ja-Lager an. Einige Aufmerksamkeit erhielt die schwierige Rolle des Gesundheitsministers Berset, der im Abstimmungskampf das Nein des Bundesrates zur Initiative seiner eigenen Partei vertreten musste – eine Rolle, die er dem allgemeinen Tenor nach gut erfüllte. Deutlich umstrittener war die Rolle der Krankenversicherer im Abstimmungskampf. Durch ihre Verbände waren sie im Nein-Komitee vertreten und steuerten drei der fünf Millionen Franken zum Kampagnenbudget bei, viele engagierten sich aber auch direkt gegen die Volksinitiative. Bereits früh publizierten diverse Kassen in ihren auflagenstarken Kundenmagazinen Artikel gegen die öffentliche Krankenkasse oder boten in Interviews prominenten Mitgliedern des Nein-Lagers eine Plattform. Vom Initiativkomitee ernteten die Kassen damit umgehend Kritik: Sie würden das Gebot der objektiven, verhältnismässigen und zurückhaltenden Information krass verletzen, das für sie als mit öffentlichen Bundesaufgaben betraute Organe in gleicher Weise wie für staatliche Behörden gelte. Die Kassen hielten dagegen, sie würden auch befürwortenden Stimmen Platz in ihren Publikationen einräumen; zudem würden sie das Geschäft durch und durch kennen und hätten damit die Pflicht, über die Konsequenzen der Initiative zu informieren. Im Juli wurde im Kanton Bern eine Abstimmungsbeschwerde gegen sieben Kassen beim Regierungsrat eingereicht; diese hätten durch ihre nicht objektive und unsachliche Information in ihren Publikationen die Abstimmungsfreiheit verletzt. Der Beschwerdeführer wurde von der SP juristisch unterstützt. Wenige Tage darauf folgten

Abstimmungsbeschwerden in den Kantonen Waadt, Genf, Basel-Stadt und Tessin. Allerdings stellte sich schnell heraus, dass die kantonalen Behörden nicht zuständig sind: Da die Beanstandungen kantonsübergreifende Aspekte betreffen, führe der Rechtsmittelweg direkt ans Bundesgericht, so die jeweiligen Antworten. Das daraufhin mit zwei Stimmrechtsbeschwerden angerufene oberste Gericht stellte knapp drei Wochen vor der Abstimmung fest, die Krankenkassen seien bei der vorliegenden Abstimmung nicht zur sonst erforderlichen Neutralität verpflichtet, da die Vorlage sie in qualifizierter Weise betreffe. Eine sachliche Argumentation und Zurückhaltung beim Einsatz von Werbemitteln und finanziellen Ressourcen könnten dennoch erwartet werden. Das Gericht zweifelte diese Sachlichkeit bei einzelnen Publikationen zwar an. Es führte aber aus, da der Abstimmungskampf intensiv geführt werde und auch das Ja-Lager ausreichend zu Wort käme, würden die Äusserungen der Krankenkassen das Abstimmungsergebnis nicht wesentlich beeinflussen. Auf diverse Punkte der Beschwerden war das Gericht gar nicht eingetreten, da diese als nicht ausreichend begründet angesehen wurden.⁶

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 15.03.2015
FLAVIA CARONI

Über 10 Milliarden Franken an Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen im ambulanten Bereich in Arztpraxen und Spitälern jährlich an, was 37% der Gesamtkosten entspricht (Stand 2013). Seit dem Jahr 2004 werden die entsprechenden Leistungen mithilfe des **Tarmed** berechnet. Dabei werden ärztlichen Leistungen und dem Einsatz von medizinischem Material eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeschrieben. Die Anzahl Taxpunkte multipliziert mit dem kantonalen Taxpunktwert ergibt die verrechenbaren Preise. Ausgehandelt werden die Taxpunktwerte zwischen den Krankenversicherern und einer Tarifkommission der Unfallversicherung einerseits und der Ärzteverbindung FMH und dem Spitalverband H+ andererseits. Kann keine Einigung erzielt werden, wird der Taxpunktwert durch den jeweiligen Regierungsrat festgesetzt. Der Bund hat eine Schiedsrichterrolle. Bereits seit längerer Zeit stand fest, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts, der manche durch Apparate gestützte Leistungen stark vereinfacht hatte, die geltende Tarmed-Struktur veraltet ist. Manche Gruppen von Leistungserbringenden, darunter viele Fachärzte und -ärztinnen, verdienen daher zu viel, andere, insbesondere Kinder- und Hausärzte, zu wenig. Dies trägt zu den hohen Kosten im Zusammenhang mit Spezialärztinnen bei gleichzeitigem Hausärztemangel bei.

Im März 2015 gründeten die FMH, die Medizinaltarifkommission der Unfallversicherung MTK, Curafutura und H+ die „TARMED Suisse AG“, um die sich in Liquidation befindende Tarmed Suisse abzulösen und eine neue Tarifstruktur zu erarbeiten, welche per Anfang 2017 in Kraft treten soll. Damit sollten seit längerer Zeit herrschende Konflikte zwischen den Tarifpartnern gelöst werden. Der grössere der beiden Krankenversichererverbände, Santésuisse, beteiligte sich allerdings nicht an der neuen Firma, da man befürchte, die Tarmend-Revision werde zu einem Kostenschub im Rahmen von CHF 1,5 Mrd. oder fünf Prämienprozenten führen. Dies könne den Versicherten nicht zugemutet werden. Die an der TARMED Suisse AG beteiligten Partner betonten dagegen, die Revision werde kostenneutral ausfallen und Santésuisse sei eingeladen, sich an den Arbeiten zu beteiligen. Auch der Bundesrat betonte im Juni 2015, die Revision müsse dauerhaft kostenneutral ausfallen. Zudem rief Bundesrat Berset den Akteuren in Erinnerung, die Bundesregierung werde lediglich eine einzige und nicht zwei parallele Tarifstrukturen billigen, und hinter der gefundenen Lösung müsse die Mehrheit jeder Branche stehen.⁷

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 01.04.2015
FLAVIA CARONI

Im September 2014 hatte das Parlament das Bundesgesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung verabschiedet. Daraufhin erarbeitete der Bundesrat einen Entwurf für eine **Ausführungsverordnung**, welche Innenminister Berset Anfang April 2015 in die Anhörung schickte. Sie dauerte bis zum 8. Juli 2015; das Inkrafttreten des neuen Aufsichtsgesetzes und der Ausführungsverordnung war auf den 1. Januar 2016 geplant. Zwar passierte die Anhörung grossmehrheitlich unterhalb des Medienradars – mit der Ausnahme der NZZ –, dennoch ergaben sich einige wichtige Kontroversen. Während die Anhörung noch lief, liessen die Versicherer via ihre Verbände bereits verlauten, der Verordnungsentwurf sei sehr bürokratisch und schiesse über das Ziel hinaus. Teuer, unsozial, gesetzeswidrig und unsolidarisch sei die geplante Umsetzung, hiess es bisweilen gar. Kritisiert wurde unter anderem, dass der Abbau übermässiger Reserven, welche aufgrund zu hoch angesetzter Prämien entstanden sind, im Gesetz als „kann“-Formulierung enthalten ist, während die Verordnung eine „muss“-Formulierung beinhaltet. Für eine Pflicht fehle jedoch die gesetzliche Grundlage. Da die Verordnung auch definiert, ab wann Reserven als „übermässig“ zu taxieren sind, würden damit de

facto Maximalreserven definiert, welche zudem für kleine Kassen zu tief angesetzt seien. Weiter kritisierten die Versicherer die weitreichenden Kontrollkompetenzen des BAG, die auch zu einem Mehraufwand bei den Kassen führen würden. Dieser rührt daher, dass bestimmte Transaktionen innerhalb einer Krankenversicherungsgruppe zwingend vorab dem Bundesamt zugestellt werden müssen (Transaktionsaufsicht). Mit etwas zeitlicher Verzögerung stimmten auch die politischen Parteien in die Kritik ein. Mitte Juni reichten die Nationalräte Frehner (svp, BS) und Stolz (fdp, BS) zwei Motionen (Frehner: 15.3711; Stolz 15.3690) zum Thema ein. Die Motion Frehner forderte den Bundesrat auf, die Inkraftsetzung des Aufsichtsgesetzes vorerst auszusetzen und es so anzupassen, dass eine wirksame Steuerung der obligatorischen Krankenversicherung resultiert, die den regulierten Wettbewerb fördert und die staatliche Aufsicht reduziert, verhältnismässig ist und die unternehmerische Freiheit wahrt. Die Motion Stolz verlangte vom Bundesrat, den Entwurf zur Krankenversicherungsaufsichtsverordnung grundlegend zu überarbeiten und die nach Ansicht des Motionärs gesetzeswidrigen und unverhältnismässigen Bestimmungen zu korrigieren. Unterscriben hatten beide Vorstösse Vertreterinnen und Vertreter aus den Reihen der SVP, der FDP, der CVP-EVP, der GLP und der BDP, im Falle der Motion Frehner aber auch Nationalrätin Gilli (SG) von der grünen Partei. Die Ärztin kritisierte, der Bundesrat habe die Grenzen des Handlungsspielraumes im Umgang mit Gesetz und Ausführungsverordnung überschritten. Gestützt wurde diese Aussage durch ein für Santésuisse erstelltes Rechtsgutachten der Universität Zürich, das gleich bei mehreren Bestimmungen eine fehlende gesetzliche Grundlage feststellte. Angesichts des geballten Widerstandes der bürgerlichen Parteien legte jedoch sogar die ebenfalls bürgerliche Neue Zürcher Zeitung den Verdacht nahe, dass das Parlament das Aufsichtsgesetz primär aus taktischen Gründen im Hinblick auf die kurz nach den Beratungen stattfindende Abstimmung über die Volksinitiative für eine soziale Einheitskasse unterstützt hatten. Nun warfen sie SP-Bundesrat Berset vor, die Einheitskasse durch die „Hintertür“ doch noch einführen zu wollen. Im August 2015 präsentierte der Versichererverband Curafutura ein Rechtsgutachten eines Professors aus Zürich und St. Gallen, das den Entwurf zur Ausführungsverordnung als schlecht geschrieben, überregulierend und unzulässig geisselte. Der Verband, dem vier grosse Krankenkassen angehören, kündigte an, im Falle der unveränderten Verabschiedung der Verordnung den Rechtsweg zu beschreiten und letztendlich ein Bundesgerichtsurteil über das Vorhandensein einer gesetzlichen Grundlage für die umstrittenen Bestimmungen zu erzwingen. Dies betrifft insbesondere die Datensammlung durch das BAG und die Mitsprache des Amtes bei operativen Entscheidungen.⁸

1) LZ, SGT, 15.3.17; AZ, 16.3.17; TA, 8.5.17; SoZ, 14.5.17; TG, 15.5.17; BaZ, 27.5.17; SGT, 6.6.17; Blick, 16.6.17; SGT, 17.6.17; LZ, 23.6.17; LT, 30.6.17; So-Bli, 16.7.17; LZ, 6.9.17; NZZ, 12.9.17; CdT, Lib, TG, 4.10.17; WW, 26.10.17; So-Bli, 10.12.17

2) 24H, 29.1.18; LT, 8.2.18; LT,30.1.18; RTS, 29.1.18; RTS, 4.2.18; SGT, 23.2.18

3) Lit. Longchamp et al.; Medienmitteilung H+ vom 20.05.14; lit. Bürgisser et al.; NZZ, 25.2.14; NZZ, 20.3.14; So-Bli, 23.3.14; AZ, NZZ, 2.4.14; AZ, 3.4.14; NZZ, 9.4.14; BZ, 24.4.14; NZZ, 8.5., 17.5.14; AZ, NZZ, 19.5.14

4) AB NR, 2017, S. 930 ff.

5) BBl, 2012, S. 6631 f.; NZZ, 23.5., 28.8. und 4.9.12; TA, 28.8. und 15.12.12; BAZ, 11.10.12; Mo, 12.4.277; AB SR, 2013, S. 218 ff.

6) LZ, 5.07.14; SO, 2.3.14; NZZ, 22.3.14; SO, 23.3.14; BZ, 9.5.14; BaZ, NZZ, 24.5.14; NZZ, 30.6.14; Lib, 1.7.14; NZZ, 10.7.14; BZ, 21.7.14; 24H, 23.7.14; NZZ, 29.7.14; CdT, 9.8.14; NZZ, 10.9.14; TA, 15.9.14

7) AZ, 23.3.15; NZZ, 27.3.15; TG, 28.8.15

8) NZZ, 13.5., 8.6., 19.6., 9.7.15; AZ, NZZ, 25.8.15; NZZ, 17.9.15