

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	19.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Gesundheitspolitik
Akteure	Keine Einschränkung
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2023

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Gesundheitspolitik, 1989 – 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.
www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 19.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	1

Abkürzungsverzeichnis

SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
HMO	Health Maintenance Organization

CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
DFI	Département fédéral de l'intérieur
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
HMO	Health Maintenance Organization

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 27.06.1989
MARIANNE BENTELI

Ziemlich überraschend schickte das BSV im Juni das bereits bewilligte Gesundheitskassenmodell **HMO** (Health Maintenance Organization) und das bedeutend umstrittenere, von der Krankenkasse Grütli vorgeschlagene **Bonussystem** in eine breite Vernehmlassung. Während die probeweise Einrichtung von HMO-Praxen in den Kantonen und bei den Parteien allgemein auf ein eher positives Echo stiess, lehnten viele Kantone, die SVP, die SP, die Gewerkschaften und die Invalidenverbände das Bonussystem zum Teil vehement ab, da es zu einer krassen Entsolidarisierung im Kassenwesen führe. FDP und CVP konnten sich mit einem befristeten Versuch unter gewissen Bedingungen einverstanden erklären, forderten aber dessen wissenschaftliche Begleitung. Die meisten Krankenkassen – mit Ausnahme der Helvetia, die sich dem Grütli-Modell angeschlossen hat – zeigten wenig Begeisterung, erklärten aber, bei Einführung des Versuchs aus Konkurrenzgründen ebenfalls Bonus-Versicherungen anbieten zu wollen. Ende Dezember beschloss der Bundesrat, die beiden Modelle versuchsweise bis Ende 1995 zuzulassen. Am 01.01.1990 wurde in Zürich die erste HMO-Praxis eröffnet, weitere Praxen sind in Basel, Bern und Lausanne geplant. Das Bonus-System soll ab dem 01.07.1990 erlaubt werden.¹

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 04.12.1990
MARIANNE BENTELI

Im Sinn **weitergehender Massnahmen zur Kosteneindämmung** setzte der Bundesrat im Dezember die Jahresfranchise für Versicherte auf neu 150 Fr. fest, die traditionelle Quartalsfranchise von zuletzt 50 Fr. wurde abgeschafft, der Selbstbehalt von 10% des die Franchise übersteigenden Betrags beibehalten. Im Bereich der Kollektivversicherungen verfügte er, dass die Versicherten auch bei alters- oder invaliditätsbedingtem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben sowie bei Arbeitslosigkeit weiterhin mit ihren Familienangehörigen dem Kollektivvertrag angehören können. Weiter wurden die Beitragsunterschiede zwischen den einzelnen Regionalstufen und den Eintrittsaltersgruppen gleichmässiger auf alle Versicherten einer Kasse verteilt und festgehalten, dass die Prämien der Kollektivversicherung die Minimalprämien der Einzelversicherung nicht unterschreiten dürfen.²

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 01.10.1991
MARIANNE BENTELI

Wirksame Mittel zur Kostendämpfung und ein sozial gerechteres Gesundheitssystem verspricht sich der Bundesrat vor allem von der **Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes**. Da die Beratung dieser Vorlage noch einige Zeit in Anspruch nehmen dürfte, die jedes Jahr massiv ansteigenden Krankenkassenprämien aber für viele Haushaltungen zu einer fast untragbaren Belastung geworden sind, und – so lauteten zumindest die Vermutungen – um der von den Krankenkassen lancierten und im Frühjahr 1992 zur Abstimmung gelangenden Volksinitiative "für eine finanziell tragbare Krankenversicherung", die bedeutend höhere Subventionen des Bundes im Gesundheitswesen verlangt, den Wind aus den Segeln zu nehmen, entschloss sich der Bundesrat, dem Parlament für die gravierendsten Probleme der Krankenversicherung eine Übergangslösung vorzuschlagen.

Im Oktober stellte das EDI einen **Vorentwurf für einen dringlichen Bundesbeschluss** vor. Durch ein **Verbot der Neugründung von sogenannten "Billigkassen"**, die in erster Linie Junge und sogenannte "gute Risiken" anwerben und damit den traditionellen Kassen finanzielle Substanz entziehen, will man der zunehmenden Entsolidarisierung entgegenwirken. Der Kostenspirale soll durch eine **Plafonierung der Tarife und Prämien** begegnet werden: Erhöhungen bei den Prämien der Grundversicherung und den Tarifen und Preisen für Arztleistungen, Spitalaufenthalte und Medikamente sollten nicht mehr als 125% der nominalen Lohnerhöhungen des Vorjahres betragen dürfen. Verschiedene Ausnahmen waren allerdings vorgesehen, so etwa für Kollektivversicherungen – deren Prämien die Minimalprämien der Einzelversicherungen nicht mehr unterschreiten dürfen – sowie bei ungenügenden Reserverdeckungen. Rund 100 Mio. Fr. zusätzliche Bundessubventionen sollen die Prämienlast einkommensschwacher Versicherter erleichtern helfen, allerdings nur unter der Bedingung, dass auch die Kantone – je nach ihrer Finanzkraft – Beiträge leisten.³

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 05.12.1991
MARIANNE BENTELI

Vom Ständerat wurde bedeutend mehr Widerstand erwartet, da hier die Opposition der Kantone, die eine Verlagerung der Kosten zu ihren Ungunsten befürchteten, mehr ins Gewicht fallen würde. Und tatsächlich fiel das Verdikt der kleinen Kammer eindeutig aus. Während sie den Massnahmen gegen die Entsolidarisierung und den Bundessubventionen deutlich zustimmte, lehnte sie die Plafonierung der Preise, Tarife und Prämien ebenso klar ab. Die Plafonierung wurde mit 35:6 Stimmen abgelehnt: dafür stimmten nur Onken (TG) und Piller (FR) von der SP, Delalay (VS) und Roth (JU) von der CVP sowie Salvioni (TI) und Flückiger (JU) von der FDP.⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 12.12.1991
MARIANNE BENTELI

Bei der **Differenzbereinigung im Nationalrat** warf Bundesrat Cotti noch einmal sein ganzes politisches Gewicht in die Waagschale – und setzte sich wider alle Erwartungen durch. Entgegen der Empfehlung der Mehrheit der vorberatenden Kommission schloss sich die grosse Kammer nicht dem Ständerat an, sondern bekräftigte ihren ersten Entscheid mit ähnlichem Stimmenverhältnis wie zwei Wochen zuvor. Angesichts der Entschlossenheit des Nationalrates **nahm** daraufhin **der Ständerat den Gedanken des Vorlagensplittings wieder auf** und schlug vor, dem dringlichen Bundesbeschluss gegen die Entsolidarisierung (Beschluss A) sogleich zuzustimmen, den Bundesbeschluss über die **Kostendämpfung** (Beschluss B) aber an den Bundesrat zurückzuweisen, damit dieser erneut und eingehender die Kantone konsultieren könne; über diesen Teil des Beschlusses wollte die kleine Kammer dann in der Frühjahrsession beschliessen.⁵

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 28.09.1992
MARIANNE BENTELI

Der **Ständerat trat ohne Begeisterung auf die Vorlage ein**. Im Detail brachte er dann im Sinn von mehr Flexibilität und grösserer Opfersymmetrie einige nicht unwesentliche Korrekturen an. Oppositionslos wurden lediglich die gelockerten Tarifbeschränkungen im stationären Bereich angenommen. Im ambulanten Sektor gab die kleine Kammer vorerst einem Modell den Vorzug, welches im Gegensatz zum Vorschlag des Bundesrates bereits 1993 Tarifierhöhungen für jene Leistungserbringer zulassen wollte, welche seit 1990 keine Erhöhung des Taxpunktwertes vorgenommen haben. Durch einen Rückkommensantrag Coutau (lp, GE) in letzter Minute wurden die Ärzte dann noch milder behandelt: statt für den einjährigen Tarifstopp mit grosszügiger Ausnahmeregelung stimmte der Ständerat nun einer generellen Erhöhung der Preise und Tarife im ambulanten Sektor zu, es sei denn, die Kosten würden damit mehr als ein Drittel über die allgemeine Teuerung ansteigen. Ein Antrag Onken (sp, TG), die Krankenkassen zum Abschluss besonderer Tarifverträge mit kostengünstig arbeitenden Ärzten zu ermächtigen, wurde mit deutlichem Mehr abgelehnt. Die Plafonierung der kantonalen Richtprämien schliesslich wurde nur unter der Bedingung angenommen, dass das gesetzliche Minimum der Reserven der Kassen ausdrücklich garantiert bleibt.

Vermeehrt wollte die kleine Kammer hingegen die Patienten in die Pflicht nehmen. Gegen den erbitterten Widerstand von Onken (sp, TG) und Roth (cyp, JU), welche die ebenso entschiedene Unterstützung von Bundesrat Cotti fanden, führte der Rat eine **Franchise von 10 Fr. pro Tag für die stationäre Behandlung** ein. Unbestritten blieb dagegen die Beschränkung der Gesamtfranchise auf 500 Fr. im Jahr. Von der Kostenbeteiligung im Spital ausgenommen wurden auf Antrag Schmid (cyp, AI) neben den Kindern und den Chronischkranken auch die Frauen im Wochenbett. Keine Opposition erwuchs auch dem Kommissionsantrag, dass Krankenkassen in der Krankenpflege-Grundversicherung nur noch die Pflichtleistungen übernehmen müssen. Mit deutlichem Mehr beschränkte der Rat die Grundversicherung zudem auf Medikamente, die in der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste figurieren.⁶

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 07.10.1992
MARIANNE BENTELI

Anders als in der kleinen Kammer war im Nationalrat das Eintreten nicht unbestritten, doch wurde ein Rückweisungsantrag Rychen (svp, BE), welcher die Unterstützung der AP und eines Teiles der FDP fand, deutlich abgelehnt. In der Detailberatung standen sich bei den Arztтарifen drei Anträge gegenüber. Rychen (svp, BE) wollte die Preise einfrieren, Allenspach (fdp, ZH) plädierte für den Beschluss des Ständerates, und die Kommissionsmehrheit sprach sich für den ursprünglichen Entscheid der kleinen Kammer aus. Dank einer Allianz aus SP, CVP, Grünen und SD setzte sich schliesslich dieser Tarifstopp mit Ausnahmen – von denen rund 40% der Ärzte profitieren können – mit einer Zweidrittelsmehrheit durch. Den Selbstbehalt für Spitalpatienten kippte der Nationalrat mit praktisch demselben Stimmenverhältnis aus der Vorlage. Dem Argument des Ständerates, dadurch werde das Kostenbewusstsein der Patienten geschärft, setzten die Gegner dieser Bestimmung die Behauptung gegenüber, hier gehe es nicht ums Sparen, sondern um das Abwälzen der Kosten auf die Schultern der Versicherten.

Ebenfalls nichts wissen wollte der Nationalrat vom Beschluss des Ständerates, nur noch die Kosten für Medikamente der Arznei- und Spezialitätenliste durch die Grundversicherung abzudecken. Er übernahm damit das Anliegen eines Antrags Plattner (sp, BS) im Ständerat, welcher vergebens darauf hingewiesen hatte, dass die in der Liste nicht aufgeführten Naturheilmittel nicht nur sanfter, sondern auch billiger seien. In den anderen Punkten (Tarife und Preise im stationären Bereich, Prämienplafonierung) schloss sich die grosse der kleinen Kammer an.⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 06.10.1993
MARIANNE BENTELI

Bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes entbrannte eine heftige Kontroverse um die **Stellung der Psychotherapeuten**. Der Ständerat wollte bei der heute geltenden Regelung bleiben, wonach Psychotherapeuten nur im Rahmen der Praxis eines Psychiaters Leistungen der sozialen Krankenversicherung erbringen dürfen. Der Nationalrat nahm eine liberalere Haltung ein. Auch er lehnte es ab, die Psychotherapeuten als eigenständige, unabhängige Leistungserbringer ins Gesetz aufzunehmen, hiess aber eine Bestimmung gut, wonach der Bundesrat sowohl die Zulassung der selbständig tätigen Psychotherapeuten wie auch die Ausbildungskriterien der von Ärzten angestellten Psychotherapeutinnen und -therapeuten regeln soll. Dies eröffnet nichtmedizinischen Psychotherapeuten die Möglichkeit, zwar nach wie vor nur auf Überweisung eines Arztes, aber in eigener Praxis kassenpflichtige Leistungen zu erbringen. Der Ständerat schloss sich in diesem Punkt dem Nationalrat an.⁸

KANTONALE POLITIK
DATUM: 23.11.1996
MARIANNE BENTELI

Das neue KVG verpflichtet die Kantone zur bedarfsgerechten **Spitalplanung** und zur Erstellung einer Liste mit jenen Spitälern, die künftig die Berechtigung erhalten, Patienten zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zu behandeln. Ende November stellte Zürich als erster grosser Kanton seine Spitalliste vor und gab diese in eine Vernehmlassung. Die Umsetzung dieser Vorschläge würde zu einem radikalen Reinemachen im Gesundheitswesen führen, soll doch bis ins Jahr 2005 in Zürich ein knappes Viertel der Akutbetten in den öffentlichen Spitälern verschwinden. Im Zeichen grösserer Effizienz durch Synergie will die Zürcher Gesundheitsdirektion im gleichen Zeitraum sechs Regionalspitäler schliessen oder zusammenlegen. Sie erhofft sich davon Einsparungen von 60 Mio. Fr. pro Jahr.⁹

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 30.06.1997
MARIANNE BENTELI

An ihrem Parteitag im Juni beschloss die **SP**, eine **Volksinitiative "für eine soziale Krankenversicherung"** zu lancieren. Eine Arbeitsgruppe unter dem Tessiner Arzt und Nationalrat Cavalli hatte dafür zwei Varianten vorbereitet. Gegen den abtretenden Parteipräsidenten Bodenmann setzte sich das moderatere, als mehrheitsfähiger erachtete Modell durch. Danach werden die individuellen Krankenkassenprämien je zur Hälfte über vier zusätzliche Mehrwertsteuerprozente sowie über einkommensabhängige Kopfprämien bezahlt und die Kinderprämien ganz abgeschafft. Zur Kostendämpfung sollten die Kompetenzen des Bundes im Gesundheitsbereich ausgebaut werden. Der Bundesrat soll verpflichtet werden, jährliche Globalbudgets zu erlassen, die pro Region und Sparte die Ausgaben für die obligatorische Krankenversicherung limitieren. Zudem soll er die Prämien festsetzen und die Spitzenmedizin sowie die Zulassung der Ärzte beschränken können.¹⁰

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 25.10.1997
MARIANNE BENTELI

Dieser Vorschlag stiess beim Schweizerischen Gewerkschaftsbund vorerst nicht auf grosse Begeisterung. Der SGB fürchtete vor allem, dass durch Globalbudgetierungen gerade jene Hausärzte getroffen würden, die eine relativ preiswerte Medizin anbieten. Im definitiven Text, den **SP und SGB** Ende Oktober mit dem Titel **"Gesundheit muss bezahlbar bleiben"** verabschiedeten, wurde die zentrale Steuerung durch den Bund etwas relativiert. Die Kantone sollen nach wie vor auch ihre eigenen Gesundheitsplanungen vornehmen können. Die einkommensabhängigen Prämien wurden ebenfalls noch einmal überarbeitet, um auch den Mittelstand zu entlasten. Rund 90% der Bevölkerung würden mehr oder weniger deutlich vom neuen Modell profitieren, während die restlichen 10% mit Prämien zu rechnen hätten, die einer verdeckten Reichtumssteuer gleichkommen würden. Mit der Verlagerung auf die Reichen konnte auch die zur Schliessung der Finanzierungslücke notwendige Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes auf 3,5% reduziert werden, was namentlich den Bedenken des SGB und der Romands Rechnung trug.¹¹

ANDERES
DATUM: 31.12.2000
MARIANNE BENTELI

Erwartungsgemäss fand die SP-Initiative bei der bürgerlichen Mehrheit **im Nationalrat keine Unterstützung**. SP-Fraktionschef Cavalli (TI) legte einleitend dar, dass es eine Illusion sei zu glauben, ein vom Angebot bestimmter Markt könne die Kosten nach wettbewerbpolitischen Grundsätzen regeln. Die Abkehr von den Kopfprämien würde zur **grössten finanziellen Entlastung** führen, die man in der Schweiz je **für Familien mit mittleren Einkommen** vorgeschlagen habe. Die Sprecher von FDP, CVP, SVP und LP widersprachen dem und rechneten vor, dass eine **Verlagerung auf die Mehrwertsteuer keineswegs sozial** sei. Im Gegenteil: Eine – gemäss Initiativtext nach oben offene – Erhöhung dieser Konsumsteuer treffe am härtesten junge Familien. Man gaulke einen Sinkflug der Prämien vor, tatsächlich aber würde der Bevölkerung das Geld via indirekte Steuern aus der Tasche gezogen, warnte der Aargauer CVP-Vertreter Zäch. Ins gleiche Horn stiess der Zürcher Freisinnige Gutzwiller. Nicht zentralistische Planwirtschaft führe zur Genesung des Krankenversicherungssystems, sondern die konsequente **Umsetzung wettbewerblicher Anreize**. Als prioritär erachtete er die umfassende Reform der Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Kassen und Leistungsanbietern und eine wirkungsorientierte Überprüfung der Grundversicherungsleistungen. Die **Initiative** wurde mit 91 gegen 55 Stimmen **deutlich abgelehnt**. Ein Antrag des Tessiner CVP-Vertreters Robbiani, die Vorlage zwecks Ausarbeitung eines indirekten Gegenvorschlags an die Kommission zurückzuweisen, der die Unterstützung von Bundesrätin Dreifuss fand, wurde ebenfalls – wenn auch bedeutend knapper – mit 79 zu 62 Stimmen verworfen.¹²

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 27.04.2016
FLAVIA CARONI

In der Frühlingssession 2016 beriet der Nationalrat die parlamentarische Initiative seiner Kommission für die **Verlängerung der Gültigkeit von Artikel 55a KVG** zur Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Kommission empfahl den Erlassentwurf einstimmig und ohne Enthaltung zur Annahme, und auch der Bundesrat sprach sich dafür aus. Entsprechend klar fiel der Entscheid aus: Nach den Positionsbezügen der Fraktionen wurde Eintreten ohne Gegenantrag beschlossen und die parlamentarische Initiative passierte mit 177 zu 7 Stimmen bei vier Enthaltungen. Auf eine gewisse Opposition traf sie lediglich bei der freisinnig-liberalen Fraktion.

In der Eintretensdebatte hatten die Kommissionssprecherin und der Kommissionssprecher ausgeführt, trotz dem früheren ablehnenden Entscheid des Rates bestehe ein Handlungsbedarf, was sich an diversen parlamentarischen Vorstössen und Standesinitiativen ablesen lasse. Die Vorlage führe nicht zu einem Zulassungsstopp, wie es gelegentlich dargestellt werde, sondern biete lediglich jenen Kantonen, die darauf angewiesen sind, ein Instrument für die Beschränkung der Zulassung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert haben, und solche, die mindestens drei Jahre lang an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsinstitution tätig waren, sind von der Beschränkung nicht betroffen. Die vorgesehenen drei Jahre der befristeten Regelung würden benötigt, um eine alternative Lösung im definitiven Recht zu verankern. Dafür soll eine Kommissionsmotion sorgen. Die Vertreterinnen der SP betonten die Wichtigkeit der Zulassungssteuerung und die Notwendigkeit eines Kompromisses, der BDP-Sprecher erklärte, die Beendigung der Stop-and-Go-Politik in dem Bereich sei wichtig genug, um die Verlängerung zu legitimieren. Auch der SVP-Vertreter beantragte Eintreten und Zustimmung, obwohl er die zu verlängernde Zulassungssteuerung als „wettbewerbs- und qualitätsfeindlich“ bezeichnete – es gelte, nach einer neuen, freiheitlichen Lösung für das Gesundheitssystem zu suchen und in der Zwischenzeit einen starken Zustrom ausländischer Ärztinnen und Ärzte mit einem entsprechenden Kostensprung zu vermeiden. Auf Seiten der freisinnig-liberalen Fraktion heisst es, eine Fraktionsminderheit werde den Vorstoss nicht unterstützen. Dies einerseits aus formalen Gründen: Das Vorgehen, kurz nach der Ablehnung einer Massnahme durch das Plenum eine sehr ähnliche wieder aufzugleisen, stosse auf Abneigung. Andererseits habe die Zulassungssteuerung keine positiven Auswirkungen und senke die Kosten nicht. Die Mehrheit der Fraktion gab jedoch an, aus gutem Willen gegenüber dem Bundesrat zuzustimmen. Der Sprecher der Grünliberalen schliesslich erklärte, seine Fraktion sei im Herzen gegen den Zulassungsstopp, begrüsse jedoch die Übergangslösung, um später erneut über eine Lockerung des Vertragszwangs diskutieren zu können.

Die Dringlichkeitsklausel, mit der das Bundesgesetz versehen werden soll, war vom Entscheid vorerst ausgeschlossen. Über sie wird erst vor der Schlussabstimmung nach einer allfälligen Differenzbereinigung zwischen den beiden Kammern entschieden.¹⁵

POSTULAT
DATUM: 29.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2019 forderte die grüne Fraktion vom Bundesrat einen Bericht zu **Möglichkeiten zur Verbesserung und Vereinheitlichung der Praxis der Prämienverbilligung in den Kantonen**. Das bei Einführung des KVG formulierte Ziel einer Prämienbelastung von maximal 8 Prozent des Einkommens werde heute klar verfehlt, betonte die Fraktion.

Der Bundesrat verwies auf den im März 2017 angenommenen Entwurf zur finanziellen Entlastung der Familien bei der Krankenversicherung, mit dem die Situation von Familien mit unteren und mittleren Einkommen verbessert werden sollte. Des Weiteren betonte er den engen Zusammenhang zwischen Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe, der den grossen Handlungsspielraum der Kantone in diesem Bereich rechtfertige. Dennoch halte auch er den starken Rückzug mehrerer Kantone in diesem Bereich – zehn Kantone finanzierten 2016 weniger als einen Drittel, elf Kantone weniger als die Hälfte der Prämienverbilligungsbeiträge – für problematisch. Deshalb erklärte er sich bereit, einen entsprechenden Bericht, der auch das Postulat Humbel (cvp, AG; Po. 17.3880) aufnehmen und den Bericht zur Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen berücksichtigen sollte, zu verfassen.

In der Wintersession 2017 bekämpfte Verena Herzog (svp, TG) das Postulat, das folglich in der Frühjahrsession 2018 vom Nationalrat behandelt wurde. Dabei verzichtete die Thurgauerin auf eine Stellungnahme. Der Bundesrat lud die Nationalrätinnen und Nationalräte nochmals dazu ein, das Postulat anzunehmen, zumal der Rat in der Wintersession 2017 bereits die für den Bundesrat inhaltlich nahezu identische Motion Humbel angenommen habe. Bei 96 zu 84 Stimmen (bei 1 Enthaltung) führten die geschlossen Nein-stimmenden SVP- und FDP-Fraktionen zur Ablehnung des Postulats der grünen Fraktion.¹⁴

MOTION
DATUM: 25.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

Noch während der Covid-19-Pandemie beantragten die Mitte-Fraktion im Nationalrat (Mo. 20.3263) und Erich Ettl (cvp, OW; Mo. 20.3282) im Ständerat in je einer identischen Motion, dass die Schweiz **Lehren aus der Covid-19-Pandemie für das Schweizer Gesundheitssystem ziehen** solle. Demnach solle der Bundesrat geeignete Massnahmen bezüglich der Beanspruchung der medizinischen Notfallversorgung aufzeigen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen forcieren, die Finanzierung indirekter, durch Einnahmeausfälle der Leistungserbringer entstehende Kosten der Pandemie regeln, wobei nicht die Prämienzahlenden dafür aufkommen sollten, sowie den Influenza-Pandemieplan überarbeiten. «Die Covid-19-Pandemie ist und war ein Stresstest für unser Gesundheitssystem», betonte die Fraktion. Sie habe verschiedene Defizite im Gesundheitswesen aufgezeigt, die nun angegangen werden müssten. Der Bundesrat empfahl die Motionen zur Annahme, er habe vor, die «Erfahrungen aus der aktuellen Pandemie in einem Bericht aufzuarbeiten», dabei werde er die Anliegen der Motionen umsetzen. Der Bericht könne aber erst nach Abschluss der Bewältigung der Pandemie erstellt werden. Stillschweigend nahmen National- und Ständerat die jeweiligen in ihrem Rat eingereichten Motionen im September 2020 an.¹⁵

MOTION
DATUM: 08.03.2021
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrsession 2021 nahm nach dem Nationalrat auch der **Ständerat** die Motion der Mitte-Fraktion stillschweigend an, wonach **Lehren aus der Covid-19-Pandemie für das Schweizer Gesundheitssystem** gezogen werden sollen. Zuvor hatte sich auch die SGK-SR einstimmig für die Motion ausgesprochen.¹⁶

1) BZ, 27.6.89; Bund, 23.2.89.; Presse vom 21.12.89; Bund, 4.1.90.; TA, 20.10.89; Bund, 11.11.89

2) AS, 1991, S. 17 ff. und 606 ff.; Bund und NZZ, 4.12.90; TA, 31.12.90.

3) Presse vom 1.10. und 9.10.91; BZ, 4.3.91; LNN, 28.3.91

4) Amtl. Bull. StR, 1991, S. 1000 ff.

5) Amtl. Bull. NR, 1991, S. 2358 ff.; Amtl. Bull. StR, 1991, S. 1082 ff.

6) Amtl. Bull. StR, 1992, S. 840 ff. und 856 ff.; Presse vom 25.9. und 29.9.92.

7) Amtl. Bull. NR, 1992, S. 1961 ff, 1988 ff., 2001 ff.; Presse vom 3.10., 7.10. und 8.10.92.

8) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1852 ff.; Amtl. Bull. StR, 1993, S. 1063 ff., Amtl. Bull. StR, 1993, S. 741 ff.

9) Presse vom 23.11.96. Vgl. K. Müller, "Bedarfsgerechte Spitalversorgung - Voraussetzungen und Kriterien zur Erfüllung des KVG", in CHSS, 1996, Nr. 4, S. 205 ff.; P. Atteslander, "Der Patient als Ware. Medizin im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen", in NZZ, 1.3.96.; L'Hebdo, 9.5.96 und Ww, 4.7.96

10) Presse vom 30.6.97.

11) BBl, 1997, IV, S. 1424 ff.; Presse vom 25.10.97.

12) AB NR, 2000, S. 1501ff.; AB NR, 2000, S. 1507ff.; AB NR, 2000, S. 1547ff.

13) AB NR, 2016, S. 683 ff.

14) AB NR, 2017, S. 2189; AB NR, 2018, S. 31

15) AB NR, 2020, S. 1891; AB SR, 2020, S. 927 f.

16) AB SR, 2021, S. 131 f.; Bericht SGK-SR vom 22.2.21