

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	23.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, Krankenversicherung
Akteure	Dittli, Josef (fdp/plr, UR) SR/CE, Bischof, Pirmin (cvp/pdc, SO) SR/CE, Rechsteiner, Paul (sp/ps, SG) SR/CE
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

Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, Krankenversicherung, 2013 – 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Sozialversicherungen	1
Ergänzungsleistungen (EL)	1
Krankenversicherung	3

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BFS	Bundesamt für Statistik
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EL	Ergänzungsleistungen
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
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
OFS	Office fédéral de la statistique
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
PC	Prestations complémentaires
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
RIP	Réduction individuelle de primes
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2018 behandelte der Ständerat die **Revision des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG)**. Für die SGK-SR erklärte Pirmin Bischof (cvp, SO), dass es sich dabei um eine «Klammergesetzgebung» handle, deren Regeln mit Ausnahme der beruflichen Vorsorge für alle Sozialversicherungszweige gelten würden. Das ATSG sei seit seiner Inkraftsetzung 2003 nicht überarbeitet worden, daher sollten nun diverse Revisionsanliegen umgesetzt werden. Ohne Gegenantrag trat die kleine Kammer auf die Vorlage ein. Die SGK-SR hatte sich bei ihren Behandlungen der Vorlage im Frühling und Sommer 2018 mehrheitlich zufrieden gezeigt und mit deutlichen 10 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) vor allem einen grösseren Änderungsantrag geschaffen: Die Bundesversammlung sollte nicht die Kompetenz erhalten, internationale Sozialversicherungsabkommen mit einem einfachen Bundesbeschluss genehmigen zu können. Kommissionssprecher Bischof erklärte, es spiele eben durchaus eine Rolle, ob ein Abkommen zum Beispiel mit Deutschland oder mit der Dominikanischen Republik abgeschlossen werde, da Bestimmungskategorien nicht in allen Staaten gleich beurteilt werden könnten. Deshalb reiche es für die Beurteilung eines Abkommens nicht aus, dass eine ähnliche Bestimmung in einem anderen Abkommen bereits existiere. Gesundheitsminister Berset wies insbesondere darauf hin, dass ein Verzicht auf diese Kompetenzübertragung nicht den Spielraum des Bundesrates, sondern des Parlaments einschränken würde. Stillschweigend folgte die kleine Kammer ihrer Kommission. Zudem entschied sich der Ständerat, den Versicherten nicht die vollständigen Kosten, die durch Überwachungen bei einem ungerechtfertigten Leistungsbezug entstanden sind, aufzuerlegen, sondern diese auf die «angemessenen Mehrkosten» zu beschränken. Daneben sorgte auch ein Minderheitsantrag Bruderer Wyss (sp, AG) für Diskussionen; mit diesem sollten die neu geschaffene Kostenpflicht bei den Verfahren gestrichen und Kosten wie bisher nur bei mutwilligem oder leichtsinnigem Verhalten einer Partei auferlegt werden. Im IV-Bereich, wo die Kostenpflicht bereits bestehe, habe diese zu einer stärkeren Belastung der Kantone geführt, erklärte die Minderheitsführerin dem Rat. So habe die Anzahl «aussichtsloser» Beschwerden nicht ab-, die Anzahl Gesuche um Gewährung einer unentgeltlichen Prozessführung jedoch zugenommen. Dennoch folgte der Ständerat dem Mehrheitsantrag auf Zustimmung zum bundesrätlichen Entwurf mit 29 zu 14 Stimmen. In der Gesamtabstimmung nahm der Ständerat die Revision des ATSG schliesslich ohne Gegenstimme mit 38 Stimmen und 2 Enthaltungen an.¹

Ergänzungsleistungen (EL)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 31.05.2017
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2017 behandelte der **Ständerat als Erstrat die Reform der Ergänzungsleistungen**. Gemäss Konrad Graber (cvp, LU) waren die Hauptziele der Reform die Optimierung des Systems, die Verwendung von Eigenmitteln für die Altersvorsorge sowie die Reduktion der Schwelleneffekte. Dies alles solle so umgesetzt werden, dass das Niveau der Ergänzungsleistungen grundsätzlich erhalten bleibe. Da jedoch die EL-Ausgaben sowie der Anteil des Bundes gegenüber demjenigen der Kantone stark angestiegen seien, müsse hier Gegensteuer gegeben werden. Weil die Ergänzungsleistungen die Schnittstelle zwischen AHV und Sozialhilfe darstellen, müssten aber die Auswirkungen von allfälligen Änderungen gut durchdacht werden, damit zum Schluss nicht die Sozialhilfe für die Einsparungen aufkommen müsse. Auf Wunsch von Josef Dittli (fdp, UR) wurde seine thematisch mit der Reform verbundene Motion zur Stärkung der Ergänzungsleistungen durch klare Zuordnung der Kompetenzen losgelöst von dieser Reform behandelt.

Der Entwurf des Bundesrates würde bei Bund und Kantonen zu Einsparungen von ungefähr CHF 367 Mio. führen, was jedoch einigen Ständerätinnen und Ständeräten zu wenig weit ging. Josef Dittli zum Beispiel erklärte, dass die Vorlage ein erster Optimierungsschritt sei, danach aber noch eine weitere Reform der Ergänzungsleistungen folgen müsse. Paul Rechsteiner (sp, SG) betonte, dass insbesondere die IV-Rentnerinnen und -Rentner betroffen seien, bei denen mit 45 Prozent fast die Hälfte auf Ergänzungsleistungen angewiesen sei, während dieser Anteil bei den Altersrenten nur etwa 12 Prozent betrage. Dies sei unter anderem auf den

Leistungsabbau bei der IV zurückzuführen.

In der Detailberatung waren vor allem die Erhöhung der Höchstbeiträge für anrechenbare Mietzinsen sowie die Möglichkeiten des Kapitalbezugs des Altersguthabens umstritten. Das Thema der Mietzinsmaxima war im Nationalrat bereits mit dem Geschäft 14.098 diskutiert und an die SGK-NR zur Detailberatung zurückgewiesen worden. Diese hatte sich einverstanden erklärt, dass der Ständerat diese Frage im Rahmen der EL-Reform behandle. Inhaltlich entschied sich der Ständerat diesbezüglich gegen je einen unter und über dem Vorschlag der SGK-SR liegenden Minderheitenantrag und erhöhte die Beträge für die Mietzinse gegenüber dem geltenden Recht je nach Wohnregion, die ebenfalls neu geschaffen wurden, um bis zu 300 Franken. Auch die Zusatzbeträge für rollstuhlgängige Wohnungen wurden deutlich erhöht. Eine Systemänderung bezüglich der Festlegung des Betrags für persönliche Ausgaben wünschte sich eine Minderheit Bruderer Wyss (sp, AG), welche diese Kompetenz dem Bund übertragen und so die grossen kantonalen Unterschiede beseitigen wollte. Dieser Vorschlag scheiterte jedoch am Mehrheitsantrag der SGK-SR, welche diese Kompetenz bei den Kantonen belassen wollte. Bezüglich der Anrechnung von Erwerbseinkommen des Ehegatten folgte der Ständerat der SGK-SR, die im Gegensatz zum Bundesrat nur 80 Prozent des Erwerbseinkommens anrechnen wollte, um so einen Erwerbsanreiz zu schaffen. Insgesamt wollten aber sowohl der Bundesrat als auch die SGK-SR die Vermögen stärker berücksichtigen und senkten daher den Freibetrag für Alleinstehende auf CHF 30'000 und für Verheiratete auf CHF 50'000. Beibehalten wurde die Regelung, wonach bei Personen, die selbst oder deren Ehepartner in einer Eigentumswohnung respektive einem Eigenheim wohnen, nur der CHF 112'500 übersteigende Wert einer Liegenschaft beim Vermögen zu berücksichtigen sei. Solange eine betroffene Person oder ihr Partner also eine Liegenschaft noch bewohnen kann, soll diese nicht verkauft werden müssen. Zudem befürwortete die Mehrheit des Ständerats eine von der SGK-SR vorgeschlagene Verschärfung des bundesrätlichen Vorschlages bezüglich der übernommenen Krankenkassenprämien: Der Bundesrat hatte vorgeschlagen, dass die EL in Zukunft die tatsächliche Krankenkassenprämie vergüten solle, wenn diese tiefer zu liegen komme als die durchschnittliche Prämie. Der Ständerat beschränkte die Vergütung der Prämien jedoch auf die Höhe der Prämie des drittgünstigsten Krankenversicherers im Kanton beziehungsweise in der Region. Im Anschluss an die Beratung dieses Geschäfts überwies der Ständerat jedoch ein Postulat, das den Bundesrat beauftragte, die Folgen eines vollständigen Einbezuges der Krankenkassenprämien in die Berechnung der EL zu prüfen.

Besonders umstritten war die Frage, ob ein vollständiger oder teilweiser Kapitalbezug des Altersguthabens für den obligatorischen Teil der beruflichen Vorsorge im Vorsorgefall möglich sein soll oder nicht. Diesbezüglich war man sich im bürgerlichen Lager nicht einig. Die Mehrheit der SGK-SR wollte die Wahlmöglichkeit zwischen Kapitalbezug, Rente und Mischform streichen und für den obligatorischen Teil nur noch eine Rente ermöglichen. Dies darum, weil es heute möglich sei und auch vorkomme, dass Personen ihre Vorsorgegelder nach dem Kapitalbezug zum Beispiel verspielten oder durch Betrugereien verlören und in der Folge auf Ergänzungsleistungen angewiesen seien. Möglich solle daher lediglich ein Kapitalbezug für den Erwerb von Wohneigentum sein. Mehrere Ständeräte von FDP, CVP, BDP und SVP widersprachen dieser Ansicht und setzten sich für Wahlfreiheit und Selbstverantwortung der Bürger ein. Wegen einiger schwarzer Schafe sollten nicht alle Rentnerinnen und Rentner bestraft werden – so ihr Votum. Hannes Germann (svp, SH) kritisierte dabei die Mehrheit der bürgerlichen Ständeräte, die sonst für Eigenverantwortung plädierten, hier aber von diesem Grundsatz nichts wissen wollten. Thomas Hefti (fdp, GL) reichte einen Antrag ein, wonach zumindest die Hälfte des Altersguthabens bezogen werden können solle, zog diesen aber wegen eines Formulierungsfehlers zugunsten des Antrags Luginbühl (bdp, BE), der sich für eine Beibehaltung des geltenden Rechts und somit der Wahlmöglichkeit einsetzte, zurück. Kommissionssprecher Graber rechnete daraufhin vor, dass bereits die Erhöhung der Mietzinsmaxima die geplanten Einsparungen um CHF 200 Mio. reduziert hatte und dass mit einer Annahme des Antrags Luginbühl gegenüber dem aktuellen Recht kaum noch Einsparungen gemacht würden. In der Folge lehnte der Ständerat den Antrag Luginbühl deutlich ab. Schliesslich stellte sich die Frage, ob der vorzeitige Kapitalbezug zur Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit möglich sein solle. Hier einigte man sich auf einen Kompromissvorschlag: Das bis zum 50. Altersjahr erwirtschaftete Kapital soll bezogen werden können, da dies etwa der Hälfte des insgesamt gesparten Alterskapitals entspricht. In der Gesamtabstimmung nahm der Ständerat die Vorlage einstimmig mit 31 Stimmen bei 12 Enthaltungen an.²

Krankenversicherung

Im **Ständerat** empfahl die Kommissionsmehrheit, auf das Geschäft einzutreten und es anschliessend mit dem Antrag an den Bundesrat zurückzuweisen, eine Lösung mit einer Lockerung des Vertragszwangs vorzulegen. Eine Minderheit Eder (fdp, ZG) sprach sich für Nichteintreten aus, eine Minderheit Schwaller (cvp, FR) für eine Ablehnung der Rückweisung und damit für die noch nicht erfolgte Detailberatung in der Kommission. Die Mehrheit stellte die Verfassungsmässigkeit des Zulassungsstopps, welcher per dringliches Bundesrecht eingeführt worden und danach zwei Mal verlängert worden war, in Frage. Sie befürchtete eine Verschärfung des Mangels an inländischem Ärztenachwuchs bei einem erneuten Stopp und kritisierte die Unklarheit darüber, ob die Massnahme in den vergangenen Jahren überhaupt zu Kosteneinsparungen geführt habe. Nicht zuletzt sei zweifelhaft, ob der im Nationalrat angenommene Einzelantrag überhaupt mit der Personenfreizügigkeit vereinbar sei, da er ausländische Ärzte diskriminiere. Die Minderheit Eder erklärte, sie sei mit der Hin-und-Her-Politik der letzten Jahre nicht mehr einverstanden und wolle endlich eine umfassende Lösung. Sie wisse dabei verschiedene Parteien und Verbände sowie etliche Kantone hinter sich. Eine erneute Zulassungsbeschränkung sei ein schlechtes Signal an die jungen Ärztinnen und Ärzte, laufe dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zuwider und sei rechtsstaatlich bedenklich. Zudem sei eine konsequente Marktlösung einer erneuten Regulierung des Angebots vorzuziehen. Die Minderheit Schwaller warnte vor ein bis zwei zusätzlichen Prämienprozenten, würde das Wachstum der Anzahl Zulassungen nicht gebremst, und führte aus, einzig die Massnahme eines Zulassungsstopps könne bereits kurzfristig dagegen wirksam werden. Eintreten wurde schliesslich mit 27 zu 17 Stimmen beschlossen. Beim Rückweisungsantrag ergab sich ein Patt von 22 zu 22 Stimmen. Mit Stichentscheid des Präsidenten Lombardi (cvp, TI) ging das Geschäft zur Detailberatung an die Kommission. Diese nahm umfassende Abklärungen vor bezüglich der Verfassungsmässigkeit des Bundesratsentwurfes, der Wirkungen der bisherigen Zulassungsbeschränkungen und insbesondere der Vereinbarkeit des vom Nationalrat aufgenommenen Zusatzes mit der Personenfreizügigkeit. Die Gutachten verschiedener Experten zu letzterem kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Die Abklärungen dauerten einige Zeit, womit das ursprüngliche Ziel des Innenministers Berset, den Zulassungsstopp bereits im April wieder einzuführen, nicht mehr erreicht werden konnte. Um eine möglichst rasche Beschlussfassung zu erreichen, hatte der Bundesrat im Vorjahr beschlossen, das Gesetz als dringlich einzustufen. Die Detailberatung im Ständerat fand in der Sommersession statt. Berset betonte zu Beginn der Debatte, bei dem 2012 beobachteten Anstieg der Neuzulassungen handle es sich nicht um einen simplen Aufholeffekt, was daran zu erkennen sei, dass der Anstieg in der ersten Jahreshälfte 2013 unverändert angehalten habe. Zu reden gab insbesondere die vom Nationalrat eingefügte Ausnahmebestimmung, wonach Ärzte mit mindestens fünfjähriger Schweizer Berufserfahrung von der Zulassungspflicht ausgenommen wären. Die Kommissionsmehrheit sprach sich mit Verweis auf die Personenfreizügigkeit dagegen aus. Eine Minderheit Rechsteiner (sp, SG) strebte einen Kompromiss an, indem sie die Frist auf drei Jahre beschränken wollte und gab an, ein allfälliges Ritzen der Personenfreizügigkeit angesichts der Vorteile in Kauf nehmen zu wollen. Diese Position unterlag mit 22 zu 18 Stimmen. Diskutiert wurden auch die Kompetenzen der Kantone bei der Festlegung der Kriterien für ein Bedürfnis nach Zulassungen von Leistungserbringern. Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) sprach sich für die Version des Bundesrates aus, wonach die Kantone „anzuhören“ seien. Die Kommissionsmehrheit verlangte dagegen, der Bund habe die Kriterien mit den Kantonen zusammen einvernehmlich festzulegen. Die Minderheit begründete ihre Position damit, dass die Haltungen der Kantone stark auseinandergingen und eine Lösung im Einvernehmen damit nicht zu finden sei. Die Mehrheit hielt dagegen, die Kantone würden die Bedürfnisse auf ihrem Gebiet am besten kennen und dürften nicht von der Hauptstadt aus bevormundet werden. Mit 22 zu 21 Stimmen folgte der Rat der Position der Mehrheit. In der Gesamtabstimmung sprachen sich 25 Kantonsvertreter für den Entwurf aus, 15 dagegen.³

Der Bundesrat beschloss aufgrund der Ablehnung eines indirekten Gegenvorschlags durch das Parlament und der negativen Reaktionen in der Vernehmlassung, die Botschaft zur **Volksinitiative „für eine öffentliche Krankenkasse“** bereits in der Herbst- und nicht wie geplant erst in der Wintersession vorzulegen. Damit würde eine Abstimmung noch im Jahre 2014 und nicht erst, wie von bürgerlichen Parteien befürchtet, im Wahljahr 2015 möglich. Die Regierung beantragte den Räten lediglich, die Initiative dem Volk zur Ablehnung zu empfehlen und damit verbundene parlamentarische Vorstösse abzuschreiben. Als Erstrat behandelte der Ständerat die

Botschaft in der Wintersession. Nachdem der Nationalrat wenige Tage zuvor den Gesetzesentwurf zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung an den Bundesrat zurückgewiesen hatte, kam es trotz der klaren Mehrheitsverhältnisse zu einer längeren Debatte, in der mehrere Volksvertreter aus Mitteparteien angaben, Sympathien für die Einheitskasse zu hegen. Die bürgerliche Mehrheit der Kommission für Gesundheit und Soziales des Ständerates (SGK-S) beantragte jedoch, die Initiative abzulehnen. Die Möglichkeiten für Kosteneinsparungen bei einer Einheitskasse seien gering, da bereits beim aktuellen System die Verwaltungskosten weniger als 5% der totalen Kosten ausmachten. Wegfallen würden allein die Marketing- und ein Teil der Wechselkosten. Diese Einsparungen stünden aber in keinem Verhältnis zu den hohen Kosten der Einrichtung einer Einheitskasse. Zudem würde im neuen System höchstwahrscheinlich der Leistungsbezug ausgeweitet, was zu höheren Prämien für die Versicherten und höheren Ausgaben der öffentlichen Hand zur Gewährleistung der Prämienverbilligung führe. Hauptargument gegen die Einheitskasse sei aber der Verlust des Wahlrechts der Versicherten im Falle von Unzufriedenheit. Die Monopolsituation und mögliche Interessenskonflikte der Führungspersonen der Einheitskasse, unter denen auch Vertreter der Kantone und der Leistungserbringer wären, würden zu Ineffizienzen bei der Behandlung und zu hohen Tarifen führen. Die kantonale einheitliche Prämie sei angesichts grosser Unterschiede zwischen Stadt und Land nicht angemessen. Nicht zuletzt würden Doppelspurigkeiten zwischen der für die Grundversicherung zuständigen Einheitskasse und den weiterhin bestehenden privaten Anbietern von Zusatzversicherungen zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand bei Kassen und Leistungserbringern führen. Weitere Gegner aus dem bürgerlichen Lager ergänzten, der angestrebte Systemwechsel sei ein grosses Risiko, das es nicht einzugehen gelte, und der internationale Vergleich zeige, dass ein staatliches Monopol zu einer schlechteren Versorgungsqualität führe. Eine Minderheit Rechsteiner (sp, SG) beantragte, die Initiative anzunehmen. Da die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung im Gesetz abschliessend geregelt und das Erwirtschaften eines Gewinns nicht erlaubt sind, sei ein Wettbewerb unter den derzeit 61 Kassen in Bezug auf die Leistungen auch heute gar nicht möglich. Die einzige Konkurrenzmöglichkeit bestehe für die Versicherer daher darin, sich gegenseitig die guten Risiken abzujagen. Dies sei ein Nullsummenspiel, verursache jedoch hohe Marketing- und Wechselkosten von CHF 300 bis 500 Mio. jährlich. Die Marketingaktivitäten in Form von Telefonanrufen seien nicht zuletzt ein Ärgernis für die Versicherten. Eine Einheitskasse sei effizienter, günstiger und transparenter. Sie würde sich zudem nachhaltiger und sorgfältiger um die Behandlung der Versicherten kümmern, da sie wisse, bis an deren Lebensende für sie verantwortlich zu sein. Bis heute würde eine wirksame Aufsicht über die soziale Krankenversicherung fehlen, was durch die ebenfalls störende intensive Lobbyarbeit der Versicherungsunternehmen weiter verhindert werde. Schliesslich folgte der Rat dem Antrag der Kommissionsmehrheit und lehnte die Initiative mit 28 zu 13 Stimmen ab, wobei sich die drei Mittepolitiker, welche sich in der Beratung positiv zur Einheitskasse geäussert hatten, ihrer Stimme enthielten. Die Beratung im Nationalrat wird 2014 stattfinden.⁴

MOTION
DATUM: 15.12.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2016 reichte Josef Dittli (fdp, UR) eine Motion zur **Schaffung eines Pflegesparkontos** ein. Damit sollten zukünftig Pflegeleistungen im Alter finanziert werden, wobei das Konto obligatorisch, steuerbefreit und vererbbar sein sollte. Finanziert werden sollte es über fixe Prämien, nicht über lohnabhängige Abzüge. Heute seien die EL «de facto zu einer Pflegeversicherung geworden», dieser Fehlanreiz müsse nun durch eigenverantwortliches Sparen korrigiert werden, wodurch die öffentliche Hand, die EL sowie die Krankenkassenprämien entlastet werden könnten.

Der Bundesrat verwies in seiner Antwort auf die ungleiche Verteilung der Pflege. So seien 2008 9 Prozent der über 65-Jährigen auf eine sehr intensive Pflege angewiesen gewesen, während die übrige ältere Bevölkerung nicht oder kaum pflegebedürftig gewesen sei. Gemäss BFS würde weniger als die Hälfte der Bevölkerung in ihrem Leben pflegebedürftig. Aus diesem Grund bevorzuge der Bundesrat eine Versicherungslösung gegenüber der vorgeschlagenen Sparlösung. Gleichzeitig erachtete der Bundesrat ein «weiteres staatlich geregeltes Zwangssparen» aus volkswirtschaftlicher Sicht als problematisch und lehnte die entsprechende privilegierte Besteuerung wegen der daraus folgenden Steuerausfälle für Bund, Kantone und Gemeinden ab. Die Steuererleichterungen kämen überdies vor allem wirtschaftlich stärkeren Haushalten zugute, während für Personen, welche sich die Beiträge an das Pflegesparkonto nicht leisten könnten, ein «zusätzliches sozialpolitisches Instrument» geschaffen werden müsste. Allfällige Kosteneinsparungen würden entsprechend vor allem in dieses neue Instrument umgelagert, kritisierte der Bundesrat und empfahl die Motion zur Ablehnung.

In der Frühjahrssession 2017 zog der Motionär seinen Vorstoss zurück. Er betonte, dass er die auf einem Bericht von Avenir Suisse beruhende Idee bei der Diskussion verschiedener Varianten zur Finanzierung der Langzeitpflege im bundesrätlichen Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vermisst habe. Nun sei aber deren Diskussion in der SGK-SR traktandiert, was sein Ziel gewesen sei. Da er mit dem Bundesrat übereinstimme, dass es für einen Gesetzgebungsauftrag für ein Pflegesparkonto noch zu früh sei, ziehe er die Motion zurück.⁵

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 07.03.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2017 behandelte der Ständerat als Zweitrat den Entwurf zu den parlamentarischen Initiativen Humbel (10.407) und Rossini (13.477) zur **finanziellen Entlastung der Familien bei den Krankenversicherungsprämien**. Wie bereits im Erstrat war auch im Ständerat vor allem die Frage nach den Prämienverbilligungen für Kinder aus Haushalten mit unteren oder mittleren Einkommen umstritten. Ein Minderheitsantrag Dittli (fdp, UR) beabsichtigte, die Kantone in der Vergabe ihrer Prämienverbilligungen nicht weiter einzuschränken und die Höhe der IPV für Kinder bei 50 Prozent zu belassen. So hatten sich die Kantone in der Vernehmlassung gegen diesbezügliche Änderung ausgesprochen, zumal sie bezweifelten, dass die Mittel, die sie bei den IPV der Jugendlichen dank deren Entlastung beim Risikoausgleich sparen können, genug seien, um diese höheren IPV für Kinder zu finanzieren. So rechnete Roland Eberle (svp, TG) zum Beispiel für den Kanton Thurgau vor, dass eine solche Änderung in der Tat deutlich höhere Kosten nach sich ziehen würde. Hans Stöckli (sp, BE) und Gesundheitsminister Berset wiesen jedoch darauf hin, dass diese Erhöhung der Prämienverbilligungen für Kinder das „Kernstück“ respektive das „Herz“ der Vorlage seien und sich durch einen Verzicht darauf im Vergleich zu heute kaum etwas ändern würde. Zudem hätten die Kantone freie Hand bei der Abgrenzung von „unteren und mittleren Einkommen“. Ganz knapp, mit 22 zu 21 Stimmen (0 Enthaltungen), sprach sich der Ständerat für eine solche Entlastung der Eltern aus. Nachdem die kleine Kammer auch bei den übrigen Artikeln keine Differenzen zum Nationalrat geschaffen hatte und die Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 27 zu 9 Stimmen (8 Enthaltungen) deutlich annahm, war die Vorlage bereit für die Schlussabstimmungen. Dabei blieben Überraschungen aus, der Nationalrat stimmte diesen Änderungen des KVG mit 192 zu 4 Stimmen (1 Enthaltung) und der Ständerat mit 32 zu 6 Stimmen (7 Enthaltungen) zu.⁶

MOTION
DATUM: 19.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2019 beschäftigte sich der Ständerat mit der Frage der Digitalisierung im Gesundheitswesen und behandelte dabei die Motion Grossen (glp, BE) für eine **elektronische Übermittlung sämtlicher Rechnungen an die Krankenversicherungen** sowie die Motion Buffat (svp, VD; Mo. 18.3513) für elektronische Anträge an die Krankenkasse mit strukturierten und standardisierten Daten. Zuvor hatte die SGK-SR beide Motionen zur Annahme empfohlen, da dadurch der Verwaltungsaufwand der Krankenversicherungen reduziert sowie die Rechnungskontrolle erleichtert werden könne. Sie schlug vor, dass der Bundesrat das Anliegen in das zweite Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im KVG integrieren solle. Nach kurzen Inputs von Kommissionssprecher Josef Dittli (fdp, UR) und Bundesrat Berset nahm nach dem Nationalrat auch der Ständerat die Motion Grossen – genauso wie die Motion Buffat – stillschweigend an.⁷

MOTION
DATUM: 19.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2019 beschäftigte sich der Ständerat mit der Frage der Digitalisierung im Gesundheitswesen und behandelte dabei die Motion Buffat (svp, VD) für **elektronische Anträge an die Krankenkasse mit strukturierten und standardisierten Daten** sowie die Motion Grossen (glp, BE; Mo. 18.3664) für eine elektronische Übermittlung sämtlicher Rechnungen an die Krankenversicherungen. Zuvor hatte die SGK-SR beide Motionen zur Annahme empfohlen, da dadurch der Verwaltungsaufwand der Krankenversicherungen reduziert sowie die Rechnungskontrolle erleichtert werden könne. Die Kommission schlug dem Bundesrat vor, das Anliegen in das zweite Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im KVG zu integrieren. Nach kurzen Inputs von Kommissionssprecher Josef Dittli (fdp, UR) und Bundesrat Berset nahm nach dem Nationalrat auch der Ständerat die Motion Buffat – genauso wie die Motion Grossen – stillschweigend an.⁸

Zu Beginn einer weiteren Behandlungsrunde zur **Zulassung von Leistungserbringenden** fasste Pirmin Bischof (cvp, SO) in der Wintersession 2019 im Ständerat die Situation aus Sicht der Kommission zusammen: Zwar gebe es in der Kommission keine Minderheiten und beinahe alle Beschlüsse seien einstimmig gefasst worden, jedoch bestünden **noch immer grosse Differenzen zum Nationalrat** sowie teilweise zum Bundesrat.

Wie Bischof gehofft hatte, bereinigte der Ständerat in der Wintersession dann einige Differenzen zum Erstrat: So lenkte er bezüglich der sprachlichen Voraussetzungen zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten auf das Konzept des Nationalrates ein, das eine grosszügigere Anerkennung von Vorkenntnissen vorsah und entsprechend zu weniger Sprachprüfungen führen würde. Zudem stimmte er dem Nationalrat zu, der eine Gabelung der Rechtswege verhindern wollte: Wie bis anhin sollen folglich gesundheitspolitische Verfügungen vor Bundesgericht und sozialversicherungsrechtliche Verfügungen vor dem Bundesverfassungsgericht angefochten werden können. Über seinen Schatten sprang der Ständerat bezüglich der Frage, ob Kantone zur Einschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden sollen oder nicht, ob also die vom Bundesrat vorgeschlagene Kann-Formulierung in eine Muss-Formulierung geändert werden soll. Hatte der Ständerat dies zuvor deutlich abgelehnt, willigte er nun in eine Muss-Formulierung ein, zumal 22 von 26 Kantonen bereits solche Einschränkungen kennen würden.

Die grossen Differenzen der Vorlage blieben jedoch auch nach der ständerätlichen Behandlung bestehen. So konnte die SGK-SR in Rücksprache mit den Kantonen dem neuen nationalrätlichen Vorschlag zur Rollenverteilung zwischen Krankenversicherungen und Kantonen nichts abgewinnen. Die grössere Rolle, die der Nationalrat den Krankenversicherungen bei der Frage zur Aufsicht über die Qualität und Wirtschaftlichkeit habe zukommen lassen wollen, beanspruchten die Kantone sowie die GDK für sich, betonte Bischof. Sie erachteten diesen Vorschlag als «Casus Belli». Die Kommission habe daher einstimmig beschlossen, an ihrer Position festzuhalten und die Sanktionsmöglichkeiten bei Verstössen gegen die Qualitätsauflagen auch bei den kantonalen Behörden zu belassen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dem Antrag auf Festhalten seiner Kommission zu.

Auch einen zwingenden Zulassungsstopp bei einem überdurchschnittlichen Kostenanstieg in einem medizinischen Fachgebiet lehnte der Ständerat ab. Ein solcher würde die Zahl der Spezialisten in den Städten reduzieren, tatsächlich könne er aber auch zu Versorgungsproblemen bei Kinderärzten führen, kritisierte Bischof. So dürfte ein Kanton, der über zu wenige Kinderärzte verfügt, keine solchen mehr einstellen, wenn dies zu Kostensteigerungen gegenüber dem Vorjahr führen würde.

Des Weiteren lehnte der Ständerat die Ausweitung des Beschwerderechts für die Krankenversicherungen gegenüber Beschlüssen der Kantonsregierungen bezüglich der Bandbreiten und Höchstzahlen zugelassener Ärztinnen und Ärzte ab. Damit riskiere man eine Blockade des Systems, befürchtete Bundesrat Berset. Auch diesen Punkt erachte die GDK zudem als Kampfansage an die Kantone, welche die Regeln grösstenteils bereits umsetzen.

«Wahrscheinlich die wichtigste Differenz in der ganzen Vorlage», wie es der Kommissionssprecher formulierte, behandelte der Ständerat zum Schluss – die Verknüpfung der Vorlage mit der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS). Die Kantone liessen sich ungern mit einer Verknüpfung unter Druck setzen, betonte Bischof. EFAS sei «eigentlich noch nirgends» und es brauche noch einige Zeit, damit ein Kompromiss zustande kommen könne. Die Inkraftsetzung der Zulassungsvorlage dulde jedoch keine Verzögerung mehr. Folglich hielt der Ständerat auch bei diesem Aspekt an seiner Position fest und lehnte eine Verknüpfung mit EFAS weiterhin ab.⁹

Noch in derselben Session behandelte auch der Ständerat die Vorlage zur **Zulassung von Leistungserbringenden** ein drittes Mal. Das Geschäft sei «auf gutem Weg», betonte Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO), zumal der Nationalrat mit dem Verzicht auf die Verknüpfung mit EFAS «einen wesentlichen Stolperstein mit den Kantonen aus dem Weg geräumt» habe. Dennoch zeigte sich die SGK-SR nicht bereit, alle Differenzen auszuräumen, und nahm damit eine Einigungskonferenz in Kauf. Zwar lenkte sie bezüglich der Kompetenzverschiebungen zu den Versicherungen im Bereich der Qualitätsprüfung ein – zukünftig sollen somit die Kantone für die Erstzulassung der Leistungserbringenden zuständig sein, während die Krankenversicherungen anschliessend die laufenden Kontrollen über die Qualität der Leistungserbringung übernehmen. Stillschweigend stimmte der Ständerat diesem Entgegenkommen zu. Beim Beschwerderecht für Krankenversicherungen zu kantonalen Erlassen über die Festlegung und Berechnung der Höchstzahlen beharrte die Kommission, und mit ihr die kleine Kammer, jedoch auf ihrer Position. Obwohl die Differenzen in der Frage der

Sprachvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte bereits bereinigt waren, kam die Kommission zudem nach Rücksprache mit den Parlamentsdiensten zur Interpretationsklärung noch einmal auf diesen Punkt zurück. Diesbezüglich seien in den beiden Räten unterschiedliche Äusserungen getätigt worden, erklärte Bischof diesen Schritt. Dieser Artikel sei so zu verstehen, dass zum Beispiel ein Zürcher mit schweizerischer Maturität mit Französisch als Grundlagenfach, wie es in der Schweiz üblich sei, und einem Ärztediplom auch in der Romandie als Arzt arbeiten dürfe. Eine deutsche Ärztin mit Abitur ohne Französisch als Grundlagenfach müsse jedoch in Genf zuerst eine Sprachprüfung ablegen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dieser Klärung zu. Somit wurde bezüglich des Beschwerderechts für Krankenversicherungen sowie der Klärung der Sprachvoraussetzungen eine Einigungskonferenz nötig – anders als erwartet konnte diese aber aufgrund des Sessionsabbruchs nicht mehr in der Frühjahrsession 2020 stattfinden.¹⁰

MOTION
DATUM: 03.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2020 behandelte der Ständerat die Motion der SGK-NR zur Schaffung einer **Pflicht für die Kantone, den Begriff «Notfall»**, gemäss dem eine Behandlung im Spital zwingend ist, auch wenn die betroffene Person auf einer schwarzen Liste aufgeführt ist, **zu definieren**, zusammen mit der Standesinitiative des Kantons Thurgau (Kt.lv. 16.312). Kommissionssprecher Rechsteiner (sp, SG) erklärte, dass die Kommission aufgrund der Standesinitiative zusammen mit der Verwaltung eine Vernehmlassungsvorlage zur Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten erarbeitet habe. Gemäss dieser Vernehmlassungsvorlage solle zukünftig auch die Führung der schwarzen Listen verboten werden, wodurch auch die gemeinsame Notfalldefinition aller Kantone nicht mehr nötig wäre. Die Kommissionsminderheit präferierte hingegen ein Festhalten an den Listen, jedoch unter Schaffung einer Notfalldefinition auf Bundesebene. Einig waren sich die Kommissionsmehrheit und -minderheit darüber, dass eine Verpflichtung der Kantone zu einer gemeinsamen Notfalldefinition nicht zielführend sei, da die unterschiedlichen kantonalen Definitionen auch auf kantonale Gerichtsurteile zurückzuführen seien. Entsprechend empfahl die Kommission die Motion einstimmig zur Ablehnung. Nachdem auch Gesundheitsminister Berset den Weg der SGK-SR demjenigen ihrer Schwesterkommission vorgezogen hatte, lehnte der Ständerat die Motion stillschweigend ab.¹¹

STANDESINITIATIVE
DATUM: 03.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2020 behandelte der Ständerat die Standesinitiative des Kantons Thurgau zusammen mit der Motion der SGK-NR zur Schaffung einer Notfalldefinition durch die Kantone (Mo. 18.3708) und diskutierte über eine **Fristverlängerung** für Erstere. Die Standesinitiative sah einen **Gläubigerwechsel hin zum Kanton** vor, wenn dieser 90 Prozent der offenen Forderungen der Krankenversicherungen gegenüber den Versicherten übernimmt – bisher mussten die Kantone 85 Prozent der ausstehenden Forderungen übernehmen und erhielten nach Begleichung der Schuld nur 50 Prozent von den Krankenversicherungen zurück. Kommissionssprecher Rechsteiner (sp, SG) erklärte, dass die Kommission aufgrund der Standesinitiative zusammen mit der Verwaltung eine Vernehmlassungsvorlage über die Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten erarbeitet habe. Entsprechend würdigte Rechsteiner die Thurgauer Standesinitiative auch als eine der wenigen, welche «zu einem konkreten Gesetzgebungsentwurf geführt» hätten, und beantragte, ihre Behandlungsfrist zu verlängern. Dagegen wehrte sich Jakob Stark (svp, TG) – gemäss seiner eigenen Aussage als ehemaliger Thurgauer Regierungsrat «nicht ganz unschuldig daran, dass diese Initiative zustande gekommen ist» –, weil dadurch der materiell unbestrittene Gegenstand der Initiative weiter verzögert werde. Dabei gehe es auch «etwas um den Respekt vor einem kantonalen Parlament». Rechsteiner verwies jedoch darauf, dass die Kantonsparlamente den Stellenwert von Standesinitiativen im Bundesparlament tendenziell überschätzten. Zudem brauche es bei Gesetzen mit wenigen Ausnahmen eine Vernehmlassung – entsprechend dauere es halt etwas länger als in kantonalen Exekutiven. Mit 29 zu 3 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte der Ständerat der Einschätzung der Kommission und stimmte der Fristverlängerung zu.¹²

In der Herbstsession 2020 behandelte der Ständerat das von der SGK-NR geschaffene **Paket 1a des Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**, das die weniger umstrittenen Teile des ersten Massnahmenpakets des Bundesrats beinhaltet. Nachdem er ohne Gegenantrag auf die Vorlage eingetreten war, schuf er einige Differenzen zum Erstrat.

Nur eine kleine Änderung gegenüber der nationalrätlichen Version nahm der Ständerat, in Übereinstimmung mit seiner Kommission, bei der Frage der **Rechnungsstellung** im Tiers payant-System vor. Hier ergänzte er stillschweigend einen Passus, wonach die Versicherungen und die Leistungserbringenden abmachen können, dass die Versicherung für die Übermittlung der Rechnungen zuständig sein soll. Mit der Änderung des Nationalrats, wonach die Rechnungen auch elektronisch verschickt oder auf einem Webportal hinterlegt werden können, zeigten sich die Ständerätinnen und Ständeräte hingegen einverstanden.

Für deutlich mehr Diskussionen sorgte die Frage der **Behandlungstarife**, insbesondere die Patientenpauschaltarife bei ambulanten Behandlungen, gemäss Kommissionsprecher Pirmin Bischof (cvp, SO) «ein Herzstück der Vorlage». Neu sollen gemäss Bundesrat vereinbarte Patientenpauschaltarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen, erklärte Bischof. Die Tarife müssten zwar nicht schweizweit identisch sein, wohl aber die in der Rechnung aufgeführten Teile einer Behandlung. Dies habe den Vorteil, dass die Rechnungen gesamtschweizerisch vergleichbar seien. Nachteilig sei hingegen, dass kantonale Differenzen in der Struktur nicht mehr möglich seien. Der Vorteil dieser Änderung liege gemäss Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) auch darin, dass man damit das Risiko einer Mengenausweitung reduzieren könne. «Je mehr man verrechnet, desto mehr verdient man.» Eine Minderheit Müller (fdp, LU) beantragte, auf die Schaffung dieser Patientenpauschalen zu verzichten. Bereits heute gebe es solche Pauschalen und sie würden auch bei ambulanten Behandlungen angewendet. Da sich die Behandlung aber zwischen den verschiedenen Patientinnen und Patienten stark unterscheide, würde eine Vereinheitlichung zu einer Übervergütung von einfachen und zu einer Untervergütung von komplizierten Fällen, welche häufig bei kränkeren und sozial schwächeren Patientinnen und Patienten auftreten, führen. Obwohl die Minderheit Müller in der Kommission mit 8 zu 3 Stimmen (bei 1 Enthaltung) unterlegen war, meldeten sich mit Brigitte Häberli-Koller (cvp, TG), Erich Ettlín (cvp, OW), Hannes Germann (svp, SH) und Josef Dittli (fdp, UR) deutlich mehr Kommissionsmitglieder im Namen der Minderheit zu Wort. Einen ganz anderen Aspekt der Regelung stellte Gesundheitsminister Berset in den Mittelpunkt: Für ihn liege der zentrale Unterschied zur heutigen Regelung darin, dass der Bundesrat neu subsidiär eingreifen könne, wenn sich die Tarifpartner nicht auf eine Tarifierfassung einigen könnten. Mit 22 zu 21 Stimmen setzte sich die Minderheit in dieser Frage jedoch knapp durch, der Ständerat lehnte damit die Schaffung einer Patientenpauschale ab.

Eine weitere offene Frage bezüglich der Behandlungstarife betraf die Schaffung einer nationalen Tariforganisation im ambulanten Bereich, entsprechend der Swiss DRG im stationären Bereich, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen zuständig sein sollte. Hier sei man sich mehrheitlich einig, betonte Bischof, offen sei lediglich noch die Frage der Organisationshoheit. Solle der Bundesrat über die Organisationsform entscheiden, dabei erst eine Konsultation durchführen oder gar nur subsidiär zuständig sein, wenn sich die Leistungserbringenden und Versicherungen nicht einigen können? Letzteres schlug die SGK-SR vor. Bundesrat Berset stellte zudem in seiner Antwort auf eine Frage von Charles Juillard (cvp, JU) fest, dass ausschliesslich Tarifpartner in der Organisation vertreten sein würden und die Kantone somit darin erst mitwirken könnten, wenn EFAS angenommen worden sei und die Kantone somit ebenfalls für die ambulante Behandlung zuständig wären. Stillschweigend folgte der Ständerat in diesem Punkt dem Vorschlag seiner Kommission.

Ein weiterer umstrittener Aspekt der Tarifierfrage betraf die Finanzierung von Rechnungsprüfungen, welche die Patientenorganisationen durchführen sollten, durch das EDI. Die Kommissionsmehrheit wollte diesen vom Nationalrat eingefügten Punkt aus der Vorlage streichen, eine Minderheit Carobbio Guscetti wollte ihn beibehalten. Natürlich sollten sich Patientinnen und Patienten von externen Organisationen beraten lassen können, der Bund solle sich dabei aber nicht an der Finanzierung dieser Dienstleistung beteiligen, zumal eine solche Finanzhilfe nur eine zusätzliche Kontrolleinheit bedeuten würden, erklärte Kommissionsprecher Bischof. Minderheitensprecherin Carobbio Guscetti betonte hingegen, dass die anfangs eingesetzte Expertengruppe einen ähnlichen Vorschlag gemacht habe und die GDK das Anliegen unterstütze. Nicht abgeneigt gegenüber der Finanzierung zeigte sich auch Bundesrat Berset, für den die Massnahme nicht im Widerspruch zur Strategie des Bundesrates stand. Mit 28 zu 13 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Ständerat aber gegen die Finanzierung aus und schuf damit eine weitere Differenz zum

Nationalrat.

Schliesslich stand noch der **Experimentierartikel** im Raum, gemäss Bischof der «zweite Kernartikel dieser Vorlage». Die SGK-SR wollte den nationalrätlichen Vorschlag um die Möglichkeit, experimentelle Projekte zur Förderung der Digitalisierung durchführen zu können, ergänzen. Streichen wollte sie hingegen Projekte zur Einschränkung der freien Arztwahl. Eine weitere Minderheit Müller schlug indes vor, vollständig auf den Katalog mit möglichen Bereichen, in denen Projekte durchgeführt werden können, zu verzichten. Ohne Katalog könnten auch Projekte durchgeführt werden, welche Grundrechtseingriffe enthielten, erklärte Bischof den Widerstand der Kommissionmehrheit gegen diesen Vorschlag. Die betroffenen Patientinnen und Patienten hätten keine Möglichkeit, sich gegen die Projekte zu wehren. Gesundheitsminister Berset sprach sich vehement gegen den Minderheitsantrag und die Streichung des Katalogs aus. Der Bundesrat und die Verfassungsrechtsexperten des Bundes seien sich einig, dass dies gegen Artikel 5 Absatz 1 der Bundesverfassung verstosse, wonach das Recht Grundlage und Schranke staatlichen Handelns darstelle. Damit würden die möglichen Experimente keine Grenzen kennen. So könnten zum Beispiel für die Bevölkerung eines Kantons die Hälfte des Leistungskatalogs gestrichen, die Franchise auf CHF 10'000 erhöht oder risikobezogene Prämien eingeführt werden. Paul Rechsteiner (sp, SG) kritisierte des Weiteren, dass die freie Arztwahl auf der Liste möglicher Projekte aufgeführt sei: Die Einschränkung der freien Arztwahl sei ein fundamentaler Systemeingriff, der Grundrechtsdimensionen betreffe und entsprechend per Gesetz zu entscheiden sei. Man solle den «Akteuren im Gesundheitswesen [nicht] per Gesetz abschliessend vorschreiben, wo sie experimentieren können», betonte hingegen Minderheitensprecher Müller. Innovation entstehe «relativ chaotisch», ergänzte Erich Ettlin (cvp, OW). Zudem könne ja das EDI die Pilotprojekte bewilligen, müsse es aber nicht. Mit diesen Argumenten setzte sich die Kommissionminderheit durch: Mit 23 zu 19 Stimmen sprach sich der Ständerat gegen die Einschränkung der Experimente auf einen Katalog aus. Im Anschluss bat Bischof den Nationalrat, in seiner nächsten Sitzung diese vom Ständerat geänderte Bestimmung etwas abzuschwächen und ihr eine Ausnahme für Grundrechtsverletzungen anzufügen. Mit 31 zu 0 Stimmen (bei 12 Enthaltungen) nahm der Ständerat das Gesetz in der Gesamtabstimmung ohne Gegenstimme an. Die Enthaltungen stammten von sechs Mitgliedern der SP- sowie von je drei Mitgliedern der SVP- und der Grünen-Fraktion.¹³

MOTION

DATUM: 29.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

Mittels Motion verfolgte die FDP.Liberale-Fraktion Ende 2018 die Idee eines **Pflegesparkontos**. Auf dem Konto sollte freiwillig, steuerbefreit und vererbbar Geld für Pflege und Betreuung im Alter gespart werden können. Eigenverantwortliches Sparen für die eigene Alterspflege müsse sich lohnen, argumentierte die Partei. Dadurch würden die Ergänzungsleistungen und die OKP entlastet. Der Bundesrat verwies auf seine Antwort auf die Motion Dittli (fdp, UR; Mo. 16.4086) mit ähnlichem Anliegen und erklärte, dass eine Versicherung aufgrund der kleinen bis mittleren Eintrittswahrscheinlichkeit und geringer Beeinflussbarkeit einer späteren Pflege sinnvoller sei als ein Sparkonto. Die Steuerbefreiung des Sparkontos würde zudem zu höheren Steuerausfällen bei Bund, Kantonen und Gemeinden führen, als das Sparkonto Minderausgaben bewirken würde. Aufgrund der Freiwilligkeit des Pflegesparkontos würden vor allem einkommensschwache Personen auf eine Erstellung verzichten, wodurch überdies der Bedarf an Ergänzungsleistungen bestehen bliebe. Mit 99 zu 74 Stimmen lehnte der Nationalrat die Motion ab. Zustimmung fand sie neben der einreichenden FDP.Liberale-Fraktion bei der SVP-Fraktion sowie bei einem Mitglied der Mitte-Fraktion.¹⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 18.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2020 **berichtigte das Parlament die Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials**. Einstimmig bestätigte der Ständerat die vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen und löste die Ausgabenbremse, nachdem Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO) im Namen der Kommission die Annahme der Vorlage empfohlen hatte. Auf Einzelantrag von Peter Hegglin (cvp, ZG) und Bitte von Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) schloss der Rat – ebenfalls einstimmig – zudem eine Lücke, welche der Gesetzestext bis dahin noch aufgewiesen hatte: So war man davon ausgegangen, dass alle Beträge, die bisher vergütet worden waren, auch zukünftig vergütet würden. Tatsächlich wären durch die geplante Änderung aber Materialien, die ausschliesslich vom Pflegefachpersonal angewendet werden, sich aber nicht auf der MiGeL befinden, weder von der OKP noch von den Kantonen vergütet worden. Um dies zu verhindern, stimmte der Rat dem Antrag Hegglin zu, wonach die entsprechenden Mittel und Gegenstände während eines Jahres ab Inkrafttreten der Änderung weiterhin

nach dem bisherigen Recht vergütet werden sollten. Damit habe man Zeit, die entsprechenden Güter auf die MiGeL zu setzen. Diese Lösung hatte auch Bundesrat Berset zuvor im Rahmen der Debatte unterstützt. Einstimmig (41 zu 0 Stimmen) verabschiedete der Ständerat das Gesetz in der Gesamtabstimmung. Gegen diese Änderung hatte auch der Nationalrat nichts einzuwenden, stillschweigend nahm er die Differenz an und stimmte dem Gesetz in den Schlussabstimmungen (195 zu 0 Stimmen) genauso einstimmig zu wie der Ständerat (41 zu 0 Stimmen).¹⁵

STANDESINITIATIVE
DATUM: 27.01.2021
ANJA HEIDELBERGER

Ende Januar 2021 publizierte die SGK-SR ihren **Entwurf zur Umsetzung der Standesinitiative des Kantons Thurgau über die Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht**. Dabei ging es um die Schulden, die dadurch entstehen, dass Eltern die Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen ihrer Kinder nicht bezahlen. Bisher wurden die Kinder bei Erreichen der Volljährigkeit für die Schulden haftbar. Neu sollten diese Schulden jedoch auch bei Volljährigkeit der Kinder in der Verantwortung der Eltern verbleiben. Beibehalten wollte die Kommissionmehrheit hingegen die schwarzen Listen säumiger Prämienzahlender, gemäss denen Personen mit ausstehenden Prämienforderungen in einigen Kantonen nur zu Notfallbehandlungen zugelassen werden. Kinder sollten aber in Übereinstimmung mit der Motion Barrile (sp, ZH; Mo. 19.4290) neu von dieser Regelung ausgenommen werden. Eine Minderheit Dittli (fdp, UR) beantragte die Streichung der Möglichkeit für schwarze Listen und schlug stattdessen vor, den Betroffenen nur eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringenden zuzugestehen. Personen, für die noch Prämien aus ihrer Kindheit offen sind, sollten von diesen Massnahmen jedoch ausgenommen werden.

Im April 2021 nahm der **Bundesrat Stellung** zum Entwurf der Kommission. Er befürwortete, dass die Schulden der Prämien von Kindern bei deren Erreichen der Volljährigkeit bei den Eltern verbleiben sollten, betonte aber noch einmal seine Ablehnung der schwarzen Listen. In der Vernehmlassung hätten sich zudem zahlreiche Akteure aus dem Gesundheitswesen, auch eine Mehrheit der Kantone, gegen diese ausgesprochen. Stattdessen beantragte er, der Kommissionminderheit Dittli zu folgen. Darüber hinaus schlug er einige weitere Änderungen am Gesetzestext vor. So sollten bereits für Prämien schulden aus ihrer Kindheit eingeleitete Betreibungen von jungen Erwachsenen für nichtig erklärt werden. Schon vorgängig umstritten sei überdies die Frage gewesen, wie häufig pro Jahr die Betroffenen betrieben werden können, führte der Bundesrat aus. Anfänglich habe sich die Kommission hier für vier Betreibungen pro Jahr entschieden, diese Zahl aufgrund des Einwands der GDK, wonach dies einen unverhältnismässigen Aufwand mit sich bringen würde, jedoch auf zwei reduziert. Diese Reduktion unterstütze der Bundesrat, auch wenn die Eidgenössische Kommission für Schuldbetreibung und Konkurs befürchte, dass den Kantonen damit höhere Kosten verblieben als bei einer unbeschränkten Anzahl. Hingegen schlug der Bundesrat in seiner Stellungnahme vor, Betreibungen für Forderungen, für die bereits ein Verlustschein vorliegt, von dieser Anzahl auszunehmen, damit auch Personen mit ausstehenden Prämien aus dem Vorjahr betrieben werden können.¹⁶

STANDESINITIATIVE
DATUM: 07.06.2021
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2021 behandelte der **Ständerat** den Vorschlag seiner SGK über die **Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht**. Kommissionssprecher Rechsteiner (sp, SG) fand anerkennende Worte für die ihr zugrundeliegende Standesinitiative des Kantons Thurgau, zumal diese nicht nur vollständig umgesetzt werde – was für Standesinitiativen sehr ungewöhnlich sei –, sondern im Gesetzesvorschlag gar übertroffen werde. Basierend auf der Initiative sei die Kommission die Probleme in diesem Themenbereich mithilfe der Verwaltung, der GDK und der Versichererverbände nämlich gleich «integral» angegangen. Eintreten war in der Folge unbestritten.

Ohne Diskussionen und stillschweigend bereinigte der Ständerat anschliessend die meisten Aspekte der Vorlage: eine Übernahme von 85 Prozent der Forderungen der Krankenversicherungen durch die Kantone sowie eine Zusage von 50 Prozent des Erlöses bei Zahlung der Schuld im Gegenzug gegen die Übertragung der Verlustscheine auf die Kantone; das Verbot, volljährig gewordene Personen für ausstehende Prämien aus ihrer Kindheit zu belangen sowie das Verbot, Kinder wegen Prämienausständen auf eine schwarze Liste zu setzen und ihnen folglich Leistungen zu verweigern (entsprechend der Motion 19.4290); die Beschränkung der maximalen Anzahl Betreibungen auf zwei – ausser die Betreibungen haben zu einem Verlustschein geführt; die Einführung einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringenden für säumige und betriebene Prämienzahlende sowie die Ermächtigung für den Bundesrat, Bestimmungen über die Bemessung von Gebühren zu erlassen.

Bereits in der Eintretensdebatte hatte sich jedoch gezeigt, dass ein Aspekt der Vorlage sehr umstritten sein würde, nämlich die Frage, ob Listen säumiger Prämienzahlender, sogenannte schwarze Listen, zukünftig verboten werden sollen. Diesen Antrag einer Kommissionsminderheit kritisierte der Thurgauer Ständerat Jakob Stark (svp, TG), dessen Kanton entsprechende Listen führt, deutlich. In seinem Kanton habe sich gezeigt, dass etwa die Hälfte der Personen, die ihre Prämien nicht bezahlten, durchaus über genügend Geld verfügen würden. Sein Kanton biete den Betroffenen ein Case-Management an, mit dem sie ihren Finanzhaushalt sanieren könnten. Von diesem Angebot machten die meisten Leute jedoch erst dann Gebrauch, wenn sie auf der schwarzen Liste stünden. Diese Verbindung von schwarzer Liste und Case-Management sei sehr erfolgreich, so fielen in vergleichbaren Kantonen vier- bis fünfmal höhere Kosten für ausstehende Prämien an als im Kanton Thurgau. Entsprechend müsse man eine solche Verbindung eigentlich allen Kantonen vorschreiben, solle es ihnen aber zumindest nicht verbieten. Paul Rechsteiner (sp, SG) erläuterte für die Kommission, dass heute noch sechs Kantone (AG, LU, SG, TG, TI, ZG) eine solche Liste führten, während die Kantone Graubünden, Solothurn und Schaffhausen sie in den letzten Jahren abgeschafft hätten und auch der Kanton St. Gallen dabei sei, die entsprechende Regelung zu streichen. Die Kommissionsmehrheit wolle den Kantonen diese Möglichkeit belassen und stattdessen den umstrittenen Begriff eines «medizinischen Notfalls» im Hinblick auf das Gerichtsurteil von 2018 aus dem Kanton St. Gallen auf Bundesebene definieren. Josef Dittli (fdp, UR) verteidigte in der Folge den Minderheitsantrag auf Streichung der schwarzen Listen. Diese Streichung sei in der Vernehmlassungsvorlage noch enthalten gewesen und von der Mehrheit der Teilnehmenden befürwortet worden, darunter von sämtlichen Krankenversicherungen, 19 Kantonen, der GDK und der FMH. Zahlreiche Kantone hätten die Listen in der Zwischenzeit abgeschafft, da sie «nicht die gewünschten Ergebnisse» erzielt und mehr Aufwand als Nutzen gebracht hätten. Aufgrund einer Ungleichbehandlung der Versicherten hinsichtlich des Zugangs zur medizinischen Versorgung, zahlreicher Umsetzungsprobleme, fehlender Evidenz für eine Wirkung der Listen auf die offenen Ausstände, der Verlagerung des Problems an die Leistungserbringenden, eines hohen Administrationsaufwands sowie hoher Kosten beantrage die Kommissionsminderheit die Streichung der Listen. Mit 22 zu 22 Stimmen zeigte sich die Meinung im Ständerat zu dieser Frage geteilt: Mit Stichentscheid von Präsident Kuprecht (svp, SZ) sprach sich die kleine Kammer für die Kommissionsmehrheit und somit für ein Beibehalten der schwarzen Listen aus. Fast einstimmig (mit 43 zu 1 Stimme) nahm sie den Entwurf anschliessend in der Gesamtabstimmung an.¹⁷

STANDESINITIATIVE
DATUM: 15.09.2021
ANJA HEIDELBERGER

Auch im **Ständerat** fand die Standesinitiative des Kantons Neuenburg, welche den **Kantonen die Möglichkeit geben wollte, kantonale, regionale oder interkantonale Einrichtungen** zur Erhebung der Krankenkassenprämien, zur Kostenfinanzierung zulasten der OKP sowie zur Erfüllung der administrativen Aufgaben von Krankenversicherungen gemäss dem KVG zu schaffen, keine Mehrheit. Für die Kommissionsmehrheit betonte Curafutura-Präsident Josef Dittli (fdp, UR), dass diese Einrichtung zwar keine Einheitskasse, sondern eine Alternative zu den bestehenden Krankenversicherungen darstellen solle, dass es aber «doch [...] um das Thema Einheitskasse» gehe. Die Stimmbürgerschaft habe eine solche aber bereits zweimal an der Urne verworfen. Zudem sei die Standesinitiative identisch mit einer Volksinitiative, die im Jahr 2019 an der Unterschriftenhürde gescheitert sei. Bereits heute könnten die Kantone überdies «im Prämien genehmigungsverfahren zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten Stellung nehmen», aber auch selbst Krankenkassen gründen. Da die aktuelle Vorlage jedoch einen «radikalen Paradigmenwechsel bei der Festlegung und Erhebung der Prämien» zur Folge habe, lehnte sie die Kommissionsmehrheit ab. Eine Minderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) beantragte die Annahme der Standesinitiative. Die Minderheitensprecherin hob die zahlreichen Probleme des aktuellen Systems hervor: die Intransparenz bei der Prämienfestlegung, die Wettbewerbsprobleme durch private Akteure in einem Sozialversicherungssystem, die Probleme der Reserven, die in den letzten Monaten immer wieder Thema waren. Die Standesinitiative würde diese Probleme allesamt bekämpfen, das System vereinfachen, eine klare Trennung der Grund- und Zusatzversicherungen erlauben und gleichzeitig zur Schaffung von Arbeitsplätzen in den Kantonen beitragen. Allfällige Probleme der Regelung könnten denn auch nach einer Annahme im Erstrat noch ausgemerzt werden, warb Carobbio Guscetti. Mit 26 zu 9 Stimmen gab der Ständerat der Initiative jedoch keine Folge.¹⁸

In der Herbstsession 2021 **bestätigte der Ständerat seinen Entscheid** aus der ersten Behandlung der Standesinitiative des Kantons St. Gallen für ein **Verbot von Provisionszahlungen für Wechsel der Grundversicherung**. Mit 8 zu 3 Stimmen hatte die Mehrheit der SGK-SR erneut beantragt, der Initiative keine Folge zu geben, zumal der Weg über den bundesrätlichen Entwurf in Erfüllung ihrer Motion (Mo. 18.4091) und somit über eine Selbstregulierung der Branche zu bevorzugen sei. Der Entwurf des Bundesrates sehe eine Verbindlicherklärung der Branchenlösungen zu einem Verbot der telefonischen Kaltakquise – also der Anrufe bei Personen, welche nicht bei den entsprechenden Versicherungen versichert sind –, eine Begrenzung der Provisionen, einen Verzicht auf Leistungen von Callcentern, eine obligatorische Ausbildung sowie eine Pflicht zur Führung eines zu unterzeichnenden Beratungsprotokolls vor, wie Josef Dittli (fdp, UR) dem Rat als Kommissionssprecher erläuterte. Eine Kommissionsminderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) befürwortete hingegen die restriktivere Regelung gemäss Standesinitiative, welche die entsprechenden Vermittlerprovisionen gänzlich verbieten wollte. Die Minderheitensprecherin kritisierte in der Ratsdebatte, dass die Gefahr bestehe, dass die Branchenvereinbarung nicht verbindlich erklärt werden könne, «wenn die nötige Repräsentativität der Versicherer nicht gegeben» sei. So kommt es gemäss dem bundesrätlichen Vorschlag erst zu einer Verbindlicherklärung, wenn sich Versicherungen, die zwei Drittel der Versicherten abdecken, hinter eine Vereinbarung stellen. Mit 29 zu 11 Stimmen gab der Ständerat der Initiative des Kantons St. Gallen jedoch keine Folge.¹⁹

-
- 1) AB NR, 2018, S. 666 ff.; Medienmitteilung SGK-SR vom 23.3.18; Medienmitteilung SGK-SR vom 29.6.18
 - 2) AB SR, 2017, S. 366 ff.; BBl, 2016, S. 7465 ff.; TA, 31.5.17; AZ, BZ, CdT, LZ, Lib, NZZ, TA, 1.6.17; TA, 3.6.17
 - 3) AB SR, 2013, S. 128 ff., 416 ff.; NZZ, 13.3. und 14.3.13.
 - 4) BRG 13.079; BBl, 2013, S. 7929 ff.; AB SR, 2013, S. 1080 ff.; www.edi.admin.ch.
 - 5) AB SR, 2017, S. 224 ff.
 - 6) AB NR, 2017, S. 572; AB SR, 2017, S. 130 ff.; AB SR, 2017, S. 306; BZ, CdT, NZZ, TG, 8.3.17
 - 7) AB SR, 2019, S. 811; Bericht SGK-SR vom 3.9.19
 - 8) AB SR, 2019, S. 811; Bericht SGK-SR vom 3.9.19 (18.3513)
 - 9) AB SR, 2019, S. 1045 ff.
 - 10) AB SR, 2020, S. 93 f.
 - 11) AB SR, 2020, S. 308 ff.; Bericht SGK-SR vom 25.5.20 (18.3708)
 - 12) AB SR, 2020, S. 308 ff.; Bericht SGK-SR vom 25.5.20
 - 13) AB SR, 2020, S. 707 ff.
 - 14) AB NR, 2020, S. 2027 f.
 - 15) AB NR, 2020, S. 2523; AB NR, 2020, S. 2729; AB SR, 2020, S. 1285 ff.; AB SR, 2020, S. 1439
 - 16) BBl, 2021, S. 1058 ff.
 - 17) AB SR, 2021, S. 488 ff.
 - 18) AB SR, 2021, S. 833 f.
 - 19) AB SR, 2021, S. 832 f.; Bericht SGK-SR vom 31.8.21