

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	19.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), Coronavirus (Covid-19), Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal
Akteure	Dittli, Josef (fdp/plr, UR) SR/CE, Bischof, Pirmin (cvp/pdc, SO) 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

Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), Coronavirus (Covid-19), Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, 2017 – 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
Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)	2
Krankenversicherung	4

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
ÜL	Überbrückungsleistung

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

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 12.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

Bereits am Tag darauf setzte sich der **Ständerat** wieder mit den **Überbrückungsleistungen (ÜL) für ältere Arbeitslose** auseinander, konnte dabei aber nicht alle Differenzen bereinigen. Die aktuellsten Empfehlungen der SGK-SR zur Höhe der allgemeinen Obergrenze sowie der Obergrenze der Krankheitskosten liessen die Kritik der Linken an den Änderungen des Ständerats zu den Überbrückungsleistungen, welche bereits seit Beginn der Behandlung vorgebracht worden war, immer lauter werden. Eva Herzog (sp, BS) etwa monierte, dass das Parlament mit seiner aktuellen Version vom ursprünglichen Grundgedanken des Bundesrates, nämlich die Unterstützung von Menschen, die ein Leben lang gearbeitet hätten, und die Verhinderung deren Abrutschens in die Sozialhilfe oder in die Nähe der Sozialhilfe, abgekommen sei. Die Diskussion gehe in eine «völlig falsche Richtung», zumal sie gewisse Bezügerinnen und Bezüger von ÜL in Schwierigkeiten bringe, wie Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) ergänzte. Dem widersprach Erich Ettlin (cvp, OW) heftig. Vielmehr hole man mit den ÜL 3'400 Menschen, die heute gar nichts hätten, aus den Schwierigkeiten heraus; einige würden dabei aber womöglich in einer ungenügenden Situation bleiben. In der Folge zeigte der Ständerat dann auch kein Entgegenkommen bei der Frage nach der Höhe der Obergrenze der ÜL. Er lehnte einen Minderheitsantrag Carobbio Guscetti, mit dem die Obergrenze für Alleinstehende beim doppelten, für Mehrpersonenhaushalte bei 2.25-fachen des allgemeinen Lebensbedarfs gemäss ELG festgelegt und die Krankheits- und Behinderungskosten nicht in den allgemeinen Plafond eingebunden worden wären, ab und beharrte somit auf dem doppelten Lebensbedarf. Die Obergrenze für die gesamten ÜL inklusive dieser Gesundheitskosten erhöhte er im Vergleich zu seinem ersten Vorschlag für Mehrpersonenhaushalte, nicht aber für Alleinstehende, auf das 2.25-fache des allgemeinen Lebensbedarfs. Zudem bestätigte er die vom Nationalrat eingeführte Obergrenze für die Gesundheitskosten. Nachdem Josef Dittli (fdp, SR) für die Kommission zudem den Begriff «Mehrpersonenhaushalte» gemäss ELG als «Ehepaare, eingetragene Partnerschaften und Alleinstehende mit Kindern» definiert hatte, stimmte der Rat der entsprechenden Änderung des Nationalrats zu. Geschlagen gab sich der Ständerat bezüglich des Artikels zur Evaluation: Hier verzichtete er auf die Möglichkeit, die ÜL im Rahmen der Evaluation nach fünf Jahren wieder streichen zu können.

Nachdem der letzte Aspekt der Vorlage diskutiert und diese somit an den Nationalrat zurückgewiesen worden war, verabschiedete Ständeratspräsident Stöckli (sp, BE) den Rat ins Wochenende. Die von ihm angekündigte nächste Sitzung des Ständerates am folgenden Montag fand hingegen nicht mehr statt, die Session war in der Zwischenzeit aufgrund der Ausbreitung des Coronavirus abgebrochen worden.¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 19.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2020 gelang dem Parlament, was eigentlich für die Frühjahrsession geplant, aufgrund des Corona-bedingten Abbruchs jedoch nicht mehr möglich gewesen war: **Es verabschiedete die Überbrückungsleistungen (ÜL) für ältere Arbeitslose.**

In der letzten Runde des Differenzbereinigungsverfahrens machte der Nationalrat erneut einen Kompromissvorschlag: Die Behinderungs- und Krankheitskosten sollten entsprechend der Absicht des Ständerates separat vergütet, aber in den Plafond integriert werden. Im Gegenzug sollte der Plafond gemäss Absicht des Nationalrats bei Einzelpersonen und Mehrpersonenhaushalten das 2.25-fache des allgemeinen Lebensbedarfs gemäss Ergänzungsleistungen decken. Eine Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) wollte weiterhin auf die separate Vergütung der Krankheitskosten verzichten, fand jedoch bei 160 zu 28 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) ausserhalb der Grünen Fraktion nur eine zusätzliche Stimme.

Die **Einigungskonferenz** zeigte sich mit dem Kompromissvorschlag des Nationalrats bei 18 zu 8 Stimmen mehrheitlich einverstanden. In der Ständeratsdebatte präsentierte Josef Dittli (fdp, UR) dem Rat noch ein letztes Mal die aktuellsten Zahlen: Der Plafond liege somit bei einer Einzelperson bei CHF 44'000 (anstelle der CHF 39'000, die der Ständerat vorgesehen hatte), insgesamt ergebe das Mehrkosten von CHF 1.6 Mio., mit denen jedoch der Anteil Personen, die ihren Lebensunterhalt trotz ÜL nicht decken

könnten, von 16 Prozent bei der ständerätlichen Version auf 3 Prozent gesenkt werden könne. Damit rechne man mit jährlich CHF 150 Mio. bei 3'400 Bezügerinnen und Bezüger im Vergleich zu CHF 230 Mio. bei 4'600 Beziehenden, von denen der Bundesrat ausgegangen war. Alex Kuprecht (svp, SZ) vertrat in der Folge seine Minderheit auf Abschreibung der Vorlage: Er habe bereits zu Beginn der Debatte zu den ÜL darauf hingewiesen, dass die Zahlen zur Anzahl Bezügerinnen und Bezüger bei einer Rezession schnell sehr stark ansteigen könnten – dieses Szenario sei nun sehr viel schneller und sehr viel gravierender eingetreten als erwartet. Aufgrund der riesigen Neuverschuldung und des Steuereinbruchs wegen der Corona-Krise solle man nun bei neuen gebundenen Ausgaben zurückhaltend sein, zumal die Zahl der Bezügerinnen und Bezüger nun «ein Mehrfaches betragen» würde; er rechne mit jährlich CHF 500 Mio. bis CHF 1 Mrd. und zwischen 10'000 und 15'000 Bezügerinnen und Bezüger. Kuprecht und weitere Kritiker des neuen Gesetzes schöpften in ihrer Kritik noch einmal aus dem Vollen: Die Vorlage missachte das Subsidiaritäts- und das Föderalismusprinzip, sei eine zu grosse finanzielle Belastung für den Bund, zumal alle anderen Sozialwerke auch nicht gesichert seien, stelle eine Verschiebung der Verantwortung von den Sozialpartnern zum Bund dar, sei der falsche Ansatz, weil ältere Leute Arbeit, nicht Geld wollten, sowie ein bedenkliches Signal an die Arbeitswelt und an die Über-50-Jährigen. Abschliessend warb Gesundheitsminister Berset noch einmal für die Vorlage: Er pflichtete bei, dass die Situation nach Corona nun eine andere sei, betonte jedoch, dass dies nicht gegen die Vorlage spreche. So seien die gute wirtschaftliche Lage der Schweiz sowie ihre Handlungsfähigkeit in Krisenzeiten auf das Gleichgewicht zwischen einem offenen, wettbewerbsfähigen Arbeitsmarkt und einem soliden Sozialsystem zurückzuführen. Entsprechend solle man nun, nachdem man sich mit Milliarden für die Wirtschaft engagiert habe, auch CHF 150 Mio. pro Jahr für diejenigen Personen mit der schwierigsten Situation auf dem Arbeitsmarkt einsetzen. Mit 27 zu 16 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) nahm der Ständerat den Vorschlag der Einigungskonferenz an.

Ein letztes Mal versuche er nochmals, den Rat davon zu überzeugen, dass die ÜL zukünftig «verheerende Folgen» haben würden, betonte Thomas de Courten (svp, BL) in der Nationalratsdebatte zum Vorschlag der Einigungskonferenz. Man schaffe damit in schwierigen Zeiten – insbesondere auch für die übrigen Sozialwerke – ein neues Sozialwerk – und dies nur als Gegenargument zur Begrenzungsinitiative. Trotz dieser letzten mahnenden Worte entschied sich der Nationalrat mit 131 zu 57 Stimmen (bei 4 Enthaltungen), den Vorschlag der Einigungskonferenz anzunehmen. Die ablehnenden Stimmen stammten von der geschlossenen stimmenden SVP-Fraktion sowie von je 2 Mitgliedern der FDP.Liberalen- und der Mitte-Fraktion. Ende Session stimmten schliesslich sowohl der Nationalrat (128 zu 64 Stimmen bei 6 Enthaltungen) als auch der Ständerat (27 zu 16 Stimmen bei 2 Enthaltungen) der Einführung von Überbrückungsrenten für ältere Arbeitslose zu.²

Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

Nachdem der Bundesrat dem Parlament die Botschaft zur **AHV 21** vorgelegt hatte, diskutierten die Medien die Vorlage in unregelmässigen Zeitabständen. Im Zentrum der Diskussion stand insbesondere die vorgeschlagene Rentenaltererhöhung der Frauen, welche für Frauenorganisationen und linke Parteien eine «unglaubliche Frechheit», wie es das Streikkollektiv des Frauenstreiks ausdrückte, und einen Referendumsgrund, für viele Bürgerliche jedoch eine notwendige Massnahme zur Sanierung der AHV darstellte. Mehrfach wurde zu diesem Zeitpunkt auch bereits eine weitergehende Rentenaltererhöhung für Frauen und Männer auf 66 oder gar 67 Jahre gefordert. So schlug zum Beispiel Ständerat Ruedi Noser (fdp, ZH; Mo. 20.3225) in einer Motion vor, eine automatische schrittweise Erhöhung des Rentenalters auf 67 Jahre mit einer Erhöhung des gesetzlichen Ferienanspruchs um zwei Wochen zu verknüpfen. Demgegenüber wurde auch darüber diskutiert, ob das Konzept der Pensionierung und des fixen Rentenalters überhaupt noch zeitgemäss sei oder ob es nicht besser abgeschafft werden sollte. Immer wieder beriefen sich die Medien zudem auf Umfragen, um die Zukunftssorgen der Bevölkerung bezüglich ihrer Altersvorsorge zu unterstreichen. Gleichzeitig ergaben aber auch mehrere solche Umfragen, dass eine Mehrheit der Befragten, insbesondere der befragten Frauen, eine Erhöhung des Frauenrentenalters ablehnte (z.B. Umfrage Deloitte: Männer: 60% für Erhöhung des Frauenrentenalters, 32% der Frauen dafür). Ende November 2019 forderte schliesslich auch die OECD in ihrem alle zwei Jahre erscheinenden Länderbericht zur Schweiz eine Rentenaltererhöhung.

Die Ausgangslage der Vorlage AHV 21 änderte sich – wie so vieles – im Frühjahr 2020 mit

dem Ausbruch der Corona-Pandemie. Diese habe aufgezeigt, «wie wertvoll funktionierende Sozialversicherungen sind», betonte der Tages-Anzeiger, aber habe auch grosse Kosten für die Altersvorsorge mit sich gebracht (NZZ). Gerade für die AHV sei die Situation aufgrund des Umlageverfahrens schwierig: Erste Schätzungen wiesen aufgrund des Rückgangs der Löhne und somit auch der Lohnbeiträge auf einen Corona-bedingten Schaden für die AHV und IV von CHF 4 bis 5 Mrd. hin. Vor der Pandemie sei mit einem Umlageergebnis von CHF 800 Mio. gerechnet worden, wobei die CHF 2 Mrd., welche die AHV aufgrund der STAF jährlich zusätzlich erhält, bereits inbegriffen waren. Nun müsse trotz dem Zuschuss mit einem deutlich negativen Umlageergebnis gerechnet werden, das vermutlich auch nicht durch ein positives Anlageergebnis des AHV-Ausgleichsfonds kompensiert werden könne. Bereits vor der Corona-Krise rechnete das BSV überdies ohne AHV-Reform für das Jahr 2035 mit einem Umlagedefizit von CHF 10 Mrd.

Nicht nur bezüglich des Ablaufs der Behandlung der Vorlage, auch bezüglich des Inhalts erwarteten die Medien einen Einfluss der Corona-Pandemie auf die AHV 21: So werde es jetzt noch schwieriger, Steuergelder für die AHV zu beschaffen, mutmasste etwa der Tages-Anzeiger. FDP-Ständerat Dittli (fdp, UR) betonte denn auch, dass eine Mehrwertsteuererhöhung um 0.7 Prozentpunkte wegen Corona inakzeptabel sei.

Im August 2020 begann die **SGK-SR die Vorberaterung der Vorlage zur Stabilisierung der AHV («AHV 21»)**. Dabei hörte sie sich verschiedene Vertreterinnen und Vertreter von Kantonen, Sozialpartnern und Frauenorganisationen an und erteilte der Verwaltung verschiedene Abklärungsaufträge. Bereits vor dieser ersten Sitzung hatten die Medien aber über einen von Ständerat Kuprecht (svp, SZ) initiierten bürgerlichen AHV-Pakt zur Vorlage berichtet. So hätten «sozialpolitische Wortführer» der SVP, FDP, CVP und später auch der GLP aus beiden Räten bereits im März eine parteiübergreifende Arbeitsgruppe gebildet, wie die NZZ schilderte und Alex Kuprecht (svp, SZ) und Ruth Humbel (cvp, AG) bestätigten. Ziel der Gruppe sei es gemäss Medien, eine Mitte-links Allianz, wie sie bei der Altersvorsorge 2020 zwischen der CVP und den linken Parteien entstanden war, zu verhindern. Die Gruppe habe sich auf folgende Eckwerte für die AHV 21-Vorlage geeinigt: eine Rentenaltererhöhung für Frauen auf 65 Jahre und eine Rentenverbesserung in der Höhe von CHF 400 Mio. bis CHF 550 Mio. für vier betroffene Frauenjahrgänge; eine flexible Ausgestaltung des Rentenübergangs mit Teilrenten ab 63 Jahren; eine Erhöhung der Freibeträge für Erwerbstätige über 65 Jahren; eine maximale Mehrwertsteuererhöhung um 0.3 Prozentpunkte. Zum Vergleich: Die vom Bundesrat vorgelegte Botschaft enthielt unter anderem Ausgleichszahlungen an Frauen in der Höhe von CHF 700 Mio. für neun Jahrgänge und eine Mehrwertsteuererhöhung um 0.7 Prozentpunkte. Weitere zentrale Punkte seien gemäss Presse bei den Eckwerten bisher aber ausgeklammert worden, etwa die Plafonierung der AHV-Rente für Ehepaare. Die SP reagierte mit einem Communiqué auf den Zeitungsartikel und bezeichnete die Absicht der Gruppe als «Betrug an den Frauen», da diese die «Kosten der AHV-Reform nahezu alleine tragen» sollten, obwohl sie bei den Renten bereits jetzt benachteiligt seien. Gerade bezüglich der Kompensation für die Frauen zeigte sich jedoch auch die GLP in den Medien kritisch gegenüber den Eckwerten: Eine Rentenaltererhöhung sei nur möglich, wenn gleichzeitig die diskriminierenden Aspekte der zweiten Säule angegangen würden, erklärte etwa Tiana Angelina Moser (glp, ZH).

Anfang September traf die Kommission in ihrer Vorberaterung erste Vorentscheidungen: Sie sprach sich mit 9 zu 3 Stimmen (bei 1 Enthaltung) für die Erhöhung des Frauenrentenalters auf 65 Jahre aus. Während vier Jahren solle das Referenzalter – wie das Rentenalter neu heissen soll – um je drei Monate pro Jahr erhöht werden. Über die Ausgleichsmassnahmen für die ersten Jahrgänge von Frauen, die länger arbeiten müssen, diskutierte die Kommission erst im Oktober. Dabei beauftragte sie die Verwaltung mit der Berechnung von verschiedenen Ausgleichsvarianten, die gemäss Medien jedoch allesamt von einem Ausgleich für lediglich vier Jahrgänge ausgingen.

Die Medien verwiesen in der Folge auf den Zeitdruck, unter dem das Projekt stehe, zumal eine allfällige zusätzliche Rentenaltererhöhung erst möglich sei, nachdem das Rentenalter der Frauen angeglichen worden sei. Dies sei aber frühestens im Jahr 2026, später war gar von 2027 die Rede, möglich. Folglich erntete die SGK-SR für die Dauer ihrer Vorberaterung einige Kritik: «Im parlamentarischen Alltag scheint der Reformdruck noch nicht angekommen zu sein», kritisierte etwa der Tages-Anzeiger.³

Krankenversicherung

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 Änderungen 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.⁴

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.⁵

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 10.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

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 Frühjahrssession 2020 stattfinden.⁶

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 09.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

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 Kommissionssprecher 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 Organisationshöhe. 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 Kommissionssprecher 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 Kommissionsmehrheit 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 Kommissionsminderheit 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.⁷

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).⁸

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 Kommissionsmehrheit hingegen die schwarzen Listen säumiger Prämienzahler, 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 Kommissionsminderheit 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 unterstützte 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.⁹

STANDESINITIATIVE
DATUM: 07.06.2021
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2021 behandelte der **Ständerat** den Vorschlag seiner SGK über die **Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht**. Kommissionsprecher 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.¹⁰

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.¹¹

1) AB SR, 2020, S. 168 ff.

2) AB NR, 2020, S. 1181; AB NR, 2020, S. 558 ff.; AB NR, 2020, S. 896 ff.; AB SR, 2020, S. 451 ff.; AB SR, 2020, S. 627

3) Medienmitteilung SGK-SR vom 12.8.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 20.10.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 4.9.20; Medienmitteilung SP vom 5.8.20; TA, 9.4., 24.5.19; AZ, 25.5.19; TA, 27.5.19; AZ, Blick, TA, 22.6.19; NZZ, SGT, 26.6.19; BaZ, 3.7.19; BaZ, Blick, CdT, Lib, NZZ, SGT, TA, TG, 4.7.19; NZZ, 5.7.19; TA, 6.7., 22.7.19; So-Bli, 28.7.19; AZ, BaZ, 20.8.19; NZZ, 21.8., 29.8.19; TA, 11.9.19; So-Bli, 22.9.19; AZ, 23.9., 24.9.19; Blick, 30.9.19; AZ, 8.10.19; Blick, TA, 5.11.19; WoZ, 14.11.19; So-Bli, 17.11.19; NZZ, 9.1., 25.2., 12.5.20; TA, 27.5.20; So-Bli, 5.7.20; AZ, 6.7.20; NZZ, 17.7., 18.7.20; NZZ, 5.8.20; AZ, CdT, 6.8.20; LT, 8.8.20; NZZ, WOZ, 13.8.20; LT, 1.9.20; Blick, LT, 2.9.20; Blick, 3.9.20; Lib, NZZ, 4.9.20; CdT, TA, 5.9.20; Lib, 11.9.20; NZZ, 14.9.20; WW, 17.9.20; LT, 23.9.20; LT, NZZ, 2.10.20; SoZ, 4.10.20; CdT, 6.10.20; NZZ, 9.10.20; LT, 22.10.20; LT, 26.10.20

4) AB NR, 2017, S. 572; AB SR, 2017, S. 130 ff.; AB SR, 2017, S. 306; BZ, CdT, NZZ, TG, 8.3.17

5) AB SR, 2019, S. 1045 ff.

6) AB SR, 2020, S. 93 f.

7) AB SR, 2020, S. 707 ff.

8) AB NR, 2020, S. 2523; AB NR, 2020, S. 2729; AB SR, 2020, S. 1285 ff.; AB SR, 2020, S. 1439

9) BBl, 2021, S. 1058 ff.

10) AB SR, 2021, S. 488 ff.

11) AB SR, 2021, S. 832 f.; Bericht SGK-SR vom 31.8.21