

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Keine Einschränkung
Akteure	Fehr, Jacqueline (sp/ps, ZH) NR/CN
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2023

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Rohrer, Linda
Schnyder, Sébastien

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Rohrer, Linda; Schnyder, Sébastien 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, 2000 - 2017*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Sozialversicherungen	1
Erwerbsersatzordnung (EO)	1
Private Vorsorge	3
Krankenversicherung	3

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
ALV	Arbeitslosenversicherung
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
MWST	Mehrwertsteuer
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
EO	Erwerbsersatzordnung

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
AC	assurance-chômage
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
APG	allocations pour perte de gain

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Erwerbsersatzordnung (EO)

MOTION
DATUM: 06.10.2000
MARIANNE BENTELI

Wie Nationalrätin Teuscher (gp, BE) beim Elternurlaub wollte ihre Ratskollegin Fehr (sp, ZH) den Bund verpflichten, als Arbeitgeber Vorbildfunktion für die Privatwirtschaft zu übernehmen. Mit einer **Motion** verlangte sie, das Bundespersonalgesetz so anzupassen, dass – wenn ein Bundesangestellter Vater wird – der **Bund die Hälfte der Kosten für den Mutterschaftsurlaub der Frau übernimmt**. Damit sollte der Bund ein Beispiel dafür setzen, dass mangels einer echten Mutterschaftsversicherung die Kosten für den Mutterschaftsurlaub hälftig zwischen den Arbeitgebern beider Elternteile übernommen werden sollten, um eine Diskriminierung der Frauen im gebärfähigen Alter auf dem Arbeitsmarkt zu vermeiden. Der Bundesrat machte geltend, der Vorschlag wäre in der Praxis kaum durchführbar, weshalb er erfolgreich Umwandlung in ein Postulat beantragte.¹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 20.06.2001
MARIANNE BENTELI

Nur wenige Tage später präsentierten Abgeordnete der vier Bundesratsparteien (Triponez, fdp, BE – Fehr, sp, ZH – Meyer-Kälin, cvp, FR – Haller, svp, BE) ein eigenes Modell für eine **über die EO finanzierte Mutterschaftsversicherung**, die den erwerbstätigen Müttern während 14 Wochen 80% des Lohnes garantieren soll; im Gegenzug würde die Grundentschädigung für alle Dienstleistende in der Armee (mit Ausnahme der Rekruten) ebenfalls auf 80% des vor dem Erwerbsausfall erzielten Lohnes festgesetzt. Angesichts der beträchtlichen Reserven der EO kann bei dieser Lösung bis auf weiteres auf eine Erhöhung der Lohnabzüge zugunsten der EO verzichtet werden; eine spätere moderate Erhöhung des Beitragssatzes um ein Lohnpromill wurde nicht ausgeschlossen. Der Vorschlag wurde von Gewerbeverbanddirektor Triponez – zwei Jahre zuvor einer der prononciertesten Gegner einer Versicherungslösung – versehen mit 108 Unterschriften in Form einer parlamentarischen Initiative im Nationalrat eingereicht.²

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 03.12.2002
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte der Nationalrat einer parlamentarischen Initiative Triponez (fdp, BE) für einen über die Erwerbsersatzordnung (EO) finanzierten Mutterschaftsurlaub Folge gegeben und seine Fachkommission (SGK) mit der konkreten Ausarbeitung einer Gesetzesvorlage beauftragt. Diese sprach sich für einen **vierzehnwöchigen Mutterschaftsurlaub** für unselbständig und selbständig erwerbstätige Mütter aus, mit einem Erwerbsersatz von 80% des vor der Geburt des Kindes erzielten durchschnittlichen Einkommens. Die Mutterschaftsentschädigung wird ins Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee, Zivildienst und Zivilschutz aufgenommen. Parallel dazu schlug die Kommission vor, die Grundentschädigung für Dienstleistende – mit Ausnahme der Rekruten – von heute 65% auf 80% des entgehenden Verdienstes heraufzusetzen. Auch der Bundesrat unterstützte dieses Modell.

Im Plenum bekämpften der Freisinnige Wasserfallen (BE) und die SVP-Mitglieder der Kommission die Vorlage erfolglos mit zwei Nichteintretensanträgen. Sie argumentierten mit der erst drei Jahre zuvor erfolgten Ablehnung einer Mutterschaftsversicherung in der Volksabstimmung und monierten, damit werde einmal mehr der Volkswille missachtet. Die Befürworter erinnerten daran, dass die Mutterschaftsversicherung 1999 vor allem deshalb verworfen worden war, weil auch ein Teil der nichterwerbstätigen Frauen einbezogen werden und die Finanzierung über die MWSt erfolgen sollte; mit der neuen Lösung würden nur erwerbstätige Frauen berücksichtigt, welche seit jeher Beiträge in die EO einbezahlen. Zudem seien die Kosten des Modells moderat. Die Kommission bezifferte sie auf CHF 543 Mio jährlich, CHF 483 Mio. für die Mutterschaftsleistungen und CHF 60 Mio. für die Erhöhung der Entschädigung für die Dienstleistenden. Bis 2008 würden die Reserven des EO-Fonds für die Finanzierung ausreichen. Nachher müssten in zwei Schritten die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge von 0,3 auf 0,5 Promille angehoben werden. Um allfälligen Referendumsgelüsten gar nicht erst Nahrung zu geben, appellierte Nationalrätin Fehr (sp, ZH) – mit Triponez (fdp, BE), Meyer (cvp, FR) und Haller (svp, BE) Mitinitiantin des neuerlichen Anlaufs – bereits in der Eintretensdebatte an den Rat, keinen

weitergehenden Anträge zuzustimmen, da sie die Vorlage gefährden könnten.

In der Detailberatung fand Fehr Gehör, allerdings nicht bei ihrer eigenen Partei. Diese unterstützte zusammen mit den Grünen zwei Anträge Maury Pasquier (sp, GE), die einen sechzehnwöchigen Mutterschaftsurlaub und den Einbezug von Adoptiveltern verlangten. Beide Anträge scheiterten mit 65 zu 57 resp. 84 zu 57 Stimmen. Abgelehnt (mit 91 zu 63 Stimmen) wurde auch ein Antrag Stahl (svp, ZH), der die Mutterschaftsversicherung auf Frauen ausweiten wollte, die im Betrieb des Ehemannes mitarbeiten. Wenig Verständnis fand ein Antrag Wasserfallen (fdp, BE), der dafür plädierte, auch den nichterwerbstätigen Müttern Leistungen der EO auszurichten. Da Wasserfallen 1999 die Ausdehnung auf die Nichterwerbstätigen an vorderster Front bekämpft hatte, wurde er verdächtigt, er wolle mit dem Antrag die ganze Vorlage zu Fall bringen. Nicht einmal die CVP, die dieses Anliegen 1995 in die Diskussion gebracht und wie eine Löwin dafür gekämpft hatte, mochte sich für den Antrag zu erwärmen, der mit 119 zu 33 Stimmen verworfen wurde. Engelberger (fdp, NW), der verlangte, auch die Entschädigungen für die Rekruten seien anzuheben, wurde auf eine in Zusammenhang mit „Armee XXI“ geplante EO-Revision vertröstet. Am Ende passierte die Vorlage mit 129 zu 27 Stimmen. Die Nein-Stimmen stammten von einer Mehrheit der männlichen SVP-Abgeordneten sowie von den beiden Freisinnigen Wasserfallen (BE) und Bosshard (ZH). Von der SVP stimmten die beiden Frauen Gadiant (GR) und Haller (BE) sowie Hassler (GR), Siegrist (AG), Joder und Weyeneth (beide BE) dafür.³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 12.06.2003
MARIANNE BENTELI

In der Sommersession behandelte der Ständerat die durch eine parlamentarische Initiative des Nationalrats initiierte **Revision des Erwerbsersatzgesetzes**, mit welchem der Kreis der Anspruchsberechtigten auf Mütter ausdehnt wird, die im Zeitpunkt der Niederkunft als Arbeitnehmerinnen oder Selbstständigerwerbende im Sinn des Sozialversicherungsrechts gelten oder die im Betrieb des Ehemannes mitarbeiten und dafür einen Barlohn erhalten. Ihnen wird während 14 Wochen eine Erwerbsersatzentschädigung gewährt, die 80% des durchschnittlichen versicherten Lohnes beträgt, welcher vor dem Verdienstausschlag erzielt wurde. In seinem Eintretensvotum betonte der Sprecher der Kommission, es handle sich nicht um eine eigenständige Mutterschaftsversicherung im Sinn eines neuen Sozialversicherungszweiges, sondern es werde – mit der Finanzierung über die EO – ein bisheriges Instrument ausgebaut, weshalb die zusätzlichen Administrativkosten gering seien. Forster (fdp, SG) betonte, eine Mutterschaftsversicherung gehöre „zu den vordringlichen politischen Aufgaben“. Mehrere Rednerinnen erklärten, auch wenn das Volk dreimal entsprechende Vorlagen abgelehnt habe, so sei der Verfassungsauftrag doch nie in Frage gestellt worden.

Eintreten wurde ohne Gegenantrag beschlossen, obgleich die SVP die Vorlage als „ordnungspolitischen Sündenfall“ bezeichnete, da damit der Sozialstaat weiter ausgebaut und die Eigenverantwortung der Familien geschwächt werde, sowie als „Zwängerei“ gegenüber dem Ergebnis der letzten Volksabstimmung. Für die meisten erstaunlich war die Argumentation von Germann (svp, SH), er widersetzte sich dem Vorschlag deshalb, weil nur die erwerbstätigen Mütter berücksichtigt würden; dabei war es 1999 gerade die SVP gewesen, welche die Mutterschaftsversicherung mit dem Argument bekämpft hatte, der Einbezug der nichterwerbstätigen Frauen sei nicht statthaft. Bei der Detailberatung versuchte Jenny (svp, GL) noch einmal, auf die Einführung eines Mutterschaftstaggelds zurückzukommen, scheiterte aber mit 30 zu 8 Stimmen deutlich. Bei den meisten Bestimmungen schloss sich der Ständerat dem Nationalrat an, wobei er aber die Dauer der vorgängigen Erwerbsarbeit, die zu einem Anspruch führt, von drei auf fünf Monate ausdehnte. In einem Punkt schuf er allerdings eine gewichtige Differenz zur grossen Kammer: Mit 25 zu 10 Stimmen folgte er dem Antrag der Kommission, die Anspruchsberechtigung auch auf Fälle von Adoption auszudehnen, allerdings in eingeschränkter Form (lediglich vier Wochen, und nur, falls das zu adoptierende Kind jünger als vier Jahre ist). Forster (fdp, SG) machte vergebens geltend, damit lege man der Vorlage unnötig Stolpersteine in den Weg, weshalb es der Nationalrat auch ausdrücklich vermieden habe, die Adoption zu berücksichtigen. Vor den Beratungen hatten auch der Initiant und die drei Initiantinnen des Modells – Triponez (fdp, BE), Haller (svp, BE), Meyer (cvp, FR) und Fehr (sp, ZH) – erfolglos an den Ständerat appelliert, das Fuder nicht zu überladen.⁴

Private Vorsorge

POSTULAT

DATUM: 08.06.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2016 erschien der Bericht «**Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege**» in Erfüllung der Postulate Fehr (sp, ZH; Po. 12.3604), Eder (fdp, ZG; Po. 14.3912) und Lehmann (cvp, BS; Po. 14.4165). Er wird hier beschrieben.⁵

Krankenversicherung

PARLAMETARISCHE INITIATIVE

DATUM: 20.09.2001
MARIANNE BENTELI

Mit mehreren **parlamentarischen Initiativen** wurde in der Herbstsession verlangt, die **Prämienbelastung** insbesondere für den **Mittelstand** resp. für **Familien mit Kindern** zu **senken**. Im Einklang mit Bundesrätin Dreifuss regte die SP-Fraktion an (Pa.lv. 00.449), die von den Kantonen zur Prämienverbilligung nicht abgeholten Bundessubventionen seien gezielt zur Entlastung von Familien mit Kindern einzusetzen. Nationalrätin Fehr (sp, ZH) wollte (Pa.lv. 00.453), dass Jugendliche unter 18 Jahren keine Prämien für die Grundversicherung bezahlen und Personen in Ausbildung eine Prämienreduktion erhalten. Mit dem Hinweis auf die laufende KVG-Teilrevision wurden diese beiden Vorstösse mit Zweidrittelmehrheiten verworfen. Mit nur einer Stimme Differenz ganz knapp angenommen wurde hingegen eine Initiative Meyer-Kälin (cvp, FR), die verlangt, dass die Grundversicherungsprämie für das zweite Kind um 50% gesenkt wird und ab dem dritten Kind ganz entfällt, wenn Eltern und Kinder bei der gleichen Kasse versichert sind. Eine Motion Robbiani (cvp, TI) (Mo. 00.3082), die eine Prämienfreiheit für Jugendliche anstrebte, war bereits in der Sommersession abgelehnt worden.⁶

VOLKSINITIATIVE

DATUM: 08.05.2006
MARIANNE BENTELI

Ende 2005 hatte der Bundesrat dem Parlament die **Volksinitiative „Für eine soziale Einheitskrankenkasse“** zur Ablehnung empfohlen mit dem Argument, ein fundamentaler Kurswechsel dränge sich nicht auf; ein System mit einer Mehrzahl von Anbietern weise klare Vorteile gegenüber einer Monopolstellung einer einzigen Krankenkasse auf. Nach Ansicht des Bundesrates ist auch eine Umstellung des Finanzierungssystems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Vorstellungen der Initiative nicht zweckdienlich. Die Einführung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten und damit die Abschaffung der einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämie käme der Schaffung einer neuen Einkommens- und Vermögenssteuer gleich. Einer in diesem Punkt vergleichbaren Vorlage, der Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)“, habe das Schweizer Stimmvolk im Mai 2003 eine deutliche Absage erteilt.

Im **Nationalrat** bezeichnete Kommissionssprecher Bortoluzzi (svp, ZH) die Initiative als falschen Weg, um die Mängel im Gesundheitswesen zu beheben. Die Position der Versicherten würde mit einer Einheitskasse nicht gestärkt. Vielmehr verunmögliche diese die nötige verstärkte wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems. Als Sprecherin der Kommissionsminderheit warb Goll (sp, ZH) für die Initiative. Die zehnjährige Erfahrung mit dem KVG habe gezeigt, dass der viel gepriesene Wettbewerb unter den Krankenkassen versagt habe. Die Kassen seien zu den grössten Kostentreibern geworden, da sie bei der Jagd nach guten Risiken Millionenbeträge für Werbekosten aufwenden würden. Die Umsetzung der Initiative sei einfach. Im Sozialversicherungsbereich gebe es analoge Modelle, die gut funktionieren, so etwa die AHV, die ALV oder die Unfallversicherung mit dem Quasimonopol der Suva. Ruey (lp, VD) zeigte sich im Namen der FDP-Fraktion überzeugt, dass die Einheitskasse kein einziges Problem im Gesundheitswesen löse; vielmehr verschlechtere ein solches Monopol das System, schränke die Freiheit der Versicherten ein und erhöhe die Ausgaben. Humbel Näf (cvp, AG) vertrat als Sprecherin der CVP-Fraktion die Auffassung, dass mit dem vorgeschlagenen Prämiensystem die niedrigen Einkommen sowie der Mittelstand stärker belastet würden. Zudem sei eine Einheitskasse kostentreibend und führe in die Staatsmedizin. Gegenteiliger Meinung war Fehr (sp, ZH), die im Namen der SP die Initiative unterstützte. Vor allem die mittleren Einkommen und die Familien würden von der Einheitskasse profitieren. In der ausgedehnten Debatte lehnten die bürgerlichen Fraktionen die Initiative ab. Von dieser Seite wurde auch befürchtet, dass ein Systemwechsel zu einer verstärkten Rationierung führe. Wenn der Staat sparen müsse, werde er direkt Einfluss auf die Leistungen einer Einheitskasse nehmen. Unterstützt wurde die Initiative von den geschlossenen Fraktionen der Grünen und der SP. Der Rat entschied sich schliesslich mit 109 zu 61 Stimmen gegen das Begehren.⁷

Nach langwierigen Vorarbeiten hatte der Ständerat im Vorjahr endlich sein Modell einer künftigen **Spitalfinanzierung** verabschiedet. Im Nationalrat bezeichnete die Kommissionssprecherin diese Vorlage als wichtigsten und wirksamsten Teil der Krankenversicherungsrevision. Gegen den Antrag von Huguenin (pda, VD), die vor negativen Folgen des Wettbewerbs warnte, trat der Rat mit 161 zu 3 Stimmen auf das Geschäft ein. Bei der Einführung von **Falkkostenpauschalen** (DRG-basierte Rechnungslegung) war man sich mit dem Ständerat weitgehend einig. Eine Kommissionsminderheit um Nationalrätin Fehr (sp, ZH) wollte im Gegensatz zum Ständerat die Investitionskosten für die Infrastruktur nicht in die Pauschalen einbeziehen. Die Fraktionen von SP und Grünen befürchteten davon Vorteile für die Privatspitäler. Diese könnten ihre Investitionen nach ganz anderen Kriterien tätigen und auf diese Weise Rosinen picken. Die Ratsmehrheit wollte aber eine Vollkostenrechnung ermöglichen und stimmte dem Einbezug der Investitionen zu. Intensiv wurde darüber diskutiert, wie die Kosten für die Listenspitäler zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern aufgeteilt werden sollen. Der Kommissionssprecher führte aus, dass diese **Aufteilung** von Kanton zu Kanton variere. 2004 lag der Kantonsanteil an den Kosten im Durchschnitt bei 58%, wobei sich die Quoten zwischen 38,3% (Thurgau) und 73,4% (Genf) bewegten. Die Kommission beantragte erfolgreich, und gegen die SP, welche 60% verlangt hatte, dass der Anteil der Kantone auf **mindestens 55%** fixiert wird. Der Rat lehnte zudem mit 113 zu 58 Stimmen die vom Ständerat vorgesehene Möglichkeit als zu kompliziert ab, dass Kantone mit tiefem Prämienniveau den Anteil auf 45% senken könnten.

Weiter beschloss der Nationalrat auf Antrag seiner Kommission, dass künftig landesweit die **freie Spitalwahl** (innerhalb der Listenspitäler) gelten soll, auch ohne entsprechende Zusatzversicherung, da dies den Wettbewerbsdruck erhöhe. Die freie Spitalwahl wurde einzig von den Fraktionen der Grünen und der EVP/EDU bekämpft. Diese sahen in dieser für die Kantone teuren Bestimmung keinen entsprechenden Zusatznutzen und verlangten vergeblich, bei der Fassung des Ständerats zu bleiben. Für eine zusätzliche Wahlfreiheit sprach sich der Rat im Bereich der Geburtshäuser aus. Gegen den Widerstand der SVP-Fraktion beschloss er, Spital und Geburtshaus gesetzlich gleichzustellen. Eine Kontroverse entspann sich zur Frage der **Vertragsspitäler**. Entgegen dem Antrag der Kommission, der von linker und grüner Seite unterstützt wurde, hielt der Nationalrat an den vom Ständerat vorgeschlagenen Vertragsspitälern fest. Mit solchen privaten Krankenhäusern, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste figurieren und auch keine Kantonsbeiträge erhalten, sollen die Krankenversicherer in Zukunft ebenfalls Verträge abschliessen können. Diese Möglichkeit durchkreuze die Spitalplanung der Kantone und schaffe von der Grundversicherung mitgetragene Überkapazitäten argumentierte die Ratslinke. Schliesslich kam auch der schwelende Konflikt unter den Kantonen über die Standorte der Spitzenmedizin zur Sprache. Der Rat beschloss gemäss Antrag seiner Kommission und entsprechend der Ständeratsfassung, dass die Kantone die gesamtschweizerische Planung gemeinsam vornehmen. Wenn sie dies indessen nicht zeitgerecht tun, soll der Bundesrat festlegen, welche Spitäler für welche Sparten in den Spitallisten aufzuführen sind. In der Gesamtabstimmung unterstützte der Nationalrat die Vorlage mit 113 zu 54 Stimmen. Die SP-Fraktion lehnte die Vorlage wegen dem Passus über die Vertragsspitäler ab.⁸

In eine ähnliche Richtung zielte auch eine parlamentarische Initiative Jacqueline Fehr (sp, ZH), welche verlangte, dass Personen, die in einem operativen oder strategischen Leitungsgremium von Krankenkassen sitzen oder in den Leitungsgremien der entsprechenden Verbände, namentlich Santésuisse, tätig sind, der **Bundesversammlung nicht angehören** dürfen. Die Kommission des Nationalrates beantragte mit 16 zu 8 Stimmen, die parlamentarische Initiative abzulehnen. Dies mit der Begründung, dass Krankenkassen zwar im obligatorischen Bereich Verwaltungsaufgaben wahrnehmen, aber der Bund keine beherrschende Stellung einnehme, da er weder die geschäftsleitenden Gremien bestimme noch die Krankenkassen finanziere. Der Nationalrat folgte der Mehrheit seiner Kommission und lehnte die Initiative mit 104 zu 61 Stimmen ab.⁹

Durant l'année sous revue, les chambres ont poursuivi le processus d'élimination des divergences sur le volet relatif aux réseaux de soins intégrés de la **révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)** présentée en 2004 visant à faciliter le développement des modèles de réseaux de soins intégrés (**managed care**). Au Conseil national, les députés se sont ralliés par 117 voix contre 64 à la position du Conseil des Etats en adoptant une formule potestative dans la fixation de l'étendue de la coresponsabilité budgétaire et des exigences de qualité des réseaux. La gauche a milité en faveur d'une formule contraignante pour le gouvernement, en vain. Les députés ont par contre maintenu les autres divergences notamment sur la question de la quote-part différenciée. Ils ont ainsi rejeté par 63 voix contre 60 une minorité Rossini (ps, VS) suggérant d'adhérer à la position du Conseil des Etats, à savoir une participation aux frais de 5% pour les assurés membres d'un réseau de soins et de 15% pour ceux hors réseau. Ils ont ensuite préféré par 95 voix contre 80 une minorité Bortoluzzi (udc, ZH) proposant des quotes-parts différenciées de respectivement 10% et 20% à la proposition de leur commission proposant de les fixer à 7,5% et 15%. Le Conseil national a encore rejeté par 111 voix contre 88 la proposition du Conseil des Etats de fixer un plafond aux quotes-parts de 500 francs pour les assurés membres d'un réseau et de 1'000 francs pour les autres assurés. Sur ces votes, la gauche s'est opposée en vain à l'augmentation des charges financières des malades. Par ailleurs, les députés ont également réaffirmé par 129 voix contre 52 l'obligation pour les caisses d'assurance-maladie de proposer au moins un réseau de soins intégrés. Seuls un tiers du groupe PLR et la grande majorité du groupe UDC s'y sont opposés estimant que l'offre de réseaux est un avantage comparatif suffisamment incitatif pour que ce type de modèle se développe. La gauche et le groupe PDC se sont inquiétés de l'obligation pour certains assurés de payer une quote-part plus élevée en raison de l'absence de réseau dans leur région. En outre, les députés ont maintenu l'augmentation de prime supérieure à la moyenne comme motif de résiliation avant l'échéance d'un contrat et ont rejeté par 115 voix contre 61 une minorité Schenker (ps, BS) proposant de ne pas autoriser des durées de contrat allant jusqu'à trois ans. Ils ont toutefois obligé les assureurs à proposer des contrats d'une année. Finalement, le Conseil national a introduit sans opposition une nouvelle disposition visant à interdire aux caisses-maladie de gérer et de cofinancer des réseaux. Au Conseil des Etats, les sénateurs ont adhéré à la position du Conseil national relativement aux motifs de résiliation d'un contrat d'assurance. Toutefois, certaines divergences ont été maintenues. Les sénateurs ont ainsi adopté par 21 voix contre 19 une proposition de leur commission fixant des quotes-parts de 7,5% pour les assurés membres d'un réseau et de 15% pour ceux optant pour une prise en charge plus traditionnelle, alors qu'une minorité Gutzwiller (plr, ZH) a suggéré d'adhérer à la proposition du Conseil national. Ils ont également confirmé sans opposition leur volonté de mettre en place des plafonds à la participation des assurés et ont maintenu sans opposition également leur refus de ne pas obliger les assureurs à proposer des réseaux de soins intégrés. Toutefois, ils ont introduit une disposition permettant au gouvernement de prendre les mesures appropriées si dans un délai de cinq ans à partir de l'application de la loi, l'offre de réseaux n'est pas généralisée. Les sénateurs ont finalement suivi par 33 voix contre 10 la proposition de leur commission en s'opposant à l'introduction de la clause interdisant les caisses-maladie de gérer ou cofinancer des réseaux de soins. Leur commission estime que la disposition peut être aisément contournée à travers la création d'une holding et que, formellement, elle ne peut être recevable car introduite au cours de la procédure d'élimination des divergences. De retour au Conseil national, les députés ont adhéré par 110 voix contre 43 à la position du Conseil des Etats en fixant des plafonds maximaux de participation aux frais des patients. Cependant, ils ont décidé de supprimer la possibilité pour le Conseil fédéral d'ajuster ce montant en fonction du renchérissement. Quant au montant des quotes-parts, ils ont maintenu par 98 voix contre 54 leur position précédente malgré une minorité Jacqueline Fehr (ps, ZH). Ils ont également maintenu par 128 voix contre 35 l'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux de soins intégrés et par 121 voix contre 22 l'interdiction pour ces derniers de les gérer ou de les cofinancer.

Devant la confirmation de ces divergences, il a été nécessaire de convoquer une conférence de conciliation qui a proposé de fixer une quote-part de 10% pour les membres de réseaux et de 15% pour les autres, de ne pas obliger les assureurs à proposer des réseaux sur l'ensemble de leur territoire d'activités mais d'obliger le gouvernement à intervenir dans les trois ans si ce type d'offre n'est pas généralisé, de donner la possibilité au Conseil fédéral d'adapter le plafond de participation aux coûts en fonction du renchérissement et d'interdire la gestion ou le cofinancement de réseaux de soins par les assureurs tout en prévoyant un délai transitoire de 5 ans. Le Conseil des Etats a adhéré par 28 voix contre 9 à la proposition de la conférence. Au Conseil national, le groupe socialiste s'est opposé à la proposition considérant que le

projet initial a été vidé de sa substance. Le groupe a critiqué l'accroissement des charges sur les assurés et l'absence d'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux. Le groupe écologiste et le bloc bourgeois se sont montrés majoritairement favorables à la proposition estimant qu'elle demande une participation de tous les acteurs, renforce la médecine de famille et freine l'augmentation des prestations. Les députés ont donc accepté par 111 voix contre 39 la proposition. Au vote final, et après avoir corrigé une lacune relative aux dispositions transitoires en maintenant la législation en vigueur dans les cantons ne disposant pas de réseau, la chambre haute et la chambre basse ont adopté le projet par respectivement 28 voix contre 6 et 133 voix contre 46 et 17 abstentions. Dans cette dernière chambre, la majorité du groupe socialiste, un tiers du groupe écologiste et une partie du groupe UDC se sont opposés au projet. Un groupe de praticiens réunissant des spécialistes libéraux et des médecins favorables à la caisse unique ainsi que l'USS ont annoncé vouloir lancer un référendum.¹⁰

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.03.2013
FLAVIA CARONI

Die Räte begannen die Beratung des Entwurfs zu einem Bundesgesetz betreffend die **Aufsicht über die soziale Krankenversicherung**, den der Bundesrat im Vorjahr vorgelegt hatte. Das neue Gesetz soll Lücken schliessen, welche bestehen, weil das Krankenversicherungsgesetz (KVG) bei seiner Schaffung 1994 primär auf die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ausgerichtet worden war. Die Aufsicht dagegen ist nach Sicht des Bundesrates bisher ungenügend geregelt. Da eine Integration ins KVG nicht zweckdienlich wäre, soll ein eigenständiges Gesetz geschaffen werden, das in rund 60 Artikeln Verbesserungen im Bereich der finanziellen Sicherheit und Transparenz bietet, die Unternehmensführung der Kassen strenger regelt, die Kompetenzen der Aufsichtsbehörde erweitert und griffige Strafmassnahmen enthält. Konkret beinhaltet der Entwurf Vorschriften zur Unternehmensführung der Kassen mit Unvereinbarkeitsregelungen und Offenlegungspflichten hinsichtlich leitender Organe, welche denen für börsennotierte Unternehmen ähnlich sind. Für die Aufsicht über Versicherungskonzerne, die sowohl in der Grund- als auch in der Zusatzversicherung tätig sind, soll ein Informationsaustausch zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und anderen Aufsichtsbehörden, insbesondere der Finanzmarktaufsicht (Finma), ermöglicht werden. Neu sollen die Mindestreserven der Kassen anhand der tatsächlichen Risiken für jede Kasse einzeln berechnet werden. Das Verfahren zur Genehmigung der Prämientarife wird im bundesrätlichen Entwurf präzisiert. Die Prämien müssen in jedem Fall kostendeckend sein; stellen sie sich im Nachhinein als zu tief heraus, muss die Lücke aus den Reserven gedeckt und die Reserven im folgenden Jahr durch eine Prämienhöhung wieder aufgefüllt werden. Die Aufsichtsbehörde soll umgekehrt auch die Rückerstattung zu hoher Prämien anordnen können. Das neue Gesetz soll die bisher bereits üblichen Anordnungen der Behörden zur Sanierung von Kassen auf eine rechtliche Grundlage stellen und im extremen Fall einen Bewilligungsentzug erlauben, bevor der Konkurs über einen Versicherer eröffnet wird. Schliesslich sollen die möglichen Ordnungsbussen bei Zuwiderhandlung für Versicherer und leitende Personen von CHF 5'000 auf neu maximal CHF 500'000 erhöht und auch Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren möglich werden. Erstrat war der Ständerat, der sich des Geschäfts in der Frühjahrsession annahm. Er beschloss dabei auch, die Vorlage mit jener über die Korrektur der zwischen 1996 und 2011 zu viel bezahlten Prämien zu verknüpfen, damit einerseits die Situation der Vergangenheit korrigiert und andererseits Massnahmen für die zukünftige Verhinderung einer Wiederholung dieser Situation getroffen werden können. Trotz diverser Divergenzen, insbesondere des Einwands der Überregulierung seitens der SVP, schien ein gewisser Konsens über die Notwendigkeit eines Ausbaus der Aufsicht zu herrschen. Es wurden keine Nichteintretens- oder Rückweisungsanträge gestellt. Die SGK-S hatte in einem langen Beratungs- und Konsultationsprozess eine Variante zum Entwurf des Bundesrates erarbeitet, welcher der Rat mehrheitlich folgte. So beschloss die kleine Kammer, die Aufsicht über Versicherungsgruppen weniger umfassend zu regeln als dies der Bundesrat vorgesehen hatte: Nach dem Entwurf der SGK sollte das BAG nicht alle Zahlungen zwischen den einzelnen Versicherungszweigen innerhalb der Gruppe überprüfen können. Die Absicht des Bundesrates, zukünftig die Vermittlung von Kunden und die Werbung regeln zu können, ging der Kommissionsmehrheit zu weit, eine Minderheit Bruderer (sp, AG) beantragte jedoch, an der Bestimmung festzuhalten. Der Rat folgte der Minderheit äusserst knapp mit Stichentscheid des Präsidenten Lombardi (cvp, TI). Mit einer deutlichen Mehrheit stimmte die Kammer dagegen für einen Antrag ihrer Kommission, wonach die Grösse des Insolvenzfonds für die Kassen weiterhin durch deren gemeinsame Einrichtung bestimmt werden soll. Der Bundesrat hatte eine Ausrichtung nach den tatsächlich abzudeckenden Risiken vorgesehen, was eine massive Aufstockung des Fonds verlangt hätte. In der Gesamtabstimmung hiess der Rat das

neue Aufsichtsgesetz mit 31 zu 4 Stimmen bei 7 Enthaltungen gut. Die Beratung im Nationalrat fand in der Wintersession statt. Hier waren die Divergenzen deutlich ausgeprägter als im Ständerat. So beantragte die von den Mitteparteien unterstützte Kommissionsmehrheit, das Geschäft nach Eintreten mit dem Antrag an den Bundesrat zurückzuweisen, eine Ergänzung und Verbesserung der Aufsicht mit einer Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vorzunehmen und auf die Schaffung eines neuen Gesetzes zu verzichten. Dabei solle er die betroffenen Kreise einbeziehen. Eine Minderheit Bortoluzzi (svp, ZH) beantragte Nichteintreten, eine Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH) die Ablehnung des Rückweisungsantrages. Die Mehrheit argumentierte, der Entwurf überschneide sich inhaltlich mit jenem zur Rückerstattung der zu viel bezahlten Prämien, was bei der Anwendung zu Interpretationsschwierigkeiten führen werde. Er schaffe eine Überreglementierung in einem ohnehin sehr stark beschränkten Wettbewerb und führe zu zusätzlicher Bürokratie. Zudem würde die vorgängige Genehmigung und nachträgliche Korrektur der Prämien durch den Staat de facto zu staatlichen Prämien führen, was das System einer Einheitskasse annähere. Die Minderheit Bortoluzzi vertrat die Ansicht, das bisherige System der Krankenversicherung habe gute Dienste erwiesen und die derzeitigen Instrumente für die Aufsicht seien ausreichend, würden sie denn konsequent genutzt werden. Der vorliegende Entwurf diene primär der Besänftigung der Befürworter einer Einheitskasse. Schliesslich trat der Rat mit 132 gegen 46 Stimmen bei 8 Enthaltungen auf das Geschäft ein und wies es anschliessend mit 98 zu 83 Stimmen bei 6 Enthaltungen an den Bundesrat zurück. Für die Rückweisungen stimmten SVP und BDP sowie die Mehrheit der FDP und der CVP. Die Antwort des Ständerates auf die Rückweisungsabsicht stand im Berichtsjahr noch aus.¹¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 04.03.2014
FLAVIA CARONI

In der Frühjahrsession 2014 befasste sich der Ständerat erneut mit dem Entwurf für ein Bundesgesetz zur **Aufsicht über die soziale Krankenversicherung**. Im Vorjahr hatte die kleine Kammer als Erstrat einen vom Entwurf des Bundesrates abweichenden Entschluss gefasst. Danach hatte die grosse Kammer, in der eine Mehrheit eine Überregulierung des Krankenversicherungsmarktes befürchtete, beschlossen, das Geschäft an den Bundesrat zurückzuweisen, damit dieser eine Ergänzung und Verbesserung der Aufsicht in Form einer Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vornehme und auf die Schaffung eines neuen Gesetzes verzichte.

In der ersten Runde der Differenzbereinigung beschloss der Ständerat nun nach einer kurzen Debatte, die Rückweisung an den Bundesrat abzulehnen und am im Vorjahr beschlossenen Entwurf festzuhalten. Er folgte damit dem Antrag einer grossen Mehrheit seiner Kommission und des Gesundheitsministers, der erneut betonte, für viele wichtige Aufsichtstätigkeiten fehlten heute die gesetzlichen Grundlagen.

Bereits in der folgenden Woche schloss sich der Nationalrat dem Beschluss des Ständerates an und verzichtete auf eine Rückweisung an den Bundesrat. Das Geschäft ging damit an die SGK-NR zur Detailberatung. In der Herbstsession gelangte das Gesetz erneut in den Nationalrat. Die Debatte stand im Zeichen der knapp drei Wochen später stattfindenden Abstimmung über eine öffentliche Krankenkasse und gestaltete sich äusserst ausführlich. Während die bürgerliche Mehrheit ihren grundsätzlichen Widerstand gegen das neue Gesetz angesichts der drohenden Einführung einer Einheitskasse aufgab, scheiterten zahlreiche linke Anträge auf Verschärfung der Aufsicht. Die Kommissionsmehrheit ging mit Bundes- und Ständerat einig in der Absicht, die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung im neu zu schaffenden Krankenversicherungsaufsichtsgesetz KVAG zu regeln. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) setzte sich dagegen weiter für eine Integration einiger ihrer Ansicht nach wesentlicher Bestimmungen des Entwurfes in das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Fallenlassen der restlichen Artikel ein. Dazu wollte sie das Geschäft erneut an die Kommission zurückweisen. Die bestehenden Aufsichtsinstrumente seien bei konsequenter Anwendung absolut ausreichend, so die Begründung. Alle Fraktionen bis auf jene der SVP betonten jedoch die Wichtigkeit des neuen Aufsichtsgesetzes und seiner sofortigen Beratung, woraufhin der Rückweisungsantrag mit 144 zu 40 Stimmen abgelehnt wurde und die Detailberatung begann. In der umstrittenen Frage der Kontrolle von Versicherungsgruppen folgte der Nationalrat dem Ständerat gegen den Antrag des Bundesrates und einer Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH): Das BAG soll demnach innerhalb einer Gruppe, welche verschiedene Versicherungsprodukte wie Zusatzversicherungen, Taggeldversicherungen und Pensionskassen anbietet, nur jene Geschäftsbeziehungen kontrollieren können, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffen. Linke und Grünliberale warnten vor neuen Missbrauchsmöglichkeiten, unterlagen jedoch bei allen diese Problematik berührenden Artikeln den bürgerlichen Fraktionen, die ausführten, es sei nicht die Aufgabe des BAG, ausserhalb der Krankenversicherung liegende Versicherungsbereiche zu kontrollieren.

Diese Kontrolle liege in der Zuständigkeit der FINMA, mit der es keine Konflikte zu schaffen gelte. Ein linker Minderheitsantrag Carobbio (sp, TI), der die Publikation von Prämien vor deren Genehmigung durch das BAG verbieten wollte, wie es der Bundesrat vorgesehen und der Ständerat beschlossen hatte, scheiterte an der bürgerlichen Mehrheit im Rat. Diese folgte der Kommissionsmehrheit in ihrem Beschluss, die provisorischen Prämien dürften mit Hinweis auf deren noch ausstehende Genehmigung veröffentlicht werden. Ebenso klar scheiterten zwei Minderheitsanträge de Courten (svp, BL): Der erste wollte den Passus streichen, wonach das BAG die Genehmigung von Prämien verweigern kann, falls diese zur Bildung übermässiger Reserven führe. Der zweite wollte im Gesetz festschreiben, dass während der Dauer eines Beschwerdeverfahrens zwischen dem BAG und einer Krankenkasse über die Prämienhöhe automatisch die höhere der beiden vorgeschlagenen Prämien zur Anwendung kommen sollte. Die Anträge wurden nur von der SVP- und der BDP-Fraktion unterstützt. Einen wichtigen Teil des neuen Gesetzes bilden die Bestimmungen über die Rückerstattung zu hoher Prämien. Der Rat folgte seiner Kommission diskussionslos darin, den Prämienausgleich für die Kassen freiwillig zu erklären: Der Versicherte "kann" gemäss diesem Beschluss einen Prämienausgleich vornehmen. Die Rückerstattung erfolgt dabei an alle im fraglichen Jahr bei der Kasse versicherten Personen, auch wenn diese inzwischen den Kanton oder die Kasse gewechselt haben, und er erfolgt im Folgejahr. Der Ständerat hatte sich noch für einen zwingenden Ausgleich ausgesprochen, der im übernächsten Jahr an jene Personen erfolgen sollte, die nach wie vor bei der Kasse versichert sind. Bundesrat und Ständerat hatten die Möglichkeit einer Regulierung der Werbekosten und der Provisionen für Vermittler durch die Regierung vorgesehen. Im Gegensatz dazu wollte der Nationalrat lediglich die aktuell fehlende gesetzliche Grundlage für eine Branchenvereinbarung zur Regelung der Telefonwerbung und der Vermittlerprovisionen schaffen. Ebenfalls gegen die Version von Bundes- und Ständerat sowie einer nur von der SVP-Fraktion gestützten Minderheit de Courten (svp, BL) folgte der Rat seiner Kommissionsmehrheit darin, die Kassen zum gesonderten Ausweisen von Werbe- und Vermittlerkosten in der Jahresrechnung zu zwingen. Eine Abschwächung des Entwurfs zugunsten der Kassen beschloss der Nationalrat bei der Offenlegung der Entschädigungen für die Mitglieder der leitenden Organe: Während Bundes- und Ständerat sowie eine Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH) eine Offenlegung sämtlicher Entschädigungen des Verwaltungsrats und der höchsten Entschädigung der Geschäftsleitungsmitglieder jeweils unter Namensnennung anstrebten, folgte der Rat seiner Kommissionsmehrheit darin, auf die Namensnennung zu verzichten. Die linke Minderheit hatte argumentiert, ihre Version folge Richtlinien der Economiesuisse und es gelte, das Vertrauen der Bevölkerung in die Krankenkassen wieder zu stärken. Sie unterlag der bürgerlichen Mehrheit, welche gleiche Regeln wie bei den übrigen obligatorischen Sozialversicherungen schaffen wollte. Ein Minderheitsantrag Pezzatti (fdp, ZG) war erfolgreich, der im Falle besonderer Überprüfungen durch die externe Revisionsstelle die Kosten nur dann der geprüften Kasse anlasten will, falls ein Verdacht auf schwere Mängel besteht. Bei der Kontrolle durch von der Aufsichtsbehörde herangezogene Dritte gewann die Kommissionsmehrheit gegen eine Minderheit Carobbio (sp, TI) mit ähnlichem Resultat: Die Kosten sollen den Kassen nur dann angelastet werden können, wenn tatsächlich Unregelmässigkeiten festgestellt werden. Die Minderheit wollte angesichts der Unsicherheit über zukünftige Entwicklungen keine abschliessende Aufzählung der Fälle, in denen diese Möglichkeit besteht, die Mehrheit dagegen argumentierte mit Klarheit und Rechtssicherheit. Seiner Kommissionsmehrheit gegen eine Minderheit Steiert (sp, FR) folgend, beschloss der Nationalrat auch, im Gesetz die möglichen sichernden Massnahmen, welche die Aufsichtsbehörde gegen die Kassen verfügen kann, abschliessend aufzuzählen. Zudem sollten diese nur bei schwerwiegenden Verletzungen der Bestimmungen des KVAG oder des KVG anwendbar sein und vom BAG formell verfügt werden. In der Gesamtabstimmung sprachen sich alle Fraktionen bis auf jene der SVP geschlossen für das neue Gesetz aus. Durch die SVP-Fraktion zog sich ein Röstigraben: Während die Deutschschweizer Mitglieder sich gegen das neue Gesetz aussprachen, stimmten alle welschen und Tessiner Mitglieder dafür oder enthielten sich ihrer Stimme. Es resultierten 139 Stimmen für und 40 gegen das neue Gesetz (8 Enthaltungen).

Bereits in der Folgeweche gelangte das Geschäft zur zweiten Runde der Differenzbereinigung erneut in den Ständerat. Die Debatte war verhältnismässig kurz, und völlig unkontrovers – der Rat folgte in allen Punkten ohne Gegenvoten seiner Kommission. Die Differenzen zum Nationalrat wurden mehrheitlich, jedoch nicht vollständig behoben. So wurde am Verbot der Publikation noch nicht genehmigter Prämien festgehalten, ebenso an der Bestimmung, wonach die betroffenen Kassen die Kosten der speziellen Prüfung durch eine externe Revisionsstelle zu bezahlen haben und dies auch dann, wenn kein Verdacht auf schwere Mängel besteht. Gemäss der vom

Ständerat gewählten Version kann das BAG die Kosten aber in Ausnahmefällen ganz oder teilweise erlassen. Auch in der Frage der sichernden Massnahmen wollte der Ständerat nicht von seinem Beschluss abrücken: Diese sollen bei jeglichen, und nicht nur bei schwerwiegenden, Verletzungen des KVG und KVAG sowie ohne formelle Verfügung des BAG anwendbar sein und im Gesetz nicht abschliessend aufgezählt werden.

Mit diesen drei verbliebenen Differenzen gelangte das Geschäft bereits am Folgetag wiederum in den Nationalrat. Dieser schloss sich auf Empfehlung seiner Kommission gegen eine Minderheit de Courten (svp, BL) bei der Frage der Prämienbekanntgabe mit grosser Mehrheit dem Ständerat und damit dem Verbot der Publikation noch nicht bewilligter Prämien an. Bei der Frage der Kostenübernahme für eine externe Überprüfung eines Versicherers schlug die SGK-NR einen Mittelweg vor, nach welchem der Versicherer die Kosten zu tragen hat, falls ein Hinweis auf Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidrige Handlungen vorliegt. Dem folgte der Rat stillschweigend. Bei den sichernden Massnahmen forderte die Kommissionsmehrheit, dem Ständerat zuzustimmen, während eine Minderheit de Courten (svp, BL) an der eigenen Version festhalten wollte. Mit 113 zu 66 Stimmen schloss der Rat sich der Mehrheit an.

Damit verblieb die neue Formulierung als einzige Differenz zum Ständerat, welche dieser unmittelbar darauf und eine knappe Woche vor der Abstimmung über die Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse diskussionslos ausräumte.

Somit erübrigte sich eine Einigungskonferenz, vor der diverse Voten bereits gewarnt hatten, und die Räte schritten am 26. September zur Schlussabstimmung. Im Nationalrat wurde das neue Gesetz mit 139 zu 51 Stimmen bei 8 Enthaltungen angenommen. Die Gegenstimmen kamen aus der SVP-Fraktion, wobei sich wiederum 4 Mitglieder für das Gesetz aussprachen und 3 der Stimme enthielten. Im Ständerat sprachen sich 41 Mitglieder für und 4 gegen das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz aus, wobei sich kein Ständeratsmitglied der Stimme enthielt. Die bis zum 15. Januar 2015 laufende Referendumsfrist verstrich ungenutzt.¹²

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 05.03.2014
FLAVIA CARONI

In der Frühjahrsession 2014 beriet der Nationalrat die Botschaft zur **Volksinitiative „für eine öffentliche Krankenkasse“**, die der Ständerat im Vorjahr angenommen hatte. Obwohl der Entscheid schliesslich deutlich zugunsten des vom Bundesrat erarbeiteten und vom Erstrat angenommenen Entwurfs ausfiel, gestaltete sich die Debatte äusserst ausführlich. Die Trennung in ein befürwortendes und ein gegnerisches Lager sowie die Argumentation vollzogen sich dabei entlang ähnlicher Linien wie zuvor bereits im Ständerat. Die vorberatende Kommission beantragte dem Rat, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen. Ihr Sprecher betonte die Wichtigkeit der freien Kassenwahl für das System, da es die Kassen zwingt, im Wettbewerb zu bestehen und möglichst günstige Prämien anzubieten, ein Anreiz, der bei einer Einheitskasse wegfallen würde. Im Falle einer Monopolstellung müsste mit politisch motivierten Defiziten wie bei der IV und ALV gerechnet werden, die längerfristig mit Leistungskürzungen und Steuergeldern korrigiert werden müssten. Aufgrund des fehlenden Wettbewerbs seien steigende Prämien und Staatsbeiträge zu befürchten, und die Umsetzungskosten bewegten sich laut einer Schätzung um CHF 2 Mrd. Eine Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH) beantragte im Namen der SP-Fraktion und des Initiativträgersvereins, die Initiative zur Annahme zu empfehlen. Das derzeitige Krankenversicherungssystem habe gar nie funktioniert, wovon jährlich steigende Prämien, eine sich verschärfende Risikoselektion und hohe Werbekosten zeugten. Die Mengenausweitung sei eine natürliche Folge des Wettbewerbs. Das System werde immer komplizierter und seine Einheiten arbeiteten primär im eigenen Interesse und zum Nachteil der Patientinnen und Patienten. Mit einer Verbesserung sei ohne Einheitskasse nicht zu rechnen. Die öffentlich-rechtliche Krankenversicherung, aufgezogen anhand des Modells Suva, würde dagegen Kosten einsparen können, indem sie sich nachhaltig um ihre Patientinnen und Patienten kümmere, anstatt darauf hinzuwirken, diese loszuwerden. In der weiteren Debatte betonten die bürgerlichen Gegnerinnen und Gegner, das Volk habe die Idee einer Einheitskasse schon mehrfach an der Urne abgelehnt. Eine Einheitskasse bringe keine Kostensenkung, da sie an der Mengenausweitung, welche den zentralen Kostentreiber im System darstelle, nichts verändere. Im Gegenteil würde die Monopolstruktur zu Qualitätseinbussen führen, da diese nicht mehr durch den Wegzug der Versicherten sanktioniert werden könnten. Die in der Initiative vorgesehenen kantonalen Einheitsprämien seien eine Fehlkonstruktion und würden für die ländliche Bevölkerung, welche nachweislich tiefere Kosten verursache, massive Prämiensteigerungen bedeuten. Die Einheitskasse sei auch in der Position, die freie Arztwahl einzuschränken, wie dies bereits bei der Suva oft der Fall sei. Es gelte schliesslich, das bewährte Versicherungssystem – unter anderem mittels noch hängiger Vorstösse – zu optimieren und nicht zugunsten eines Experiments mit ungewissem Ausgang aufs Spiel zu setzen.

Die Befürworter hielten dagegen, das System sei unnötig kompliziert: 60 verschiedene Kassen und eine grosse Anzahl verschiedener Versicherungsmodelle seien bei identischen Leistungen und dem Verbot, mit der Grundversicherung einen Gewinn zu erzielen, nicht sinnvoll. Die fehlende Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung führe zu fortlaufender Verwirrung und erleichtere die Risikoselektion der Kassen. Der Risikoausgleich, der die Selektion einschränken sollte, sei unvollständig, kompliziert und teuer. Die hohen Reserven von rund CHF 6 Mrd. stellten eine Verschwendung von Prämiegeldern dar, die Festsetzung der Prämienhöhe durch die Kassen sei intransparent und oft inadäquat. Die hohen Prämienunterschiede zwischen Versicherten im selben Kanton seien ungerecht und müssten durch kantonale Einheitsprämien im Rahmen der Einheitskasse behoben werden. Auch die alljährlichen Kassenwechsel mit ihren hohen Kosten würden durch das Einheitsystem wegfallen. Die Aufsicht über das derzeitige System sei komplex und ungenügend, werde aber aufgrund der im Parlament gut vertretenen Interessen der Versicherer nicht verbessert. Nur durch eine staatliche Einheitskasse, welche einen Service Public für ihre Versicherten darstelle, liesse sich diese lange Liste von Problemen beheben, so die Initiativbefürworter aus dem links-grünen Lager. Am Ende der Debatte sprachen sich 124 Ratsmitglieder für den Antrag der Mehrheit aus, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen, 61 stimmten für die Empfehlung auf Annahme der Initiative, bei einer Enthaltung. Die fünf gleichlautenden Motionen, welche eine rasche Abstimmung über die Volkinitiative ohne einen Gegenvorschlag gefordert hatten, wurden damit abgeschrieben. In der Schlussabstimmung am Ende der Frühlingssession nahm der Nationalrat den Bundesbeschluss mit 132 zu 62 Stimmen bei 2 Enthaltungen an, in der kleinen Kammer sprachen sich 27 Ständerätinnen und Ständeräte für den Beschluss und damit gegen die Initiative aus, 12 stellten sich gegen den Beschluss (3 Enthaltungen).¹³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 04.05.2015
FLAVIA CARONI

Eine parlamentarische Initiative Fehr Jacqueline (sp, ZH) forderte, die Begriffe **Tiers payant, Tiers garant und Tiers soldant im Krankenversicherungsgesetz verständlich auszuführen** und die Versicherten besser darüber zu informieren. Diese sollen wissen, in welchem System sie versichert sind, so dass sie ihre Rechte dahingehend wahrnehmen können, eine Krankenkasse mit einem ihren Bedürfnissen entsprechenden Abrechnungssystem wählen oder im Falle von hohen Arztrechnungen eine individuelle Vereinbarung bezüglich Rückerstattung treffen zu können. Die Problematik gleicht jener, welche Nationalrätin Fehr in einer weiteren parlamentarischen Initiative ansprach, die der Nationalrat am Folgetag behandelte. Die abstrakten Begriffe hätten sehr konkrete Auswirkungen auf den Alltag der Patientinnen und Patienten, so die Ausführungen der befürwortenden Minderheit der SGK-NR in der Maisession 2015. Verwechselt würden sie gar im Rat, und auch bei der Ärzteschaft bestünden diesbezüglich Unklarheiten. Die Kommissionmehrheit beantragte, dem Vorstoss keine Folge zu leisten. Das bestehende Krankenversicherungsgesetz sei im Inhalt und Wortlaut klar und deutlich, und eine Ausdeutung bzw. Ausführung der Begriffe würde die Verständlichkeit nicht erhöhen. Unklarheiten könnten durch Anfrage bei verschiedenen Stellen geklärt werden. Somit bestehe kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Das Nationalratsplenum folgte dieser Ansicht mit 119 zu 57 Stimmen und einer Enthaltung. Die Trennlinie verlief dabei zwischen den beiden linken und den restlichen Fraktionen.¹⁴

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 05.05.2015
FLAVIA CARONI

Eine parlamentarische Initiative Fehr Jacqueline (sp, ZH) forderte eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes zur Einführung einer **Höchstlimite für den Tiers garant**. Diese Limite sollte bei CHF 5'000 innerhalb eines noch zu bestimmenden Zeitraumes liegen, zum Beispiel innerhalb eines Jahres. Dies würde bedeuten, dass entsprechende Rechnungen, zum Beispiel Honorarrechnungen von Ärztinnen und Ärzten, direkt den Krankenversicherern zuzustellen wären, die sie zudem prioritär zu behandeln hätten. Damit würde das System des Tiers payant greifen, das heisst, die Krankenversicherer überweisen die Rechnungssumme an die Leistungserbringer und fordern anschliessend von den Versicherten allfällige Franchise- und Selbstbehalts-Beiträge ein. Beim – verbreiteteren – System des Tiers garant bezahlen dagegen die Versicherten die Rechnung des Leistungserbringers und erhalten die versicherten Anteile danach von der Krankenkasse erstattet. Im ambulanten Bereich sind die Krankenkassen frei, welches System sie anbieten wollen. Die aktuelle Regelung bringe viele Patientinnen und Patienten in finanzielle Schwierigkeiten, so die Begründung des Vorstosses. Es sei gar davon auszugehen, dass viele sich kurzfristig verschulden müssten, um hohe Arztrechnungen bezahlen zu können. Die im Ratssaal schon oft geäusserten Argumente

gegen einen allgemeinen Systemwechsel, insbesondere der Verweis auf ein höheres Kostenbewusstsein im System des Tiers garant, seien bei Kosten über CHF 5'000 innerhalb kurzer Zeit nicht stichhaltig. Diese kämen nur bei ernsthaften Krankheiten zustande. In der Maisession 2015 empfahl eine Mehrheit der SGK-NR ihrem Ratsplenum die Ablehnung der parlamentarischen Initiative. Eine Minderheit Steiert (sp, FR) sprach sich dafür aus. Gegen die Argumentation der Befürworterinnen und Befürworter brachte die Kommissionsmehrheit vor, bei einer zeitnahen Einreichung der Rechnung an die Krankenkasse treffe die Rückerstattung üblicherweise rechtzeitig ein, um die Rechnung damit zu bezahlen. Bei hohen Rechnungssummen bestehe zudem die Möglichkeit, den Rückerstattungsanspruch direkt an den Leistungserbringer abzutreten (System des Tiers soldant). Im stationären Bereich, wo hohe Rechnungen in der Regel anfallen, gelte bereits der Tiers payant, und auch ambulante Spitalleistungen würden meist entsprechend abgerechnet. Eine Gesetzesänderung dränge sich damit gemäss der knappen Kommissionsmehrheit nicht auf. Der Rat folgte dieser Ansicht mit 102 zu 62 Stimmen bei drei Enthaltungen und verwarf den Vorstoss.¹⁵

1) AB NR, 2000, S. 1077f.

2) Presse vom 20.6.01.

3) AB NR, 2002, S. 1925 ff.; BBI, 2002, S. 7522 ff. und 2003, S. 1112 ff.

4) AB SR, 2003, S. 529 ff.; Presse vom 13.6.03.

5) AB NR, 2017, S. 1022 ff.; Bericht Bundesrat vom 25.5.16; Bericht über Motionen und Postulate 2016

6) AB NR, 2001, S. 1198ff.; AB NR, 2001, S. 663f.

7) AB NR, 2006, S. 535 ff. und 1148.

8) AB NR, 2007, S. 413 ff., 430 ff., 447 ff. und 528 ff.

9) AB NR, 2009, S. 939 ff.

10) BO CN, 2011, p. 129 ss., 1322 ss., 1620 ss., 1806 s., 1865 s.; BO CE, 2011, p. 344 ss., 770 ss., 1030 s. et 1034 ; Lib., 15.9.11 ; SGT, 6.10.11.

11) BBI, 2012, S. 1941 ff.; AB SR, 2013, S. 201 ff.; AB NR, 2013, S. 1998 ff., 2031 ff.; NZZ, 18.3. und 19.3.13.

12) AB NR, 2014, S. 1346 ff.; AB NR, 2014, S. 1584 ff.; AB NR, 2014, S. 173 ff.; AB NR, 2014, S. 1865; AB SR, 2014, 810 ff.; AB SR, 2014, 862 f.; AB SR, 2014, S. 18 ff.; AB SR, 2014, S. 981; BZ, 5.3.14; AZ, Lib, NZZ, 10.9.14

13) AB NR, 2014, 573 f.; AB NR, 2014, S. 73 ff.; AB SR, 2014, S. 378

14) AB NR, 2015, S. 637 ff.

15) AB NR, 2015, S. 691 ff.