

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	23.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Keine Einschränkung
Akteure	Gysi, Barbara (sp/ps, SG) NR/CN
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2021

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, 2016 – 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Sozialversicherungen	1
Invalidenversicherung (IV)	4
Ergänzungsleistungen (EL)	6
Berufliche Vorsorge	7
Krankenversicherung	8

Abkürzungsverzeichnis

UNO	Organisation der Vereinten Nationen
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
WAK-SR	Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Ständerates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EU	Europäische Union
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
BJ	Bundesamt für Justiz
AIA	Automatischer Informationsaustausch
EL	Ergänzungsleistungen
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
WAK-NR	Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrats
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
RAD	Regionale ärztliche Dienste
ÜL	Überbrückungsleistung

ONU	Organisation des Nations unies
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CDF	Contrôle fédéral des finances
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CER-CE	Commission de l'économie et des redevances du Conseil des Etats
OFSP	Office fédéral de la santé publique
UE	Union européenne
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OFJ	Office fédéral de la justice
EAR	Echange automatique de renseignements
PC	Prestations complémentaires
CDAS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
LAMaI	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
CER-CN	Commission de l'économie et des redevances du Conseil national
AOS	Assurance obligatoire des soins
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient

LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
RIP	Réduction individuelle de primes
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
SMR	Services médicaux régionaux
PT	Prestation transitoire

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 06.03.2017
ANJA HEIDELBERGER

Als Zweitrat beschäftigte sich der Nationalrat in der Frühjahrsession 2017 mit dem **Ausgleichsfondsgesetz**. Dabei wurde die Frage gestellt, ob die Schaffung eines neuen Gesetzes wirklich nötig sei oder ob man auf ein Eintreten verzichten solle. Im Namen der SVP-Fraktion erklärte Thomas de Courten (svp, BL), dass die erforderlichen Ergänzungen auch innerhalb des bestehenden Gesetzes möglich seien. Durch das neue Gesetz könne aber mittelfristig die Unabhängigkeit und Eigenständigkeit der drei Fonds auf dem Spiel stehen. Des Weiteren seien entsprechende Forderungen internationaler Geschäftsbanken alleine kein Grund, ein neues Gesetz zu erlassen. Das Gesetz erhöhe die Regulierungsdichte und erweitere die Kompetenzen der Bundesverwaltung. Vergleichsweise knapp sprach sich die grosse Kammer mit 99 zu 83 Stimmen für ein Eintreten aus, wobei die SVP-Fraktion dieses geschlossen, die FDP-Fraktion teilweise ablehnte.

In der Detailberatung standen ähnliche Punkte im Zentrum wie bereits im Ständerat: Beraten wurden insbesondere die Ernennung der Revisionsstelle sowie die Tilgung der Schulden der IV beim AHV-Fonds. Zur Frage der Revisionsstelle pflichtete die SGK-NR dem Ständerat bei, dass nicht mehr die EFK diese Aufgabe übernehmen solle, sondern ein externer, privater Anbieter. Dabei verstosse es aber gegen allgemeine Corporate-Governance-Grundsätze, wenn der Verwaltungsrat die Vergabe dieses Auftrags übernehme. Entsprechend solle mangels Alternativen der Bundesrat als entsprechendes Wahlorgan walten. Diesen Vorschlag hiessen 114 Nationalrätinnen und Nationalräte gut, 68 Parlamentarierinnen und Parlamentarier vor allem aus der SP-, Grünen- und SVP-Fraktion lehnten ihn ab (0 Enthaltungen). Auch im Nationalrat brachte eine Minderheit Gysi (sp, SG) den Antrag ein, die Übernahme der Zinsen der IV gegenüber dem AHV-Fonds durch den Bund fortzusetzen und so die IV nicht stärker zu belasten. Wie bereits im Erstrat fand dieser Vorschlag jedoch auch im Nationalrat keinen Anklang und wurde mit 136 zu 47 Stimmen abgelehnt, wobei der Vorschlag ausschliesslich bei Personen des linken Lagers Unterstützung fand.

Überdies beantragte Thomas de Courten, dass zur Verstärkung der Sicherheit der Fonds Anlagen in Fremdwährungen nicht mehr als 30 Prozent des Fondsvermögens betragen dürfen. Zwar sei Diversifizierung sinnvoll, jedoch sei das Vertrauen in den Finanzplatz Schweiz hoch und zudem habe man die Möglichkeit, hier von politischer Seite selbst für Stabilität zu sorgen. Schliesslich soll das Schweizer Volksvermögen auch mehrheitlich in der Schweiz investiert werden. Mehrere anschliessende Wortmeldungen wiesen auf den Widerspruch hin, wenn diejenige Partei, die aufgrund der Überregulierung gar kein Gesetz wollte, dieses jetzt noch weiter aufblähe. Zudem könne eine solche Regelung kontraproduktiv sein und die Sicherheit der Fonds sogar verringern. Der Antrag fand entsprechend ausserhalb der SVP-Fraktion kaum Anklang und wurde mit 120 zu 65 Stimmen (1 Enthaltung) abgelehnt. Von weiteren Minderheitsanträgen de Courtens wurde lediglich die Forderung, dass das Organisationsreglement als Aufgabe des Verwaltungsrates dem Bundesrat nicht zur Genehmigung vorgelegt werden müsse, vom Nationalrat äusserst knapp mit 95 zu 95 Stimmen und positivem Stichentscheid von Nationalratspräsident Jürg Stahl (svp, ZH) angenommen. Bei der Gesamtabstimmung sprach sich der Nationalrat mit 121 zu 68 Stimmen für das neue Ausgleichsfondsgesetz aus, ablehnend zeigte sich die SVP-Fraktion sowie vereinzelt Mitglieder der FDP-Fraktion.¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 04.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Nachgang an die Behandlung der **Überbrückungsleistungen (ÜL) für ältere Arbeitslose** im Ständerat waren die ÜL vermehrt **Thema in den Medien**. Die NZZ vermutete, dass eine Vorlage mit so vielen Änderungen, wie sie der Ständerat vorgenommen habe, unter normalen Umständen an die Kommission zur Beratung zurückgewiesen würde. Dies sei in diesem Fall aber nicht möglich, da der Bundesrat auf eine schnelle Behandlung der Vorlage und ihren Abschluss vor der Abstimmung über die Begrenzungsinitiative poche. Die ÜL sollten als Argument gegen die Notwendigkeit der Begrenzungsinitiative dienen, betonte die Zeitung. Entsprechend waren für die Frühjahrsession 2020 auch vier Termine im Nationalrat und drei Termine im Ständerat

zur Behandlung dieses Geschäfts reserviert. Ende Februar schrieben SVP-Parteipräsident Röstli (svp, BE) und Fraktionschef Aeschi (svp, ZG) einen Brief an die Büros von National- und Ständerat mit der Forderung, das Differenzbereinigungsverfahren zu den ÜL vom Sessionsprogramm zu streichen. «Eine seriöse und verantwortungsvolle gesetzgeberische Arbeit in dieser kurzen Frist ist nicht möglich», erklärten sie im Brief. Ständeratspräsident Stöckli (sp, BE) erwiderte, dass das Behandlungstempo lediglich davon abhängt, ob die Vorlage bereit, also von der Kommission vorberaten sei. Die Büros lehnten den Antrag der SVP ab und liessen das Sessionsprogramm unverändert.

Der **Nationalrat** eröffnete denn auch gleich seine Frühjahrsession mit der Beratung der ÜL und beschäftigte sich zuerst mit zwei Minderheitsanträgen Röstli. Eine Minderheit verlangte, die Beratung des Geschäftes bis nach der Abstimmung über die Begrenzungsinitiative auszusetzen, die zweite beantragte Nichteintreten. Der SVP-Präsident zeigte sich zwar erfreut darüber, dass die Probleme älterer Arbeitnehmender thematisiert würden, kritisierte jedoch die Lösung des Bundesrates, «diese Leute in die Rente zu schicken, statt ihnen Arbeit zu geben». Röstli führte die Probleme der älteren Arbeitnehmenden auf die Einwanderung zurück und betonte, dass die Stimmberechtigten hier mit der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative hätten Gegensteuer geben wollen. Dass ein Zusammenhang mit der Einwanderung bestehe, hätten nun auch die anderen Parteien bestätigt, indem sie die ÜL dringend noch vor der Abstimmung über die Begrenzungsinitiative «durchpeitschen» wollten. Stattdessen müsse man sich für die Differenzbereinigung mehr Zeit nehmen, «wie es sich bei einem so wichtigen Geschäft für ein seriöses Parlament gehört». Ohne auf die Kritik der SVP bezüglich der viel zu knappen Zeit einzugehen, lehnte der Nationalrat beide Minderheitsanträge ab: Mit 143 zu 54 Stimmen sprach sich der Rat gegen eine Verschiebung der Behandlung und mit 140 zu 56 Stimmen (bei 1 Enthaltung) für Eintreten aus. Nichteintreten fand über die SVP-Fraktion hinaus Zustimmung bei drei Mitgliedern der FDP; Lorenzo Quadri (lega, TI) hingegen sprach sich für eine Detailberatung des Geschäftes aus.

In der Detailberatung nahm Kommissionssprecher Philippe Nantermod (fdp, VS) die Verbindung zur Personenfreizügigkeit in seiner Argumentation auf und betonte, dass man das Kind nicht mit dem Bade ausschütten solle («qu'on ne jette pas le bébé avec l'eau du bain»): Statt einer Kündigung der Personenfreizügigkeit solle man besser für die besonders stark betroffenen Personen eine konkrete Lösung finden. Eine solche Lösung sei das von ihm und Kommissionssprecherin Mattea Meyer (sp, ZH) vorgestellte Konzept zur Überbrückungsrente der SGK-NR. Dieses orientiere sich, stärker noch als die Lösung des Ständerats, an den EL, weite aber das Feld der möglichen Bezügerinnen und Bezüger aus. Entsprechend rechnete die Kommission ab 2028 mit 6'200 Beziehenden und Kosten von CHF 270 Mio. pro Jahr, verglichen mit der ständerätlichen Version von 1'700 Beziehenden bei CHF 70 Mio. und des Bundesratsvorschlages mit 4'700 Beziehenden und Kosten von CHF 230 Mio. Die Orientierung an den EL habe den Vorteil, dass die Überbrückungsrente weniger attraktiv sei als in der bundesrätlichen Version und damit Personen mit ÜL gegenüber arbeitenden Personen nicht bessergestellt würden.

In der Detailberatung waren drei Punkte zentral: Anspruchsbeginn und -ende, Anspruchsvoraussetzungen sowie die Höhe der Leistungen. Bezüglich Anspruchsbeginn und -ende wollte die Kommissionsmehrheit, dem Ständerat folgend, die Grenze bei 60 Jahren belassen; die Minderheiten I Sauter (fdp, ZH), II Dobler (fdp, SG) und III Prelicz-Huber (gp, ZH) bevorzugten Grenzen von 62 Jahren, 3 Jahren vor offiziellem Renteneintritt und 57 Jahren. Anders als der Ständerat wollte die Kommissionsmehrheit die Leistungen aber nur für diejenigen Personen, die voraussichtlich sowieso EL beziehen müssten, zeitlich bis zum ersten Bezugstermin der AHV-Altersrente beschränken. Allen anderen wollte sie ÜL bis zum ordentlichen AHV-Rententalter ermöglichen. Eine Minderheit Röstli sprach sich dafür aus, diesbezüglich dem Ständerat zu folgen. Die verschiedenen Minderheiten kamen jedoch nicht über 71 Stimmen hinaus; die grosse Kammer folgte bezüglich Anspruchsbeginn und -ende überall der Kommissionsmehrheit.

Auch bei den Anspruchsvoraussetzungen lagen verschiedene Minderheiten vor. Die Kommissionsmehrheit schlug vor, die vom Ständerat gutgeheissene Altersbegrenzung zu streichen. Somit könnten ÜL zwar erst ab 60 Jahren bezogen werden, jedoch auch von Personen, die bereits vor Erreichen des 60 Altersjahrs ausgesteuert worden waren. Auch die Notwendigkeit, 10 der 15 Jahre vor der Aussteuerung ein definiertes Mindesteinkommen erhalten zu haben, wollte die Kommission streichen und stattdessen die Voraussetzung einbauen, dass 5 der nötigen 20 Jahre, in denen die Person in der AHV versichert war, nach dem Alter von 50 Jahren stattfanden. Zudem wollte die Kommission bei den Mindestbeträgen Erziehungs- und Betreuungsgutschriften gemäss AHVG berücksichtigen und das für einen ÜL-Bezug

notwendige Reinvermögen halbieren. Die Minderheiten I Sauter und II Dobler wollten mehrheitlich dem Ständerat folgen, aber die ÜL nur Personen, die ab einem Alter von 62 Jahren (Sauter) respektive drei Jahre vor dem Rentenalter (Dobler) ausgesteuert wurden, ausbezahlen sowie ebenfalls beim Mindestwerbseinkommen Erziehungs- und Betreuungsgutschriften anrechnen. Auf Letztere wollte hingegen eine Minderheit Röstli verzichten. Die Kommissionsmehrheit setzte sich jedoch auch in der Frage der Anspruchsvoraussetzungen gegen sämtliche Minderheiten durch und der Nationalrat entschied überdies, dass der Bundesrat Ausnahmebestimmungen für Personen, die diese Ansprüche nicht erfüllen, schaffen können solle.

Eine gewichtige Differenz zum Ständerat schuf der Nationalrat bezüglich der Höhe der Leistungen. Hier mache es keinen Sinn, eine Obergrenze für die ÜL festzulegen, wie es Bundesrat und Ständerat getan hatten, da gemäss dem Modell der EL die anerkannten Ausgaben klar festgelegt seien, betonten Mattea Meyer und Philippe Nantermod für die Kommission. Mit 117 zu 70 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) setzte sich die Kommissionsmehrheit diesbezüglich gegen eine Minderheit Röstli, die den Betrag auf den doppelten allgemeinen Lebensunterhalt gemäss EL beschränken wollte, durch. Damit zusammenhängend sprach sich der Rat auch für eine separate Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten sowie für eine Steuerbefreiung der ÜL aus.

Auch in den meisten anderen Punkten zeigte sich die Kommissionsmehrheit erfolgreich. So sollen etwa ÜL auch ins Ausland exportiert werden dürfen und die Sozialhilfe bei den anrechenbaren Einnahmen nicht angerechnet werden. Zudem kann der Bundesrat die Pflicht für ÜL-Beziehende schaffen, jährlich nachzuweisen, dass sie sich um eine Stelle bemühen. Dieser Punkt war zuvor in den Medien diskutiert worden, weil der Ständerat mit der Einführung einer entsprechenden Pflicht die Bemühungen des Bundesrates, die ÜL als Vorruhestandsregelung, nicht als Arbeitslosenentschädigung aufzustellen, torpediert hatte. Wichtig ist die Frage, ob die ÜL eine Arbeitslosenentschädigung darstellen oder nicht, weil bei Arbeitslosenentschädigungen gemäss Personenfreizügigkeit auch die Jahre angerechnet werden müssten, in denen eine Person im EU-Raum Arbeitslosenbeiträge bezahlt habe. Bei einer Vorruhestandsregelung müssten jedoch nur die Arbeitsjahre in der Schweiz angerechnet werden. Die nationalrätliche Version gebe dem Bundesrat nun die Möglichkeit, hier schnell zu reagieren, falls dies nötig sei, betonten die Medien.

Obwohl zudem bei den EL keine Risiko-, Verwaltungs- und Sparbeiträge für die berufliche Vorsorge bezahlt werden, wie Marcel Dobler für die Minderheit Nantermod argumentierte, sprach sich die Mehrheit des Nationalrats dafür aus, diese Beiträge – nicht jedoch die Beiträge der beruflichen BVG-Mindestvorsorge, wie es von der Minderheit Gysi (sp, SG) gefordert worden war – als anerkannte Ausgaben zu akzeptieren. Bei der EL-Revision habe man beschlossen, dass Personen ab 58 Jahren, die arbeitslos werden, weiterhin bei ihrer Pensionskasse versichert bleiben könnten, erklärte Kommissionssprecherin Meyer diesbezüglich. Dazu müssten sie aber Risikobeiträge und Beiträge an die Verwaltungskosten leisten, die entsprechend hier anerkannt werden sollten.

Schliesslich änderte der Nationalrat den vom Ständerat eingefügten Artikel zur Evaluation des Gesetzes: Der Ständerat hatte vorgesehen, dass der Bundesrat nach fünf Jahren nicht nur Bericht erstatten, sondern auch einen Antrag für das weitere Vorgehen stellen solle. Ein Ende der ÜL wäre somit zu diesem Zeitpunkt möglich. Der Nationalrat strich diesen Punkt und ergänzte stattdessen die Anforderungen an den Bericht.

Gegen die Kommissionsmehrheit entschied sich der Nationalrat bezüglich der Frage, ob rückwirkend auch bereits Ausgesteuerte Anrecht auf ÜL erhalten sollen. Mit 102 zu 92 Stimmen sprachen sich die geschlossen stimmende SVP, Mehrheiten der FDP.Liberalen und der Mitte-Fraktion sowie ein Mitglied der GLP-Fraktion für eine Minderheit Aeschi und gegen eine entsprechende Regelung auf Rückwirkung aus. Zudem nahm der Rat einen Antrag Regazzi (cvp, TI) an, wonach Branchen mit sozialpartnerschaftlichen Lösungen von der Finanzierung der ÜL ausgenommen werden sollen, weil sie sich bereits an eigenen Lösungen für ältere Mitarbeitende beteiligen müssten und es sonst zu einer Doppelbesteuerung komme. Unklar blieb, wie diese Ausnahme ausgestaltet werden soll.

Mit 140 zu 54 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) löste der Nationalrat erst die Ausgabenbremse und nahm den Entwurf in der Folge mit 131 zu 57 Stimmen (bei 9 Enthaltungen) an. Abgelehnt hatten ihn die Mitglieder der SVP-Fraktion mit Ausnahme von Lorenzo Quadri sowie eine Minderheit der FDP.Liberalen-Fraktion, von der sich zudem weitere sieben Mitglieder der Stimme enthielten.²

Invalidenversicherung (IV)

In der Frühjahrsession 2019 stand die Behandlung der **Weiterentwicklung der IV** auf dem Programm des **Nationalrats**. Zuvor hatte die SGK-NR die Vorlage mit 15 zu 0 Stimmen (bei 7 Enthaltungen) zur Annahme empfohlen, nachdem sie zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter der SODK, der Dachverbände der Sozialpartnerinnen und Sozialpartner, der Ärztinnen und Ärzte, der Behindertenorganisationen und der IV-Stellen sowie einen Experten angehört und acht Berichte in Auftrag gegeben hatte. Zu Beginn erinnerte Kommissionssprecher Lohr (cvp, TG) den Rat daran, ob den vielen diskutierten Zahlen nicht zu vergessen, dass es hier um Menschen und ihre Schicksale gehe. In der Folge fasste er die zentralen Aspekte der Vorlage zusammen: eine bessere Integration von jungen sowie von psychisch beeinträchtigten Menschen in den Arbeitsmarkt, medizinische Massnahmen für Kinder mit Geburtsgebrechen, ein stufenloses Rentensystem, Gutachten sowie die Übernahme von Themenkomplexen aus der Revision 6b. Hingegen verzichtete man auf eine anfangs beabsichtigte Streichung der Renten für Personen unter 30 Jahren, da es diesbezüglich keine praktikablen Lösungen gebe: Entweder man zahle die entsprechenden Renten bei nichteingliederungsfähigen Personen dennoch aus oder die Sozialhilfe würde zukünftig für sie aufkommen müssen, wobei zusätzlich der Verlust der Restarbeitsfähigkeit drohe. Das Verhältnis des Einsparungspotenzials der vom Bundesrat (CHF 13 Mio.) und von der Kommission (CHF 67 Mio.) vorgelegten Versionen und der Gesamtausgaben der IV von CHF 9.2 Mrd. im Jahr 2017 zeige auf, dass es sich um eine Optimierungsvorlage handle, erklärte Lohr. Man wolle damit «die IV [noch stärker] als Eingliederungsversicherung» positionieren. In diesem letzten Punkt herrschte im Rat mehrheitlich Einigkeit: Die Sprecherinnen und Sprecher der meisten Parteien lobten die Zielsetzung der Vorlage und auch die Sprecherinnen der SP und der Grünen hiessen die bundesrätliche Vorlage gut. Sie hoben jedoch hervor, dass sie die von der bürgerlichen Kommissionmehrheit geplanten Abbaumassnahmen in dieser Optimierungsvorlage bekämpfen würden. Einzig SVP-Vertreterin Herzog (svp, TG) wies auf die zwischen 2010 und 2014 noch immer gestiegenen Kosten der IV und auf die Notwendigkeit einer Sanierung hin. Eintreten war in der Folge jedoch nicht umstritten.

Zuerst setzte sich der Nationalrat mit dem «Herzstück» der Vorlage auseinander, wie es unzählige Sprechende betonten: der beruflichen Eingliederung und dem Taggeld. Dazu hatte der Bundesrat neu einen Artikel zur Früherfassung geschaffen, mit dem die persönliche Situation der Versicherten abgeklärt und mögliche Massnahmen zur Frühintervention bei 14- bis 25-Jährigen von Invalidität bedrohten Personen sowie bei arbeitsunfähigen Personen geprüft werden können. Der Nationalrat stimmte dieser Regelung entgegen dem Antrag einer Minderheit Herzog zu. Zudem sollten die Massnahmen der Frühintervention zukünftig auch dazu beitragen, Personen unter 25 Jahren den Zugang zu einer beruflichen Ausbildung und den Eintritt in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Bisher dienten sie lediglich der Erhaltung der Arbeitsplätze oder der Eingliederung der Versicherten an neuen Arbeitsplätzen. Bezüglich der erstmaligen beruflichen Ausbildung präziserte der Bundesrat das bisherige Gesetz und verwies ausdrücklich auf die berufliche Eingliederung «im ersten Arbeitsmarkt». Eine Minderheit Lohr versuchte zu erreichen, dass sich die Dauer dieser Eingliederungsmassnahmen zukünftig nach dem Berufsbildungsgesetz richten und entsprechend mindestens zwei Jahre dauern soll. Dadurch könnten die Vorgaben der UNO-Behindertenrechtskonvention sowie eines Urteils des Bundesgerichts, wonach eine IV-Anlehre grundsätzlich zwei Jahre zu dauern hat, eingehalten werden, argumentierte zum Beispiel Yvonne Feri (sp, AG). Ruth Humbel (cvp, AG) erklärte hingegen, dass es bei dieser Passage nur um die Vorbereitung auf Hilfsarbeiten oder um die Tätigkeiten in einer geschützten Werkstatt ginge und ein Verweis auf das Berufsbildungsgesetz daher nicht sinnvoll sei. Bei einem «Missverhältnis zwischen Eingliederungszweck und Kosten der Massnahme» müsse eine flexible Handhabung möglich sein, betonte sie. Knapp entschied sich der Nationalrat mit 92 zu 91 Stimmen gegen den Verweis auf das Berufsbildungsgesetz; die vollständige SVP-Fraktion, eine grosse Mehrheit der FDP.Liberalen-Fraktion sowie einzelne Mitglieder der CVP/EVP-Fraktion setzten sich damit knapp durch. Schliesslich wollte der Bundesrat die zeitliche Einschränkung der Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von medizinischen Massnahmen mit dem Ziel der beruflichen Eingliederung vom 20. auf das 25. Altersjahr ausdehnen; jedoch nur, wenn die Versicherten bis zur Vollendung des 20. Altersjahrs berufliche Massnahmen der IV in Anspruch nehmen. Obwohl eine Minderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) für eine entsprechende Möglichkeit auch für Personen, die erst später berufliche Massnahmen wahrnahmen, plädierte, entschied sich der Rat deutlich für die vom Bundesrat vorgeschlagene Lösung.

Keine grossen Änderungen nahm der Rat bezüglich der Höhe der Taggelder vor; er

passte hier hauptsächlich Formulierungen an. Bezüglich Personen in beruflicher Grundausbildung legte er jedoch fest, dass das Taggeld dem Lohn gemäss Lehrvertrag respektive, falls kein Lehrvertrag vorhanden ist, «auf den Monat hochgerechnet einem nach Alter abgestuften mittleren Einkommen von Personen in vergleichbarer Ausbildungssituation» entsprechen soll. Hier wollte eine Minderheit Gysi (sp, SG) grosszügiger sein und die entsprechenden Werte als Anteile des Höchstbetrags der versicherten Taggelder festlegen, was die grosse Kammer jedoch ablehnte.

Im zweiten Block ging es um die Aktualisierung der Geburtsgebrechenliste, die Angleichung der Leistungen an die Krankenversicherung, Reisekosten sowie um Gutachten. Bezüglich medizinischer Massnahmen bei angeborenen Missbildungen oder bei genetischen Krankheiten legte der Nationalrat neu ausdrücklich die Voraussetzungen für eine Übernahme sowie die übernommenen Leistungen durch die IV fest, wollte aber eine vollständige Auflistung der übernommenen Geburtsgebrechen oder der Höchstbeträge für die Arzneimittel dem Bundesrat überlassen. Der Bundesrat wollte überdies die Dauer der Übernahme der medizinischen Massnahmen sowie den Ausschluss gewisser Leistungen selbst festlegen. Diesen Passus strich die Kommission entgegen einem Antrag einer Minderheit Herzog und berechtigte stattdessen den Bundesrat, Regelungen zu Arzneimitteln, die nicht durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zugelassen sind, ausserhalb des Indikationsbereichs angewendet werden oder in der Schweiz nicht zugelassen sind, vorzunehmen. Damit nahm die Kommission ein aktuell virulent diskutiertes Problem auf. Verschiedene Anträge einer Minderheit Herzog auf Übernahme der Reisekosten der Versicherten, etwa zur Durchführungsstelle einer Umschulung oder zur Abgabestelle für Hilfsmittel, lehnte der Rat ab.

Nicht nur im IVG, sondern auch im ATSG sah der Bundesrat Änderungen – insbesondere bezüglich der Gutachten – vor. Diesbezüglich warnte Silvia Schenker (sp, BS) die Parlamentsmitglieder, dass diese Änderungen somit nicht nur die IV-Bezügerinnen und -Bezüger betreffen, sondern alle Sozialversicherten. Dabei schuf der Nationalrat eine Pflicht, den Versicherten die Namen von allenfalls beigezogenen Sachverständigen zu nennen, sowie die Möglichkeit für die Versicherten, diese abzulehnen, verzichtete aber darauf, wie von der Minderheit Schenker gefordert, ausdrücklich festzuhalten, dass diese Sachverständigen «versicherungsextern und unabhängig» zu sein haben. Zudem wollte die Kommission die Kann-Formulierung, gemäss welcher der Bundesrat Kriterien für die Zulassung von Sachverständigen für Gutachten erlassen und eine breit zusammengesetzte Kommission zur Überwachung der Gutachtenerstellung schaffen kann, durch eine Muss-Formulierung ersetzen, wogegen sich zwei Minderheiten Graf (gp, BL) und Weibel (glp, ZH) erfolglos wehrten.

Im dritten Block wurden das Rentensystem und die Kinderrenten behandelt. Im Grundsatz sollte der Anspruch auf eine IV-Rente unverändert bleiben: Anspruch haben demnach weiterhin Personen, deren Erwerbsfähigkeit durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen nicht wiederhergestellt, erhalten oder verbessert werden konnte, die während eines Jahres mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig waren und die nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind. Neu sollte der Rentenanspruch jedoch nicht mehr in Viertelschritten, sondern in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt werden. Unter 40-prozentigem Invaliditätsgrad wird demnach keine Rente ausgesprochen, zwischen einem Invaliditätsgrad von 40 und 49 Prozent steigt der prozentuale Anteil an einer Rente von 25 Prozent auf 47.5 Prozent an, zwischen einem Invaliditätsgrad von 50 und 69 Prozent entspricht der Invaliditätsgrad dem prozentualen Anteil an einer gesamten Rente und ab einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent erhalten die Versicherten eine ganze Rente zugesprochen. Unterstützt wurde diese neue Rentenberechnung von zwei Minderheiten Ruiz (sp, VD), die sich jedoch für grosszügigere Übergangsbestimmungen einsetzten; abgelehnt wurde sie von einer Minderheit Lohr, die das bisherige System mit den Viertelrenten beibehalten wollte. Sowohl bezüglich ihres neuen Systems zur Rentenberechnung als auch bezüglich der Übergangsbestimmungen blieb die Kommission aber erfolgreich. Der Rentenanspruch von bisherigen Rentenbezügerinnen und -bezügern unter 60 Jahren ändert sich somit erst, wenn sich ihr Invaliditätsgrad ändert; derjenige von IV-Beziehenden ab 60 Jahren wird auch zukünftig dem alten Gesetz folgen. Neu wird die Invalidenrente angepasst, wenn sich der Invaliditätsgrad um mindestens fünf Prozentpunkte verändert; bisher war laut IVG eine «erhebliche» Änderung nötig.

Auch bezüglich der Kinderrenten nahm der Nationalrat verschiedene Änderungen an. So entschied er sich einerseits, den Begriff «Kinderrente» durch «Zulage für Eltern» zu ersetzen, da es sich dabei ja nicht wirklich um eine Rente für Kinder handle. Dagegen wehrte sich eine Minderheit Feri, weil die entsprechenden Änderungen neben dem IVG

auch im AHVG, im ELG und im BVG sowie in den dazugehörigen Verordnungen vorgenommen werden müssten und Änderungen von unzähligen Weisungen und Richtlinien nach sich zögen. Der Begriff «Kinderrente» sei zudem passender, weil er verdeutliche, dass dieser Teil der Rente zur Unterstützung der Kinder gedacht sei, erklärte die Minderheitensprecherin. Diesen Inhalt würde der Begriff «Zulage für Eltern» nicht vermitteln. Doch nicht nur die Terminologie änderte die Mehrheit des Nationalrats, sie entschied sich auch, die Zulage für Eltern von 40 auf 30 Prozent respektive von 30 auf 22.5 Prozent einer ganzen Rente zu senken. Die Minderheit Graf zur Beibehaltung der bisherigen Höhe der entsprechenden Zulage wurde überstimmt.

Im vierten Block behandelte der Nationalrat schliesslich diverse noch fehlende Themen. Als erstes verpflichtete der Rat neu im ATSG entgegen der Forderung einer Minderheit Schenker Arbeitgebende, Leistungserbringende, Versicherungen sowie Amtsstellen zur Auskunft an die Organe der Sozialversicherungen – bisher waren die entsprechenden Personen lediglich zur Auskunft «ermächtigt» gewesen. Eine weitere Minderheit Schenker wollte eine Verpflichtung für Unternehmen mit mehr als 250 Mitarbeitenden einführen, mindestens 1 Prozent von der Invalidität bedrohte oder IV-Taggeld beziehende Mitarbeitende zu beschäftigen. Mit 132 zu 55 Stimmen lehnten jedoch alle Parlamentarierinnen und Parlamentarier ausser denjenigen der SP- und der Grünen-Fraktion sowie den zwei EVP-Mitgliedern die entsprechende Regelung ab. Stattdessen schuf der Rat regionale ärztliche Dienste (RAD), die den IV-Stellen zur unabhängigen Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen für Leistungsansprüche zur Verfügung stehen sollen. Der Nationalrat ergänzte diesen Passus auf Antrag der Mehrheit der SGK-NR durch eine Aufforderung an die RAD, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Vertrauensärztinnen und -ärzte der Versicherungen zu kontaktieren. Wiederum hatte eine Minderheit Schenker diese Ergänzung abgelehnt, war jedoch gescheitert. Ebenfalls erfolglos wehrte sich eine Minderheit Herzog gegen Zusammenarbeitsvereinbarungen des Bundesrates und der Dachverbände der Arbeitswelt zur Verbesserung der Wiedereingliederung von Menschen mit einer Behinderung. Zwar unterstützte man die entsprechende Zusammenarbeit, die entsprechende Regelung sei aber unnötig, erklärte Verena Herzog. Mit 93 zu 95 Stimmen scheiterten die (fast) geschlossen stimmenden SVP- und FDP-Fraktionen sowie ein Mitglied der CVP-Fraktion äusserst knapp. Schliesslich stimmte der Nationalrat einer Berechtigung zu, gemäss der Organe von Vorsorgeeinrichtungen andere Vorsorgeeinrichtungen informieren dürfen, wenn sie feststellen, dass bei Letzteren unrechtmässig Leistungen bezogen werden.

Nach vier Sitzungen an zwei Tagen nahm der Nationalrat die Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 133 zu 0 Stimmen an, wobei sich die SP- und die Grünen-Fraktion sowie die Mitglieder der EVP der Stimme enthielten (55 Enthaltungen). Diskussionslos schrieb der Rat die Postulate der SGK-NR (Po. 12.3971), Ingold (Po. 14.3191), Hess (Po. 14.4266) und Bruderer Wyss (Po. 15.3206) sowie eine Motion der SGK-NR (Mo. 14.3661) ab.³

Ergänzungsleistungen (EL)

Nach dem Willen der SGK-NR und der entsprechenden Motion, welche die Kommission im Februar 2018 eingereicht hatte, sollten **Missbräuche bei den Ergänzungsleistungen zukünftig systematisch bekämpft** werden. Insbesondere soll zukünftig leichter festgestellt werden können, ob Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezüger über nichtdeklariertes Vermögen, vor allem auch Immobilien, im Ausland verfügen. Überdies sollen die kantonalen Durchführungsstellen die Resultate in jährlichen Berichten darstellen – wie es auch die IV-Stellen tun. Es sei «hinreichend bekannt», dass EL-Beziehende nicht nur in Einzelfällen über undeklarierte Vermögen im Ausland verfügten, schrieb die Kommission in der Begründung der Motion. Da die heutigen Massnahmen nicht ausreichten, um diese Missbräuche zu bekämpfen, müsse die systematische Missbrauchsbekämpfung verstärkt werden. Die Situation sei vergleichbar mit derjenigen der IV vor einigen Jahren, folglich setze man auch auf ähnliche Massnahmen. Eine Kommissionsminderheit lehnte die Motion ab.

Der Bundesrat beantragte die Ablehnung der Motion. Bereits heute hätten die EL-Stellen zahlreiche Möglichkeiten, an entsprechende Informationen zu gelangen: Im Rahmen des Freizügigkeitsabkommen seien Informationen über ausländische Renten aus dem EU-Raum zugänglich, diese würden zukünftig sogar automatisch gemeldet; die Revision des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) solle den entsprechenden Stellen in Zukunft mehr Möglichkeiten geben; seit Anfang 2017 sei zudem der automatische Informationsaustausch (AIA) mit 38 Partnerstaaten in Kraft, er

MOTION
DATUM: 19.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

soll auf weitere 41 Staaten ausgedehnt werden. Somit reiche die Datengrundlage für eine korrekte Leistungsbemessung aus.

In der Nationalratsdebatte in der Herbstsession 2018 begründete Barbara Gysi (sp, SG) den Minderheitsantrag auf Ablehnung der Motion und legte die Position der Minderheit der SGK-NR dar: Wie der Bundesrat erachtete auch sie die bestehenden Instrumente als ausreichend, kritisierte überdies aber insbesondere die permanente Missbrauchsunterstellung in allen Debatten zum Thema Sozialversicherungen. Zwar sei die Anzahl EL-Beziehende gestiegen, dies sei aber nicht auf Missbrauch, sondern auf ein Sinken der Renten zurückzuführen. Insbesondere die entsprechende Aussage in der Begründung der Motion finde sie beschämend, betonte sie. Von dieser Kritik liess sich der Nationalrat jedoch nicht umstimmen und nahm die Motion mit 128 zu 51 Stimmen an.⁴

Berufliche Vorsorge

MOTION
DATUM: 11.06.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2018 entschied die SGK-NR mit 17 zu 7 Stimmen, dem Entscheid des Ständerats auf Sistierung der Motion zur **Entpolitisierung der technischen Parameter im BVG** nicht zuzustimmen. So sei nicht zu erwarten, dass die Sozialpartner bezüglich dieser technischen Variablen Vorschläge machen würden – dieses Argument hatte die SGK-SR für die Sistierung vorgebracht. Deshalb solle diese Reformidee unabhängig vom Reformpaket des Bundesrates vorangetrieben werden, wurde im Kommissionsbericht erklärt. Eine Minderheit Gysi (sp, GS) beantragte dennoch eine Sistierung, «da das Parlament ohnehin bald wieder über die Frage des Umwandlungssatzes beraten werde».

In der Sommersession 2018 behandelte der Nationalrat die Motion zusammen mit der von Thomas de Courten (svp, BL) übernommenen parlamentarischen Initiative Bortoluzzi (svp, ZH, Pa. lv. 12.414), die eine Streichung der Regelungen zum Mindestumwandlungssatz und zum Mindestzinssatz aus dem BVG beabsichtigte. In der Parlamentsdebatte argumentierte de Courten, dass man bei der Aufnahme des Umwandlungssatzes ins Gesetz im Rahmen der ersten BVG-Revision – zuvor war dieser in der entsprechenden Verordnung geregelt gewesen – die dadurch entstehenden Schwierigkeiten nicht vorhergesehen habe. Heute läge das Hauptproblem des BVG «objektiverweise» darin, dass Umwandlungssatz und Mindestzinssatz im Gesetz geregelt sind. Das Volk habe eine Senkung des Umwandlungssatzes nun mehrmals abgelehnt und «man muss nicht immer wieder den gleichen Fehler machen und mit dem gleichen Vorschlag nochmals vor die Bevölkerung treten.» Man solle daher «eine etwas andere Lösung anstreben». Diese technischen Parameter hätten zudem mit politischen Beurteilungen nichts zu tun, da sie von zwischen den Kassen stark schwankenden Werten abhingen. Zukünftig solle es daher den Pensionskassen überlassen werden, zu entscheiden, wie sie die Mindestziele erreichen – weiterhin sei eine Ersatzquote von 60 Prozent durch die erste und zweite Säule zu gewährleisten, erklärte de Courten. Diesen Überlegungen widersprach Minderheitssprecherin Gysi heftig: Durch die Vorstösse «soll dem Volk das Recht genommen werden, in dieser doch so wichtigen Frage mitzusprechen». Es gehe eben nicht um technische Daten, sondern um eine hochpolitische Frage, nämlich um die Höhe der Renten der zweiten Säule. Auch Gesundheitsminister Berset erachtete die Frage eindeutig als politisch. Zudem seien die Aufnahme des Umwandlungssatzes ins Gesetz sowie seine Senkung von 7.2 auf 6.8 Prozent vom Parlament beschlossen und von den Stimmbürgern nicht widerrufen worden – insofern gebe es diesbezüglich also bereits (Volks-)Entscheide. Daher mache es keinen Sinn, den Umwandlungssatz plötzlich aus dem Gesetz zu nehmen. Trotz dieser Einwände nahm der Nationalrat die Motion mit 127 zu 55 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) an und stimmte mit 127 zu 59 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) zu, der parlamentarischen Initiative Bortoluzzi Folge zu geben.⁵

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 11.06.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2018 beriet die SGK-NR die parlamentarische Initiative zur **Streichung des Mindestumwandlungssatzes und des Mindestzinssatzes aus dem BVG** erneut, nun hatten sich jedoch die Vorzeichen geändert: Inzwischen hatte das Volk die Altersvorsorge 2020 abgelehnt und der Bundesrat hatte entschieden, zwei separate Vorlagen zur AHV und der beruflichen Vorsorge auszuarbeiten. Da die Kommission bezüglich Mindestumwandlungssatz und Mindestzinssatz von den Sozialpartnern keine Reformvorschläge erwarte und es sich dabei um technische Variablen handle, sollten diese aus dem BVG herausgelöst werden, erklärte die Kommission in einer Medienmitteilung. Dagegen wehrte sich jedoch eine Minderheit Heim (sp, SO). In der Sommersession 2018 behandelte der Nationalrat die parlamentarische Initiative

zusammen mit einer Motion der SGK-NR. Thomas de Courten (svp, BL) argumentierte, dass diese technischen Parameter mit politischen Beurteilungen nichts zu tun hätten und es daher zukünftig den Pensionskassen überlassen werden solle, zu entscheiden, wie sie die Mindestziele erreichen. Minderheitssprecherin Barbara Gysi (sp, SG) betonte jedoch, dass es eben nicht um technische Daten, sondern um eine hochpolitische Frage, nämlich um die Höhe der Renten der zweiten Säule, gehe. Trotz dieser Einwände gab der Nationalrat der parlamentarischen Initiative mit 127 zu 59 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) Folge.⁶

STANDESINITIATIVE
DATUM: 11.06.2019
ANJA HEIDELBERGER

Nach der WAK-SR und dem Ständerat empfahl im Mai 2019 auch die WAK-NR mit 16 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung, der Standesinitiative des Kantons St. Gallen «**Befreiung der Altersvorsorgegelder in der Schweiz von den Negativzinsen der Schweizerischen Nationalbank**» keine Folge zu geben. Da die Nachteile einer solchen Ausnahme, insbesondere die Schwächung der Schweizer Geldpolitik, ihren Nutzen deutlich übersteigen würden, sei auf diese Massnahme zu verzichten, erklärte die Kommission mehrheitlich.

Zur Behandlung der Initiative in der Sommersession 2019 reichte Barbara Gysi (sp, SG) jedoch einen Antrag auf Folgegeben ein, da die «Nationalbank [...] den Interessen unserer Bevölkerung dienen [soll]» und von einer solchen Regelung Pensionskassen und AHV und somit letztlich die Bevölkerung profitieren würden. Im Nationalrat unterlag Gysi mit 100 zu 58 Stimmen bei 3 Enthaltungen jedoch deutlich. Unterstützt wurde ihr Vorschlag von den geschlossen stimmenden Fraktionen der SP und der Grünen sowie von einer vergleichsweise starken Minderheit der SVP-Fraktion und einzelnen Mitgliedern der FDP- und der CVP/EVP-Fraktion.⁷

Krankenversicherung

STANDESINITIATIVE
DATUM: 17.03.2016
FLAVIA CARONI

Die grosse Kammer behandelte in der Frühlingsession 2016 als Zweitrat eine Standesinitiative des Kantons Jura zur **Einrichtung kantonaler sozialer Einheitskassen**. Über eine Standesinitiative des Kantons Genf und eine parlamentarische Initiative der grünen Fraktion, welche beide sehr ähnliche Anliegen vertraten, wurde zeitgleich entschieden. Die Kommissionsmehrheit beantragte, der Standesinitiative keine Folge zu geben, eine Minderheit Gysi (sp, SG) war für Folge geben. Wiederum war die Argumentation ähnlich wie im Erstrat und wie anlässlich der Abstimmungskampagne zur Volksinitiative „für eine öffentliche Krankenkasse“. Auf Gegenseite wurde zudem betont, kantonale Einheitskassen würden ein Parallelsystem zum aktuell in allen Kantonen existierenden Wettbewerbssystem schaffen, was den gesamtschweizerischen Grundlagen und Prinzipien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung widerspreche. Letztlich sprachen sich die SP- und die grüne Fraktion geschlossen für, die anderen Fraktionen annähernd geschlossen gegen den Vorstoss aus, was ein Stimmenverhältnis von 53 zu 120 gegen die Initiative ergab.⁸

MOTION
DATUM: 08.12.2016
FLAVIA CARONI

In der vorhergehenden Session hatte der Ständerat eine Motion Bischofberger (cvp, AI) zur **Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** angenommen. Diese gelangte in der Wintersession 2016 in den Nationalrat, wo sie gemeinsam mit einer Motion der SGK-NR (16.3906) beraten wurde. Die Kommissionsmehrheit beantragte die Annahme der Motion, eine sozialdemokratische Minderheit Gysi (sp, SG) die Ablehnung. Die Argumentation glich jener, die zuvor bereits im Ständerat vorgetragen worden war. Die Minderheitssprecherin wandte zudem ein, die Schweiz habe bereits heute im europäischen Vergleich die höchsten Out-of-Pocket-Kosten im Gesundheitswesen. So bezeichnet werden die Kosten, die die privaten Haushalte selbst tragen müssen. Schliesslich wurde die Motion mit 129 zu 54 Stimmen bei drei Enthaltungen überwiesen. Auf der Befürworterseite standen annähernd geschlossen die SVP, die FDP-Liberalen, die CVP, die BDP und die GLP, auf der Gegenseite die SP und die Grünen.⁹

Heinz Brand (svp, SZ) beabsichtigte im September 2017, mit einer Motion eine **Innovationsbestimmung im KVG einzuführen**. Diese soll für alle Akteure offen sein und Pilotprojekte für die Durchsetzung von Massnahmen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ermöglichen. Konkret soll von einzelnen KVG-Bestimmungen gezielt abgesehen werden können, um alternative Mechanismen zu testen. Unbeeinflusst bleiben sollen jedoch die Leistungsansprüche der Versicherten und der Aufnahmezwang für die Versicherungen. Bereits vor Einführung des KVG hätte man mit einem Experimentierartikel gute Erfahrungen gemacht, erklärte der Motionär sein Anliegen. Anders als heute, wo vor allem Kantone die Möglichkeit zu ausserordentlichen Massnahmen hätten, sollten zukünftig alle Akteure Pilotprojekte anstossen können. Durch solche Projekte könnten die Folgen einzelner Änderungen untersucht, Hinweise auf ihre Tauglichkeit oder auf Umsetzungsprobleme gefunden und dringliche Reformen vorbereitet werden. Diese Änderung war ganz im Sinne des Bundesrates: Aufgrund des Expertenberichts «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» würden Massnahmen zur Kostendämpfung ausgearbeitet, wozu auch eine Innovationsbestimmung zähle, erklärte er in seiner Stellungnahme. Daher empfahl er die Motion zur Annahme.

Um eine diskussionslose Annahme der Motion zu verhindern, bekämpfte Barbara Gysi (sp, SG) den Vorstoss im Dezember 2017. In der Nationalratsdebatte in der Frühjahrssession 2018 verdeutlichte der Motionär nochmals den Nutzen des Vorstosses: Da das Gesundheitswesen sehr stark reglementiert sei, sei ein Innovationsartikel nötig, um einzelne Änderungen in dieser komplexen Materie zu testen. Der Innovationsartikel stelle dabei die materiell-rechtliche gesetzliche Grundlage für Abweichungen vom geltenden Recht dar. Dabei sollten alle betroffenen Akteure nur freiwillig und bei reversiblen Projekten mitmachen. Man habe bereits im Asylbereich mit einem solchen Innovationsartikel gearbeitet. Barbara Gysi wies darauf hin, dass ein Innovationsartikel «nicht per se einfach nur etwas Gutes» sei. Pilotprojekte sollten nicht zu offen ausgelegt sein und keine Präjudize schaffen. Aufgeschreckt habe sie insbesondere die Formulierung in der Begründung der Motion bezüglich einer Lockerung des Vertragszwangs. Dies sei ein Anliegen der Versicherungslobby, welcher der Motionär als Präsident von Santésuisse angehöre. Keinesfalls dürfe aber die Solidarität untergraben werden; der Vertragszwang sei für die Bevölkerung sehr wichtig, erklärte sie mit Verweis auf die Managed-Care-Abstimmung weiter. Daher bat sie den Bundesrat darzulegen, in welchen Bereichen Pilotversuche möglich sein sollen. Gesundheitsminister Berset erklärte, dass sich der Bundesrat bei Annahme der Motion auf den Motionstext, nicht auf dessen Begründung stützen werde, was Gysi überzeugte: Sie bekämpfte die Vorlage in der Folge nicht mehr, so dass diese stillschweigend angenommen wurde.¹⁰

Im April 2018 schlug die Debatte um die **Franchisen** speziell hohe Wellen, nachdem die CEO der Krankenversicherung CSS, Philomena Colatrella, in einem Interview mit dem SonntagsBlick vorgeschlagen hatte, neben anderen Massnahmen auch eine Erhöhung der Mindestfranchise auf CHF 5'000 bis CHF 10'000 zu prüfen. Dadurch würden die Prämien stark sinken – gemäss ersten Schätzungen auf CHF 170 pro Monat und Person –, wodurch bei der Prämienverbilligung Gelder frei würden, um die sozial Schwächeren bei der Bezahlung der Kosten innerhalb der Franchise zu unterstützen. Dadurch würde die Eigenverantwortung gestärkt, wodurch wiederum die Gesundheitskosten sinken würden, erklärte Colatrella. Dieser Vorschlag sorgte bei zahlreichen Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitspolitik für Aufruhr: Eine solche Erhöhung könne sich kaum jemand leisten, war der Tenor. Für Patientenschützerin Susanne Hochuli würde dieser Vorschlag das Ende des heutigen Kassensystems darstellen, weil die Kosten der sozialen Abfederung nicht mehr durch die Prämiegelder bezahlt würden. Barbara Gysi (sp, SG) befürchtete eine zusätzliche Belastung der sozial Schwächeren und Heinz Brand (svp, GR) prognostizierte gar einen Volksaufstand. Neben der breiten Kritik wurden aber auch verständnisvolle Stimmen laut, die eine umfassende Diskussion über alternative Modelle forderten.

Gleichzeitig beschäftigte sich im Jahr 2018 auch die Politik ausführlich mit dem Thema der Franchisen. So wurden 2018 neun Geschäfte zu diesem Thema beraten. Der Nationalrat stimmte drei Motionen der FDP.Liberalen-Fraktion zu, gemäss denen die Franchisen zukünftig regelmässig angepasst werden (Mo. 16.3110) und die Maximal- (Mo. 16.3111) und Minimalfranchise (Mo. 16.3112) erhöht werden sollen. Gehör im Nationalrat fanden auch eine Motion Landolt (bdp, GL; Mo. 16.3084) zur Anpassung der ordentlichen Franchise der OKP von CHF 300 auf mindestens CHF 400 sowie eine parlamentarische Initiative Borer (svp, SO; Pa.lv. 15.468) für eine Verlängerung der

Vertragsdauer bei besonderen Versicherungsformen wie Wahlfranchisen von einem auf drei Jahre. Einer Forderung der SGK-SR zur Beibehaltung der Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen (Mo. 17.3637) stimmte der Ständerat zu. Damit wollte er verhindern, dass der Bundesrat die Maximalrabatte der mittleren Franchisen anpasst, wie ein Bericht zuvor gefordert hatte. Einer ähnlichen Forderung bezüglich der Anzahl Franchisenstufen (Motion Weibel (glp, ZH; Mo. 15.4222)) stimmte die kleine Kammer ebenfalls zu. Lediglich eine Motion Stöckli (sp, BE; Mo. 17.3771) mit der gegensätzlichen Forderung, wonach der Maximalrabatt der Wahlfranchise über CHF 500 von 70 auf 80 Prozent hätte erhöht werden sollen, lehnte er ab. Die Botschaft für eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung (BRG 18.036) legte der Bundesrat ebenfalls 2018 vor: Damit soll das Verhältnis zwischen Franchisen und Bruttokosten für die OKP bei 1:12 fixiert werden; steigen die Kosten auf das Dreizehnfache der Franchise, müsste diese erhöht werden.¹¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 09.05.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2018 legte der Bundesrat dem Parlament die **Botschaft zur Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringenden** vor, welche die zeitlich begrenzte Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringenden ablösen soll. Die Vorlage will die Anforderungen an die Leistungserbringenden erhöhen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen steigern und den Kantonen ein Kontrollinstrument für das Leistungsangebot in die Hand geben. Aufgrund der Vernehmlassungsantworten hatte der Bundesrat in der Zwischenzeit einige Änderungen an der Vorlage vorgenommen: Neu sollen die Kantone für die Zulassungssteuerung und die Aufsicht über die Einhaltung der Auflagen zuständig sein, nicht mehr die Versicherer. Zudem wurde die zweijährige Wartefrist für die Leistungserbringenden vor Zulassung zur Leistungserbringung im Rahmen der OKP durch eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte ersetzt.

Im Sommer 2018 beriet die SGK-NR die Botschaft des Bundesrats und trat ohne Gegenstimme auf die Vorlage ein. Sie ersetzte insbesondere einige Kann- durch Muss-Bestimmungen und erweiterte den Geltungsbereich der Regelungen auf den ambulanten Spitalbereich. Ärztinnen und Ärzte sollen sich zur Zulassung zur OKP einer zertifizierten Gemeinschaft gemäss EPDG anschliessen müssen. Zudem soll ein Register über die ambulant tätigen Leistungserbringenden die Transparenz erhöhen. Die Kommission verabschiedete ihren Vorschlag mit 16 zu 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen.

In der Wintersession 2018 folgte die Erstbehandlung der Vorlage im **Nationalrat**. Ruth Humbel (cvp, AG) und Raymond Clottu (svp, NE) präsentierten sie dem Rat, der ohne Gegenantrag auf die Vorlage eintrat. Unbestritten waren die Änderungen der Kann-Formulierungen; erste Diskussionen gab es zur Frage, ob Leistungserbringende für die Zulassung zur OKP zwei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte und ein Jahr an einem Spital mit Grundversorgung – wie es die Kommission wollte – oder drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte – wie es eine Minderheit Humbel vorschlug – gearbeitet haben müssen. Hier wurde diskutiert, ob es sinnvoller sei, dass frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte – häufig Spezialistinnen und Spezialisten – auch als Grundversorgende gut ausgebildet seien, oder ob es relevanter sei, dass sie länger in ihrem Spezialgebiet arbeiteten. Mit 170 zu 12 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) entschied sich der Rat in dieser Frage für die Minderheit und somit für eine stärkere Spezialisierung der Leistungserbringenden.

Besonders umstritten war die Frage, ob die Kantone die Möglichkeit erhalten sollen, den Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringenden aufzuheben, solange Unter- und Obergrenzen an Ärztinnen und Ärzten nicht erreicht werden. Diesen Vorschlag der Kommission lehnte eine Minderheit Ruiz (sp, VD) ab. Stattdessen wollte sie den Kantonen die Möglichkeit geben, andere Zulassungskriterien zu definieren. Der Rat folgte jedoch gegen den Widerstand der SP- und der Grünen-Fraktion sowie einzelner Mitglieder anderer Fraktionen mit 126 zu 57 Stimmen (bei einer Enthaltung) mehrheitlich der Kommissionsmehrheit. Ähnliche Lager zeigten sich auch bei der Frage, ob den Versicherern und den Versichererverbänden ein Beschwerderecht bezüglich Bandbreiten und Höchstzahlen zustehen soll oder nicht. Die Mehrheit des Nationalrats sprach sich mit 120 zu 59 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) für ein solches Beschwerderecht aus.

Schliesslich lösten auch die Übergangsbestimmungen lange Diskussionen aus. So war sich der Rat nicht einig, ob das Inkrafttreten des Gesetzes an die Inkraftsetzung der Änderung des KVG bezüglich EFAS geknüpft werden soll oder nicht. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) sprach sich gegen eine solche Koppelung aus, da EFAS sehr umstritten sei und die Änderung der Zulassungssteuerung aufgrund ihrer Wichtigkeit nicht aufgeschoben werden solle. Dass es zu einer solchen Verknüpfung gekommen sei,

fürte Gysi auf das Lobbying der Krankenversicherungen zurück. Obwohl auch der Gesundheitsminister den Nationalrat bat, auf eine Verknüpfung der beiden Themen zu verzichten, stimmte der Nationalrat mit 123 zu 53 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) im Sinne der Kommissionsmehrheit für eine Verknüpfung. Mit 128 zu 40 Stimmen bei 13 Enthaltungen nahm der Nationalrat die Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Die Nein-Stimmen stammten allesamt aus dem links-grünen Lager, jedoch entschieden sich zehn Parlamentarierinnen und Parlamentarier der SP sowie zwei der Grünen und einer der SVP, sich der Stimme zu enthalten.¹²

STANDESINITIATIVE
DATUM: 25.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2018 behandelte die SGK-NR die Standesinitiative des Kantons Genf für eine **gerechte Verwaltung der KVG-Reserven** zusammen mit der Standesinitiative des Kantons Jura, die ein ähnliches Anliegen verfolgte (St. lv. 17.319). Die Kommission beantragte mit 16 zu 4 Stimmen (bei 3 Enthaltungen), der Initiative keine Folge zu geben. Bundesrat und Parlament hätten dem Anliegen der Standesinitiative bereits genügend Rechnung getragen, indem das BAG angehalten sei, die Prämientarife der Krankenversicherer nicht zu genehmigen, wenn diese zu stark über den Kosten liegen oder zu Reserven führen würden, erklärte die Kommission. Eine Kommissionsminderheit Gysi (sp, SG) argumentierte hingegen, dass die zahlreichen Vorstösse zu diesem Thema auf eine Unzufriedenheit hinwiesen, die durch das undurchsichtige System mit zu vielen Versicherern entstehe. Dagegen helfe eine «radikale Verschlinkung des Systems», erklärte die Minderheit. In der Herbstsession 2018 behandelte die grosse Kammer die beiden Standesinitiativen. Dabei folgte der Rat der Argumentation der Minderheit nicht, wonach die Initiativen angenommen werden müssten, damit das Problem angegangen werden könne, und gab der Standesinitiative des Kantons Genf mit 130 zu 58 Stimmen und derjenigen des Kantons Jura mit 129 zu 59 Stimmen (bei 1 Enthaltung) keine Folge.¹³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 26.11.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2018 nahm der Bundesrat zum Entwurf der SGK-NR im Rahmen der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) für eine **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG** Stellung. Er erklärte seine Unterstützung für den Minderheitsantrag Carobbio Guscetti (sp, TI) auf Nichteintreten, da das strategische Wechseln der Franchisen gemäss dem Bericht der SGK-NR nur in 0.17 Prozent der Fälle vorkomme und die Krankenversicherungen dadurch jährlich lediglich CHF 5 Mio. einsparen könnten. Diesem geringen Vorteil stünden jedoch zahlreiche Nachteile gegenüber, etwa eine Schwächung der Selbstverantwortung durch häufigere Wahl der Grundfranchise, Mehrkosten für EL und Sozialhilfe und somit auch für Kantone und Gemeinden sowie ein administrativer Mehraufwand für die Krankenversicherungen.

In der Wintersession 2018 behandelte der Nationalrat den Entwurf. Als Kommissionssprecher betonten Philippe Nantermod (fdp, VS) und Heinz Brand (svp, GR) noch einmal den Nutzen der Vorlage: Das opportunistische «Franchisenhüpfen» müsse gestoppt werden, auch wenn es sich dabei um ein untergeordnetes Problem handle. Barbara Gysi (sp, SG) kritisierte im Namen der Minderheit Carobbio Guscetti vor allem das Verhalten der Kommission, die trotz mehrheitlich negativer Vernehmlassungsantworten keinen der Kritikpunkte in die Vorlage aufgenommen hatte. Mit 111 zu 68 Stimmen bei einer Enthaltung sprach sich der Nationalrat für Eintreten auf die Vorlage aus. Während die SP- und die Grünen-Fraktion Eintreten geschlossen ablehnten, war die Situation aufseiten der Bürgerlichen weniger deutlich. Gespalten zeigte sich insbesondere die FDP-Fraktion, aber auch in der SVP- und der CVP-Fraktion lehnten einzelne Personen eine Behandlung der Vorlage ab. Knapper scheiterte der Antrag Grüter (svp, LU) auf Rückweisung an die Kommission: Mit 86 zu 81 Stimmen bei 13 Enthaltungen stimmte der Rat für die Behandlung der Vorlage, wobei hier die Fronten quer durch die meisten Fraktionen verliefen.

In der Detailberatung versuchte eine Minderheit Ruiz (sp, VD), eine Ausnahmeklausel für Personen, bei denen neu eine chronische oder schwere Krankheit diagnostiziert wurde, zu schaffen. Eine solche lehnte der Nationalrat jedoch mit 118 zu 56 Stimmen (bei 1 Enthaltung) ab. Ebenfalls abgelehnt wurde eine vom Bundesrat vorgeschlagene und von der Kommissionsmehrheit unterstützte Pflicht für die Krankenversicherungen, die Versicherten zwei Monate vor Ablauf der Frist auf ihre Wahlmöglichkeit hinzuweisen. Mit 112 zu 62 Stimmen (3 Enthaltungen) folgte die grosse Kammer einer Minderheit Humbel (cyp, AG), welche unter anderem die Kosten für die Versicherungen «ohne Mehrwert für die Versicherten» scheute. Mit 113 zu 60 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) verabschiedete der Rat die Vorlage in der Gesamtabstimmung.¹⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 26.11.2018
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem der Bundesrat seine Botschaft zur **Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung** im Vergleich zum Vernehmlassungsentwurf unverändert vorgelegt hatte, beschäftigte sich der Nationalrat in der Herbstsession 2018 als Erstrat mit der neusten KVG-Änderung. Zunächst hatte der Rat einen Nichteintretensantrag einer SGK-Minderheit Gysi (sp, SG) zu behandeln. Minderheitensprecherin Gysi begründete ihren Antrag damit, dass die neue Regelung unnötig und unsozial sei: Unnötig sei sie, weil der Bundesrat die Franchisen bereits anpassen könne – wobei die letzten zwei Erhöhungen den Kostenanstieg nicht gebremst hätten. Unsozial sei sie, weil sie zu einer Umverteilung von CHF 20 Mio. führe, wobei vor allem chronisch kranke und ältere Menschen mehr bezahlen müssten als heute, da sie häufig die Grundfranchise wählen müssten. Ausser den Grünen und der SP erklärten in der Folge alle Fraktionen ihre Unterstützung für die Vorlage. Mit 132 zu 51 Stimmen (bei 1 Enthaltung) entschied sich der Rat deutlich für Eintreten und mit 133 zu 53 Stimmen (bei 1 Enthaltung) nahm er die Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Roger Golay (mcg, GE), der sich gegen die Änderung aussprach, und Jean-Luc Addor (svp, VS), der sich seiner Stimme enthielt, wichen als Einzige von den Fraktionsmeinungen ab. Stillschweigend schrieb der Rat zudem die Motion Bischofberger (cvp, Al; Mo. 15.4157) ab.¹⁵

GERICHTSVERFAHREN
DATUM: 22.01.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Januar 2019 gab das **Bundesgericht** einer Beschwerde von betroffenen Personen recht, wonach die **Einkommensgrenze bei der individuellen Prämienverbilligung (IPV) für Kinder und junge Erwachsene im Jahr 2017 im Kanton Luzern zu tief angesetzt** war. Die Senkung der Grenze der Nettoeinkommen gemäss Steuererklärung für Ehepaare von CHF 75'000 auf CHF 54'000, mit der nur gerade der unterste Bereich der mittleren Einkommen unterstützt wurde, entspreche nicht dem KVG, das eine Unterstützung von «unteren und mittleren Einkommen» durch Prämienverbilligungen vorsehe. Die Kantone hätten zwar grosse Freiheiten bezüglich der Umsetzung der entsprechenden Regelung, die Ausführungsbestimmungen der Kantone dürften jedoch nicht gegen «Sinn und Geist der Bundesgesetzgebung» verstossen, erklärte das BGer. Das Kantonsgericht hatte zuvor eine Prüfung der entsprechenden Verordnung abgelehnt. Die Medien führten die Senkung der Einkommensgrenze in Luzern auf eine vom Volk abgelehnte Steuererhöhung im Mai 2017 zurück. Da diese Gelder ausgeblieben seien, habe der Kanton die Einkommensgrenze für Kinder und junge Erwachsene rückwirkend gesenkt und somit CHF 15 Mio. gespart. Rund 8'000 Familien seien von dieser Änderung betroffen gewesen. Verschiedene Haushalte hätten gar bereits ausbezahlte Prämienverbilligungen zurückzahlen müssen. Doch nicht nur im Kanton Luzern, auch in acht weiteren Kantonen läge die Einkommensgrenze unterhalb des Mittelstandes, erklärte die Presse mit Verweis auf einen Bericht des BAG. Insgesamt sei der Anteil der Prämienverbilligungskosten, welche die Kantone übernehmen, von etwa der Hälfte auf 41.7 Prozent gesunken – dabei gäbe es aber grosse kantonale Unterschiede. Als «Steilpass des Bundesgerichts» für die SP erachtete der Blick dieses Urteil. So forderten die Sozialdemokraten in der Folge, dass alle Kantone ihre entsprechenden Regeln überprüfen. Man rechne damit, dass 200'000-300'000 Haushalte zu wenig Geld erhalten, erklärte die SP in einer Pressekonferenz. Die Kantone hätten einen Monat Zeit, bevor die Partei rechtliche Schritte einleite. Zudem seien nationale Regeln in diesem «föderalistischen Flickenteppich» dringend, erklärte etwa Barbara Gysi (sp, SG). Genau solche plante die SP mit ihrer Prämienentlastungsinitiative, deren Lancierung für Februar 2019 geplant war. Doch nicht nur auf linker, auch auf bürgerlicher Seite begrüsst Gesundheitspolitiker gemäss Medien das Urteil. Der Präsident der Sozialdirektorenkonferenz, Martin Klöti (SG, fdp), erklärte etwa eine Harmonisierung der IPV als nötig. Andere bürgerliche Stimmen kritisierten hingegen, dass das Gericht hier in föderale Strukturen und somit in die Freiheit der Kantone eingreife.¹⁶

MOTION
DATUM: 07.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Wie zuvor ihre Schwesterkommission lehnte auch die SGK-NR eine Einteilung der Prämien nach Bezirken, wie sie das EDI einzuführen beabsichtigt hatte, ab. Dadurch würden die Kosten der städtischen Regionen auf die ländlichen Regionen, in denen das Angebot deutlich geringer ist, übertragen, argumentierte die Kommission in ihrem Bericht vom Februar 2019. Mit 16 zu 7 Stimmen empfahl sie daher, die Motion der SGK-SR zur **Beibehaltung der aktuellen Einteilung der Prämienregionen** anzunehmen. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) setzte sich hingegen für eine Ablehnung der Motion ein, da es keine Lösung sei, den ungerechten Status quo zu zementieren. Minderheitensprecherin Gysi bezeichnete die Motion in der Nationalratsdebatte in der Frühjahrssession 2019 als «Skandal». Die heutige Situation und damit auch diese

Motion würden gegen das Gesetz verstossen, argumentierte sie. Aktuell würden städtische Gemeinden und Agglomerationen die Landbevölkerung massiv quersubventionieren. Zwar sei die Dichte der Leistungserbringenden und somit auch die Kosten in den Städten höher als auf dem Land, «aber nicht derart viel höher». Dem pflichtete Gesundheitsminister Berset – ebenfalls mit deutlichen Worten – bei. Die aktuelle Regelung sei ein echtes Problem, das jetzt gelöst werden müsse. Er bat daher den Nationalrat, die Motion abzulehnen. Man müsse ja nicht mit dem bisherigen Vorschlag vom EDI weiterarbeiten, aber die Diskussion müsse weitergeführt werden können; ansonsten sei die Thematik vom Tisch. Eine Annahme der Motion würde bedeuten, dass man sagt, «qu'on a bien compris qu[e la situation] est injuste, mais que l'on va faire comme si on ne le voyait pas et que, tant pis, on va cacher la poussière sous le tapis». Trotz dieses eindringlichen Appells nahm der Nationalrat die Motion mit 105 zu 62 Stimmen (bei 10 Enthaltungen) an. Mehrheiten der bürgerlichen Fraktionen hatten sich für die Beibehaltung der aktuellen Regelung ausgesprochen.

Somit werden die Bemühungen zur Änderungen der Prämienregionen eingestellt. Genau wie Barbara Gysi kritisiert hatte, fand die Vorlage in den Medien kaum Resonanz, diskutiert wurde stattdessen über die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung sowie über die Steuerabzüge für Krankenkassenprämien, die gleichentags respektive tags zuvor behandelt wurden.¹⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 22.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Einen Tag bevor der Ständerat die Bundesratsvorlage zur **Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung** behandelte, hatte die SP bereits verkündet, dass man, falls nötig, das Referendum gegen das Gesetz ergreifen werde. Die Franchisenerhöhung sei inakzeptabel, treffe mit den chronisch Kranken und älteren Menschen die Schwächsten am stärksten und sei deshalb ein Angriff auf die Solidarität, hatte Barbara Gysi (sp, SG) erklärt.

Von dieser Referendumsdrohung liess sich der Ständerat aber tags darauf in der Frühjahrsession 2019 nicht beeindruckt. Den Minderheitsantrag Stöckli (sp, BE) auf Nichteintreten lehnte er mit 28 zu 13 Stimmen ab und nahm die Vorlage in der Folge nach einer Präzisierung bezüglich der Bruttokosten in der Gesamtabstimmung mit 26 zu 13 Stimmen (2 Enthaltungen) an. Noch in derselben Session akzeptierte der Nationalrat die Änderungen stillschweigend, sodass die beiden Räte gut eine Woche später zur Schlussabstimmung schreiten konnten.

In der Zwischenzeit hatte sich jedoch die Ausgangslage verändert: Zwei Tage vor der Schlussabstimmung hatte SVP-Fraktionschef Aeschi (svp, ZG) erklärt, die SVP-Fraktion werde die Vorlage ablehnen. Man wolle nicht einseitig die Prämienzahlungen belasten, stattdessen müsse ein Gesamtpaket geschaffen werden, in dem auch die anderen Akteure wie Krankenkassen oder Ärztinnen und Ärzte ihren Beitrag leisten sollten, erklärte er. In der Ratsdebatte ergänzte Leo Müller (cvp, LU), auch die CVP unterstütze dieses Projekt nicht und werde sich der Stimme enthalten, zumal sie sich von Anfang an für eine umfassende – und keine einseitig die Patientinnen und Patienten belastende – Revision ausgesprochen habe. Dies führte bei den anderen bürgerlichen Parteien zu Unverständnis. Lorenz Hess (bdp, BE) nervte sich, dass die Ausgangslage nun plötzlich anders sei, obwohl sich inhaltlich nichts verändert hatte. Sowohl SVP als auch CVP hatten die Vorlage in der Wintersession 2018 noch geschlossen befürwortet. Beat Walti (fdp, ZH) sprach von einem «parlamentarische[n] Trauerspiel» und von einem «durchschaubare[n] und unglaubwürdige[n] Manöver». Roger Nordmann (sp, VD) warf der SVP vor, vor den eidgenössischen Wahlen das Referendum der SP gegen das Gesetz und die Debatte zur Franchisenerhöhung verhindern zu wollen, und Balthasar Glättli (gp, ZH) warf ein, dass es bereits «wahlkämpfelet», und lobte ironisch die «Pirouetten», die die SVP drehe. Dem widersprach Thomas Aeschi heftig. Das verfehlte Gesundheitssystem sei von der SP entworfen worden und unter der Federführung der damaligen SP-Bundesrätin Ruth Dreifuss unter Jubel der FDP und CVP entstanden. Nur die SVP habe damals schon prophezeit, was passieren werde – und habe Recht behalten. Die SVP werde nicht Hand bieten für den Versuch, das verrottete System durch ein paar «Pflästerli» zu heilen.

Und so kam es, wie die Vertreterinnen und Vertreter der FDP und der BDP befürchtet hatten: Mit 101 zu 63 Stimmen lehnte eine Allianz aus SP- und Grünen-Fraktion, einer Mehrheit der SVP-Fraktion sowie einzelnen Mitgliedern der CVP-Fraktion – der Grossteil der CVP-Fraktion enthielt sich wie angekündigt der Stimme – die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung ab und versenkte die Vorlage. Dass der Ständerat – und mit ihm alle fünf SVP-Ständeräte – die Vorlage mit 27 zu 14 Stimmen annahm, war somit gegenstandslos. Auch die Medien werteten den Meinungsumschwung bei der SVP und der CVP – ähnlich wie zuvor die

Parlamentarierinnen und Parlamentarier – als «wahltaktisches Manöver» (Tagesanzeiger).¹⁸

BUNDESRAATSGESCHÄFT
DATUM: 11.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Mittelpunkt der Revision des KVG bezüglich der **Zulassung von Leistungserbringenden** in der Herbstsession 2019 durch den Nationalrat stand ein **Rückkommensantrag** der SGK-NR, der von ihrer ständerätlichen Schwesterkommission gutgeheissen worden war. Sowohl Nationalrat als auch Ständerat hatten in der ersten Behandlungsrunde den bundesrätlichen Vorschlag zur Schaffung von Auflagen für die Leistungserbringenden in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität durch die Aufsichtsbehörde gutgeheissen. Damit habe man gemäss Kommissionssprecherin Ruth Humbel (cvp, AG) jedoch Koordinationsprobleme mit der Vorlage «Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» und Zuständigkeitskonflikte zwischen Kantonen und Tarifpartnern geschaffen. Gemäss letzterer Vorlage sei der Bund für die Regulierung der Krankenversicherungen und die Tarifpartner für die Durchführung von Qualitätskontrollen zuständig. Statt den Kantonen mit der Zulassungsvorlage nun ebenfalls noch Kontrollaufgaben und somit eine zusätzliche Aufsichts- und Sanktionierungskompetenz zu geben, sollten sie ausschliesslich für die gesundheitspolitische Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie für deren Zulassung zur OKP zuständig sein, während die Wirtschaftlichkeits- und Kosteneffizienzprüfung durch die Tarifpartner erfolgen solle. Dagegen wehrte sich eine Minderheit Heim (sp, SO) heftig. Barbara Gysi (sp, NR) betonte für die SP-Fraktion, dass diese Änderung aufgrund eines Rechtsgutachtens und des Lobbyings von Curafutura eingereicht worden sei. «Dieses Rückkommen ist nichts anderes als der Versuch, einen Teil der Macht – die Sanktionsmöglichkeiten, den Einfluss und die Steuerungsmöglichkeiten – bei den Kantonen wieder zu streichen und ihn den Versicherungen zuzuschieben», kritisierte sie. Dies wecke die Gefahr, dass die Versicherungen die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrem Kostendenken unterordneten. Wenn die Kantone zudem neu über die Zulassung der Leistungserbringenden entscheiden könnten, gemäss Verfassung für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien und diese zukünftig aufgrund von EFAS auch mitfinanzieren müssten, sollten sie auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben beaufsichtigen können. Zudem habe die Verwaltung den Koordinationsbedarf zwischen den zwei Vorlagen überprüft und in Abklärung mit dem Bundesamt für Justiz kleinere Ergänzungen vorgeschlagen. Auch Bundesrat Berset erachtete diese vorgeschlagenen kleineren Korrekturen als ausreichend, um die entsprechenden Koordinationsprobleme zu beheben. Dennoch sprach sich der Rat – bei 27 nicht teilnehmenden Personen – mit 122 zu 49 Stimmen für die Änderung aus. Die ablehnenden Stimmen stammten von der SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay vom MCG und Marianne Streiff-Feller und Nik Gugger von der EVP.

Auch die weiteren Punkte der Reform wurden hitzig diskutiert. Bei der Frage, ob die Kantone Zulassungsbeschränkungen einführen müssen oder können, sprachen sich ausser der FDP-Fraktion und Angelo Barrile (sp, ZH) und vereinzelt Enthaltungen alle Ratsmitglieder für eine entsprechende Pflicht für die Kantone aus (146 zu 30 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Bei der freiwilligen Möglichkeit auf Vertragsfreiheit, die der Nationalrat eingeführt, der Ständerat aber deutlich abgelehnt hatte, folgte die grosse Kammer mit 135 zu 41 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) ihrer Kommissionsmehrheit und lenkte gegenüber dem Ständerat ein. Eine Mehrheit der FDP-Liberalen-Fraktion und eine Minderheit der SVP-Fraktion hatte hier auf Festhalten plädiert. Nicht einlenken wollte der Nationalrat hingegen beim Beschwerderecht für die Versicherungen und die Versicherungsverbände bezüglich der Ärztehöchstzahlen; dieses bestätigte er mit 131 zu 52 Stimmen gegen den Widerstand von SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay. Mit 123 zu 53 Stimmen hielt die grosse Kammer schliesslich auch trotz kritischer Stimmen des Gesundheitsministers und von linker Ratsseite an der Verbindung dieser Zulassungsvorlage mit EFAS fest. Die Verbindung diene dazu, dass «Efas die Räte und das Referendum erfolgreich übersteht», erklärte Kommissionssprecherin Humbel.¹⁹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 26.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2019 behandelte der Nationalrat als **Erstrat** den Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Eine Kommissionsminderheit Gysi (sp, SG) hatte dem Rat Nichteintreten beantragt. Barbara Gysi betonte, dass die SP-Fraktion zwar eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen befürworte, aber diese Vorlage ablehne, da darin die «Meinung der Kantone in grossen Zügen missachtet» worden sei. Den Kantonen käme nur noch die Rolle der Zahlstelle zu, die Relevanz der Spitalisten würde stark reduziert. Überdies würde die Vorlage zu einer Besserstellung der Privatspitäler und Zusatzversicherten zulasten der OKP führen,

kritisierte Gysi. Aufgrund der zahlreichen Mitglieder in der Subkommission, die Mandate bei Krankenversicherungen oder Krankenkassenverbänden hätten, und aufgrund der «getreuen» Umsetzung der Vorschläge von Curafutura begünstigte die Vorlage die Interessen der Krankenversicherungen. «Diese Vorlage stammt klar aus der Feder von Curafutura», fasste sie ihre Kritik zusammen. Ein Nichteintreten würde dem Bundesrat zusammen mit den Kantonen eine neue Lösungsfindung ermöglichen.

Ruth Humbel (cvp, AG) betonte als Kommissionssprecherin, dass es den Krankenversicherungen nicht verboten sei, fachliche Inputs zu geben. Zudem seien die Privatspitäler ein «Nebenschauplatz». In erster Linie stärke die Vorlage die Steuerungsmöglichkeit der Kantone, indem sie neu den ambulanten und stationären Bereich planen könnten, einen Einsitz in Tarmed oder Tardoc erhielten und weiterhin die Tarife genehmigten oder erliessen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigten. Mit 136 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat in der Folge für Eintreten aus. Die ablehnenden Stimmen stammten aus der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von MCG-Mitglied Roger Golay (mcg, GE).

In der Detailberatung diskutierte der Nationalrat verschiedene technische Fragen, die jedoch, so die Auffassung der meisten Rednerinnen und Redner, hochpolitisch waren. So beriet die grosse Kammer die Berechnung der Kantonsbeiträge, bei der zwei Fragen umstritten waren: Soll erstens der Abzug der Risikoabgaben risikobasiert oder kostenbasiert erfolgen und sollen zweitens die Kostenbeteiligungen der Versicherten abgezogen werden, bevor die Kantonsbeiträge berechnet werden. Bei ersterer Frage sprach sich eine Kommissionsminderheit Nantermod (fdp, VS) für das risikobasierte Pauschalmodell aus. Dieses habe den Vorteil, dass nur die Risikokompensation und nicht die variablen Verwaltungskosten der Versicherungen berücksichtigt würden, erklärte Regine Sauter (fdp, ZH) für die Kommissionsminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenwahrheit entsprechen müssten. Somit könne man diese nicht «aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen» verteilen. Mit 111 zu 78 Stimmen sprach sich der Nationalrat für den Mehrheitsantrag der SGK-NR und somit für das kostenbasierte Modell aus: Eine Allianz aus SP-, Grünen- und SVP-Fraktion setzte sich diesbezüglich gegen die geschlossen stimmenden übrigen Fraktionen durch.

Eine weitere Minderheit Nantermod setzte sich dafür ein, dass die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also zum Beispiel die Franchisen, ebenfalls in die Berechnung des Kantonsanteils einfließen sollten. Nur dadurch würden Personen mit hohen Franchisen gleich behandelt wie Personen mit tiefen Franchisen. Mit dieser Berechnungsart müssten die Kantone den Versicherungen aber auch Geld für Kosten überweisen, die nicht von ihnen, sondern von den Versicherten bezahlt worden seien, kritisierte Gesundheitsminister Berset. Rechtlich sei es gemäss dem Bundesamt für Justiz zudem problematisch, wenn der Bund die Kantone zwingt, Kosten zu übernehmen, die nicht unter die OKP fielen, erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Weiter könne es nicht sein, dass die Eigenverantwortung, die den höheren Franchisen zugrunde liege, «an die Kantone delegiert werde». Mit 148 zu 33 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) respektive 141 zu 46 Stimmen (bei keiner Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Antrag des Bundesrates und die Berechnung der Kantonsbeiträge nach Abzug der Franchisen aus. Für die Minderheit hatten sich vor allem Teile der SVP- und der FDP.Liberales-Fraktionen eingesetzt. Gleichzeitig entschied sich der Rat auch, den von den Kantonen übernommenen Mindestanteil von 22.6 Prozent auf 25.5 Prozent zu erhöhen, wie es der Bundesrat beantragt hatte.

Wie sich bereits in der Eintretensdebatte angekündigt hatte, war die Frage der Vergütungen an die Vertragsspitäler in der Detailberatung besonders umstritten. Diese liegt heute bei 45 Prozent, neu soll sie jedoch auf 74.5 Prozent erhöht werden. Dadurch würden Privatspitäler, die sich nicht an der Ausbildung oder am Grundversorgungsauftrag beteiligten, die besonders lukrative Fälle der übrigen Spitäler abwerben würden und deren Gewinne auf den Konten von ausländischen Investoren landeten, noch stärker aus der OKP abgegolten werden als bisher, kritisierte Barbara Gysi. Dadurch käme es zu einem Anstieg der Prämien der Grundversicherten, zu einer Mengenausweitung durch die Privatspitäler – bereits jetzt würden halbprivat oder privat versicherte Personen zum Beispiel 2.2-mal häufiger am Knie operiert als Grundversicherte – sowie zu einem Anstieg der Anzahl Privatspitäler. Schliesslich unterliefe dies auch die Spitalplanung der Kantone. Letzteren Punkt betonte auch Bundesrat Berset. Kommissionssprecherin Humbel entgegnete hingegen, dass Privatkliniken nicht per se teurer seien als öffentliche Spitäler und es überdies nur zehn davon gebe. Heute würden 45 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler durch die Kantone sowie 100 Prozent der ambulanten Leistungen durch die Versicherungen vergütet; mit einem Anteil von 74.5 Prozent wäre der Unterschied zu heute somit vernachlässigbar. Die grosse Kammer sprach sich in der Folge mit 132 zu 56

Stimmen (bei 6 Enthaltungen) deutlich für den Antrag der Kommissionsmehrheit und die höhere Vergütung für die Vertragsspitäler aus.

Bei der Frage nach der zukünftigen Rolle der gemeinsamen Einrichtung der Versicherungen entschied sich der Rat gegen eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) und eine Minderheit Carobbio (sp, TI) dafür, dass die Einrichtung neu auch für die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherungen zuständig sein soll. Sowohl Aeschi als auch Carobbio hatten mit ihren Anträgen beabsichtigt, die Rolle der Kantone in EFAS zu stärken; Thomas Aeschi wollte den Kantonen die Möglichkeit geben, das Geld selbst zu verteilen, während Marina Carobbio der gemeinsamen Einrichtung die Kontrolle über die Zahlungen übertragen wollte, damit die Kantone den Versicherungen nicht blind vertrauen müssten, wie Bea Heim (sp, SO) erklärte.

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.²⁰

MOTION

DATUM: 12.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019, also noch bevor EFAS zum ersten Mal vom Parlament behandelt worden war, reichte die SGK-NR mit 11 zu 11 Stimmen und Stichtentscheid ihres Präsidenten Thomas de Courten (svp, BL) eine Motion ein, mit der sie den Bundesrat mit dem **Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen** beauftragen wollte, sobald die notwendigen Grundlagen, die zur Zeit im Rahmen eines Postulats (Po. 19.3002) erarbeitet werden, vorhanden seien. Der Bundesrat erklärte, er begrüsse den Einbezug der Pflegeleistungen in EFAS, da dies einer zentralen Forderung der Kantone entspreche, und empfahl die Motion zur Annahme. In der Wintersession 2019 debattierte der Nationalrat über die Motion. Mit dieser könne man verbindlich zeigen, dass man bereit sei, die Langzeitpflege in EFAS aufzunehmen, verdeutlichte Regine Sauter (fdp, ZH) die Kommissionsposition. Barbara Gysi (sp, SG) vertrat die Kommissionsminderheit aus Mitgliedern der SVP und der SP. Diese wehrte sich dagegen, die Kantone den Takt bezüglich EFAS vorgeben zu lassen, und wollte eine fixe Zustimmung zum Einbezug der Langzeitpflege vor Vorliegen der entsprechenden Grundlagen verhindern. Mit 70 zu 109 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat bei einstimmiger Ablehnung durch die SP- und die Grünen-Fraktion sowie grossmehrheitlicher Ablehnung durch die SVP-Fraktion gegen die Motion aus.²¹

VOLKSINITIATIVE

DATUM: 27.02.2020
ANJA HEIDELBERGER

Nur ein Jahr nach deren Lancierung erklärte die Bundeskanzlei im Februar 2020 die **Prämien-Entlastungs-Initiative für Zustandegekommen**. Die Initiative der SP, die den Titel «Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien» trägt, verlangt, dass der Anteil der Krankenkassenprämien, der 10 Prozent des verfügbaren Einkommens übersteigt, nicht durch die Versicherten selber zu tragen sei, sondern mittels Prämienverbilligung von Bund und Kantonen übernommen werden soll. Die Initiantinnen und Initianten hatten nach nur 10 Monaten 101'780 gültige Unterschriften eingereicht – auch wenn die Unterschriftensammlung gemäss Tribune de Genève anfänglich nur 1 Monat hätte beanspruchen sollen.

Vor allem in den Medien der Romandie löste die Einreichung der Unterschriften einiges Interesse aus. Das hohe Tempo bei der Unterschriftensammlung zeige, dass ihre Partei einen Nerv getroffen habe, sagte Barbara Gysi (sp, SG) bei der Einreichung gegenüber dem Tages-Anzeiger. Auch SGB-Präsident Maillard (sp, VD) betonte die Wichtigkeit der Initiative: Bereits heute gäben viele Haushalte – vor allem diejenigen mit tiefen Einkommen – mehr als 15 Prozent ihres Einkommens für die Prämien aus und dieser Anteil würde weiter steigen. Darüber, wie hoch der durchschnittliche Anteil der Prämien am Einkommen eines Haushalts jedoch tatsächlich ist, waren sich die Befürwortenden und ihre Kritikerinnen und Kritiker nicht einig: Gemäss NZZ beträgt dieser 7 Prozent, gemäss der SP liegt er bei 14 Prozent. Ein weiterer positiver Effekt der Initiative sei zudem, dass die Problematik der Gesundheitskosten vom Parlament eher angegangen werde als bislang, als die Kosten auf die Steuern abgewälzt worden seien. Man zwingt damit die bürgerlichen Parteien zum Handeln, ergänzte Maillard.

Kritisiert wurde in den Medien unter anderem, dass die Kosten der Initiative unklar seien, da diese von der Entwicklung der Gesundheitskosten sowie von der Definition des verfügbaren Einkommens abhingen. Mehrmals war die Rede von Kosten bis CHF 4 Mrd. pro Jahr, wenn man das Modell des Kantons Waadt, der eine entsprechende Regelung bereits kennt, auf die ganze Schweiz übertragen würde. Philippe Nantermod (fdp, VS) wehrte sich überdies vor allem dagegen, dass man ein weiteres kantonales

Problem auf nationaler Ebene lösen wolle. Es gäbe bereits kantonale Lösungen, die auch die übrigen kantonalen Hilfsleistungen berücksichtigten. Zudem wehrte er sich gegen die Behauptung der Initiantinnen und Initianten, dass die Gesundheitsausgaben Kopfsteuern seien: Bereits heute würden mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben über die Steuern bezahlt, wodurch vor allem Personen mit höheren Einkommen belastet würden. Ansonsten würden die Prämien bereits heute bei CHF 1000 pro Monat liegen. Die CVP kritisierte schliesslich, dass die Vorlage das eigentliche Problem, die steigenden Gesundheitskosten, im Unterschied zu ihrer eigenen Initiative nicht angehe.²²

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 03.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2020 behandelte der Nationalrat die **drei verbliebenen Differenzen zur Zulassung von Leistungserbringenden**. Bezüglich der Kompetenzverschiebungen zu den Versicherungen im Bereich der Qualitätsprüfung beantragte eine Minderheit Gysi (sp, SG), dem Ständerat zu folgen und auf die Verschiebungen zu verzichten. Mit 121 zu 71 Stimmen entschied sich der Nationalrat jedoch mehrheitlich für Festhalten. Auch betreffend das Beschwerderecht für die Versicherungen blieb die Differenz zur kleinen Kammer bestehen. Mit 107 zu 84 Stimmen hielt der Nationalrat an dieser «Machtverschiebung von den demokratisch gewählten Vertreterinnen und Vertretern der Kantone hin zu einzelnen Versicherern», wie Katharina Prelicz-Huber (gp, ZH) diesen Punkt kritisiert hatte, fest. «Die Versicherer nehmen hier letztlich die Interessen der Versicherten wahr», lobte hingegen Regine Sauter (fdp, ZH) diese Entscheidung.

Stillschweigend akzeptierte der Nationalrat hingegen den Antrag seiner Kommission, bezüglich der Frage zur Kann- oder Muss-Formulierung bei der Zulassungssteuerung durch die Kantone einzulenken. Die Kantone können somit zukünftig selbst entscheiden, ob sie Neuzulassungen von Ärztinnen und Ärzten bei überdurchschnittlichem Kostenanstieg aussetzen wollen oder nicht. Trotz eines Antrags auf Festhalten durch die Minderheit Sauter lenkte der Nationalrat schliesslich auch bei der Verknüpfung der Vorlage mit EFAS ein. Mit 115 zu 76 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte die grosse Kammer diesbezüglich ihrer Kommission. Damit räumte der Nationalrat eines der grössten Hindernisse für eine Übereinkunft zur Zulassung der Leistungserbringenden aus dem Weg. Für ihre Fraktion sei dies ein Grund, die Vorlage in der Schlussabstimmung abzulehnen, hatte jedoch die freisinnige Minderheitensprecherin zuvor betont. Nun lag es folglich am Ständerat, die verbliebenen Differenzen zu bereinigen.²³

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2020 debattierte der **Nationalrat das von der SGK-NR geschaffene Paket 1a**, das eine Hälfte des bundesrätlichen **Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** beinhaltete. Die Grundsatzdebatte begann mit einem Nichteintretensantrag de Courten (svp, BL). Dass die Kosten im Gesundheitswesen mit dieser Vorlage gesenkt werden könnten, sei Wunschdenken, damit würden nur die vergangenen Fehler wiederholt, kritisierte der Minderheitensprecher den bundesrätlichen Vorschlag. Es brauche nicht mehr, sondern weniger Regulierung und Bürokratie. Das aktuelle Projekt solle gestoppt werden, um «den Weg für einen neuen Anlauf frei zu machen». Mit 139 zu 52 Stimmen – einzig die SVP sprach sich für Nichteintreten aus – lehnte der Rat diesen Antrag jedoch ab.

In der Folge lagen sowohl von Seiten der Kommissionsmehrheit als auch von linken und rechten Kommissionsminderheiten zahlreiche Änderungsanträge gegenüber der Version des Bundesrates vor.

Zuerst behandelte der Nationalrat das Thema der **Rechnungsstellung** und somit konkret die Frage, wer im Tiers payant den Versicherten die Rechnung zustellen muss. Einig war man sich, dass es wichtig sei, dass die Versicherten ihre Rechnungen kontrollieren könnten; bisher seien ihnen die Rechnungen nicht konsequent genug zugeschickt worden, war der Tenor. Der Bundesrat wollte die Zustellungspflicht bei den Leistungserbringenden belassen, die Pflicht aber neu mit Sanktionsmöglichkeiten im Gesetz festschreiben. Die Kommissionsmehrheit wollte diese Pflicht auf die Versicherungen übertragen, während zwei Minderheiten de Courten hier keinen Rechtsetzungsbedarf sahen respektive festhalten wollten, dass eine Übermittlung durch die Leistungserbringenden auch elektronisch erfolgen könne. Deutlich sprach sich die grosse Kammer für den Mehrheitsantrag der SGK-NR aus. Ebenfalls die Frage der Rechnungskontrolle betraf der Minderheitsantrag Wasserfallen (sp, BE), wonach eine vom Bund finanziell unterstützte Patientenschutzorganisation geschaffen werden sollte, welcher die Patientinnen und Patienten ihre Rechnungen zur Kontrolle vorlegen könnten. Zur Verdeutlichung der Notwendigkeit dieser Massnahme zählte Flavia

Wasserfallen verschiedene Fälle auf, in denen Leistungen verrechnet wurden, die gar nie getätigt worden waren. Die Schaffung einer dritten Partei bei der Rechnungskontrolle sei jedoch aufwändig und kostspielig, lehnte Ruth Humbel (cvp, AG) den Vorschlag im Namen der Kommission ab. Dennoch entschied sich der Nationalrat mit 96 zu 92 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) für die Schaffung einer entsprechenden Patientenorganisation.

Die zweite grosse Frage betraf die **Behandlungstarife**. Mussten bisher nur Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen, wollte der Bundesrat diese Anforderung auch auf ambulante Behandlungen ausdehnen, wobei er jedoch Ausnahmen vorsehen können wollte. Die Wirkung dieser Ausnahmen bezweifelte eine weitere Minderheit de Courten, deren Sprecher betonte, dass dadurch bestehende entsprechende Bestrebungen der Tarifpartner zur Suche von geeigneten Pauschalen nicht mehr fortgesetzt werden könnten. Mit 131 zu 58 Stimmen teilte die grosse Kammer die Sorge der Minderheit nicht und lehnte deren Antrag ab. Deutlich umstrittener war der Vorschlag des Bundesrates für eine Organisation zur Erarbeitung und Pflege der Tarifstruktur bei ambulanten ärztlichen Behandlungen, ähnlich wie die Swiss DRG im stationären Bereich. Der Bundesrat wollte die Verbände der Leistungserbringenden und Versicherungen bei Vorgaben zu Form, Betrieb und Finanzierung mit der Schaffung einer entsprechenden Organisation beauftragen und subsidiär selbst tätig werden, falls die Organisation nicht zustande käme oder nicht den gesetzlichen Grundlagen entspräche. Zudem sah er die Möglichkeit vor, die Schaffung einer Organisation auch von Verbänden zu anderen ambulanten Behandlungen – beispielsweise in der Chiropraktik oder der Physiotherapie – zu verlangen. Die Leistungserbringenden wären in der Folge verpflichtet, dieser Organisation unter Sanktionsandrohung die für den Betrieb nötigen Daten zu liefern; die Organisation müsste die Tarifstrukturen ihrerseits dem Bundesrat zur Genehmigung vorlegen. Zu diesem Konzept lagen zahlreiche Mehr- und Minderheitsanträge vor. Zum Beispiel sollten an der Schaffung der Organisation auch die Kantone beteiligt sein (Minderheit Prelicz-Huber; gp, ZH) respektive nicht die Verbände dafür zuständig sein, sondern wie bis anhin die Tarifpartner (Minderheit de Courten). Weiter wurden die Ausdehnung auf andere Bereiche, die Vorgaben zu Form, Betrieb und Finanzierung, die subsidiäre Kompetenz zur Schaffung der Organisation durch den Bundesrat sowie die Sanktionsmöglichkeiten von Kommissionsminderheiten bekämpft. Die Kommissionsmehrheit zeigte sich mit dem Vorschlag des Bundesrates mehrheitlich einverstanden, schlug aber vor, dass der Bundesrat erst eine Konsultation durchführe und seine Vorgaben bezüglich Form, Betrieb und Finanzierung der zu schaffenden Organisation erst anschliessend festsetze. Zudem sollten sowohl Leistungserbringende als auch Versicherungen zur Datenlieferung verpflichtet werden. Zwar setzte sich die bundesrätliche Version gegen sämtliche Minderheiten durch, zum Schluss folgte der Rat in letztgenannten Punkten jedoch deutlich der Kommissionsmehrheit.

Der dritte grosse Punkt betraf die Frage des Experimentierartikels: Dieser sollte inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzte Pilotprojekte mit Vorschlägen, die gegen einzelne Bestimmungen des KVG verstossen, ermöglichen und damit ein Testen alternativer Mechanismen zulassen. Der Bundesrat wollte diese Projekte auf bestimmte Bereiche beschränken, die Kommissionsmehrheit hingegen wollte einzig die Genehmigung des EDI voraussetzen. Verschiedene Minderheiten beabsichtigten, einzelne Anwendungsfelder zu streichen – beispielsweise Projekte zur Einschränkung der Arztwahl (Minderheit Gysi; sp, SG) – respektive neue Felder, wie Projekte zur Einholung von Zweitmeinungen (Minderheit Prelicz-Huber) zu erschliessen. Sie alle scheiterten an der Version des Bundesrates, die jedoch ihrerseits gegen die Kommissionsmehrheit mit 109 zu 88 Stimmen verlor. Somit wird der Anwendungsbereich des Experimentierartikels nicht eingeschränkt. Des Weiteren strich der Nationalrat auf Anraten der Mehrheit der SGK-NR die Verpflichtung der Versicherungen und Leistungserbringenden zur Teilnahme an solchen Projekten aus der bundesrätlichen Vorlage.

Mit 140 zu 48 Stimmen (bei 9 Enthaltungen) nahm der Nationalrat die veränderte Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Unzufrieden mit dem Projekt zeigten sich die SVP – sie lehnte das Bundesratsgeschäft mehrheitlich ab – sowie einzelne Mitglieder der SP und der Grünen, die sich der Stimme enthielten.²⁴

Hatte bei der Beratung des **Bundesgesetzes über die Datenweitergabe der Versicherungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** im Ständerat nur ein Änderungsantrag vorgelegen, standen in der **Nationalratsdebatte** in der Herbstsession 2020 deutlich mehr Aspekte der Vorlage zur Debatte. Die Mehrheit der SGK-NR wollte die Datenweitergabe der Krankenversicherungen an das BAG um eine Verpflichtung des Bundesamtes ergänzen, vorgängig den Zweck der Datenlieferung zu nennen. Zudem sollte die Datenlieferung nur einmal jährlich stattfinden. Eine Minderheit Heim (sp, SO) wehrte sich gegen beide Änderungen: Das BAG und die Versicherungen sollten die Häufigkeit und den Termin der Lieferung gemeinsam aushandeln können, argumentierte Barbara Gysi (sp, SG) für die Minderheit, da Bea Heim bei den Nationalratswahlen 2019 nicht mehr angetreten war. Der Zweck der Datenlieferung sei überdies im Gesetz bereits festgehalten, was die entsprechende Bestimmung überflüssig mache. Mit 107 zu 85 Stimmen bevorzugte der Rat dennoch die Kommissionsversion. Eine Minderheit Brand (svp, GR) forderte weiter, generell nur Aggregatdaten weiterzugeben und die Lieferung von Individualdaten nur ausnahmsweise, unter Wahrung der Verhältnismässigkeit und nach Anhörung der Versicherungen sowie auf Entscheid des Bundesrates zuzulassen. Der Bundesrat wäre zudem verpflichtet, vorher zu überprüfen, ob bereits Datenbestände Dritter beständen. Zudem sollten keine Daten zur Evaluation des Risikoausgleichs und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen bei den Arzneimitteln und MiGeL geliefert werden. Bei der Datenbeschaffung solle «möglichst grosse Zurückhaltung geübt werden», begründete Thomas de Courten (svp, BL) diesen Antrag. Mit 104 zu 87 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte der Rat diesbezüglich der Minderheit. Hatten die SGK-SR und der Ständerat die Kompetenz zur Bestimmung, welche individuellen Daten geliefert werden sollen, dem Bundesrat übertragen wollen, schlug nun eine weitere Minderheit Brand vor, die zu liefernden Individualdaten im Gesetz abschliessend zu definieren. Diesen Vorschlag lehnte der Nationalrat jedoch mit 115 zu 82 Stimmen ab. Unumstritten war hingegen der Vorschlag der Kommission, die anonymisierten Daten auch der Forschung und der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.²⁵

Noch bevor die Räte den gemäss SGK-NR weniger umstrittenen Teil des ersten Massnahmenpakets zu Ende beraten hatten, behandelte der Nationalrat in der Sondersession im Oktober 2020 die übrigen Artikel des ersten Kostendämpfungspakets unter dem Namen **Paket 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Dazu gehörten die Massnahmen zur Steuerung der Kosten, das Beschwerderecht der Versicherer gegen Spitalplanungsentscheide sowie das Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel. Mit 17 zu 0 Stimmen bei 8 Enthaltungen hatte die SGK-NR ihren Entwurf, der gegenüber dem bundesrätlichen Vorschlag einige gewichtige Änderungen enthielt, zuvor angenommen. Eintreten war unbestritten.

Als ersten Hauptpunkt diskutierte der Nationalrat die Frage der Kostensteuerung, wobei Ruth Humbel (cvp, AG) und Philippe Nantermod (fdp, VS) die Kommissionsposition ausführlich darlegten: Eine knappe Kommissionsmehrheit unterstütze die Kostensteuerung generell. Diese lege fest, dass Tarifverträge entsprechend der Forderung der angenommenen Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.3305) Massnahmen zur Kostenkorrektur im Falle eines unvorhergesehenen Anstiegs der Gesundheitskosten enthalten müssen. Anstatt entsprechende Regeln vorzuschreiben, wie der Bundesrat beabsichtigt hatte, setzte die Kommission jedoch auf degressive Tarife: Bei häufigerer Anwendung sollten die Tarife entsprechend sinken. Stattdessen folgte der Rat jedoch äusserst knapp mit 91 zu 90 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) einer Minderheit II Hess (bdp, BE), die vorschlug, die Kostensteuerungsmassnahmen aus dieser Vorlage zu streichen, zumal sie ein «Bestandteil des Zielkostensystems» seien, welches erst im zweiten Kostendämpfungspaket behandelt werden wird. Entsprechend solle diese Massnahme ins zweite Paket verschoben werden.

Der zweite Hauptpunkt der Vorlage stellte das Beschwerderecht der Krankenversicherungen und ihrer Verbände gegenüber Entscheidungen der Kantonsregierungen bezüglich der Spitallisten sowie bezüglich Preisfestsetzungen für Arzneimittel, wie die Kommissionsmehrheit den bundesrätlichen Vorschlag ergänzt hatte, dar. Eine Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) wehrte sich dagegen, dass «private Interessen eine Steuerung durch die politische Seite, durch die Kantone, aufheben» können sollen. Stattdessen soll die Kompetenz sowie die Entscheidbarkeit in den entsprechenden Fragen bei den Kantonen und damit bei der Politik verbleiben. Nur die Politik und das Volk hätten das Wohl der ganzen Bevölkerung im Blick, während die Versicherungen ihre Partikularinteressen verfolgten, argumentierte sie.

Konsequenterweise müsse man sonst auch ein Beschwerderecht unter anderem für Patienten- und Patientinnenorganisationen oder für die Sozialpartner einrichten. Zudem könne die entsprechende Regelung zu einer Blockade und zu Rechtsunsicherheit führen. Dem widersprach unter anderem Thomas de Courten (svp, BL), der die Versicherungen im Gesundheitswesen als «Anwälte der Patientinnen und Patienten» bezeichnete und die Massnahme für nötig erachtete, damit ein Gleichgewicht in der Verhandlungsmacht sichergestellt und die alleinige Macht der Kantone gebrochen werden könne. Die Minderheit setzte sich mit 104 zu 75 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) respektive 94 zu 87 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) durch, der Nationalrat sprach sich somit gegen das Beschwerderecht der Krankenversicherungen aus. Die Stimmen für die Kommissionsmehrheit stammten von Mehrheiten der SVP-, FDP.Liberalen- und Mitte-Fraktion.

Den dritten zentralen Aspekt stellte die Frage des Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel dar, das der Bundesrat einführen wollte. Mit einem Referenzpreissystem für Generika dürfte die OKP zukünftig nur noch denjenigen Preis für ein Arzneimittel vergüten, der in diesem Referenzpreissystem festgelegt worden war – ausser es ist das einzige für die Patientin oder den Patienten mögliche Arzneimittel, dann wird es unabhängig vom Preis vergütet. Die Kommissionsmehrheit lehnte nun die Schaffung eines solchen Systems ab. Hier gehe es um Fragen der Versorgungssicherheit und der Patientensicherheit (wie in diesem Bericht ausgeführt wird), erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Bei wechselnden Referenzpreisen bestehe die Gefahr, dass es zu nicht medizinisch begründeten Medikamentenwechseln komme, was zu abnehmender Therapietreue und sinkender Patientensicherheit und dadurch zu Folgekosten führen könne. Zudem könnten Firmen aufgrund des Preisdrucks darauf verzichten, ihre Produkte in der Schweiz anzubieten, wodurch die Abhängigkeit von den übrigen Lieferanten steige. Wie problematisch eine solche Abhängigkeit sei, habe sich im Rahmen der Corona-Krise gezeigt. Die Kommission wolle deshalb auf das Referenzpreissystem verzichten und stattdessen, beruhend auf einem Vorschlag von Curafutura, Pharmasuisse, Ärzte mit Patientenapotheke und Intergenerika die Generikapenetration erhöhen. Der Marktpreis solle daher jährlich statt alle drei Jahre überprüft und die Generikapreise gegenüber den Originalen um weitere fünf Prozent gesenkt werden. Zudem soll eine preisunabhängige Vertriebsmarge geschaffen werden, damit Ärztinnen, Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker nicht wie bisher mehr Geld verdienen, wenn sie teurere Medikamente verkaufen. Entsprechend habe man auch einstimmig die Motion 20.3936 eingereicht.

Eine Minderheit I Hess unterstützte hingegen das Referenzpreissystem des Bundesrates. Minderheitensprecher Hess argumentierte, seine Minderheit habe das bundesrätliche System etwas vereinfacht und abgeschwächt. So solle das Referenzpreissystem nur gelten, wenn mehr als zwei wirkstoffgleiche Medikamente auf dem Markt sind und ein Arzneimittel vom Bundesrat nicht als unverzichtbar festgelegt worden war. Mit einem eigenen Preis, also unabhängig vom Generika-Preis, sollten überdies Biosimilars, das sind Nachahmerpräparate, deren Wirkstoffe nicht mit denjenigen der Originale identisch sind, ins Preissystem aufgenommen werden, da diese gemäss dem revidierten Heilmittelgesetz nicht mit Generika gleichgesetzt werden können. Mit diesem Modell, das er als Referenzpreissystem «light» bezeichnete, könne das grösstmögliche Sparvolumen erreicht werden, argumentierte der Minderheitensprecher.

Eine Minderheit II Porchet (gp, VD) wollte überdies das Substitutionsrecht für Apothekerinnen und Apotheker stärken. Diese sollten zukünftig bei neuen Behandlungen eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgeben müssen, sofern dies aus medizinischer und pharmazeutischer Sicht möglich ist.

Mit 114 zu 65 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) lehnte der Nationalrat die Einführung des Referenzpreissystems light ab. Interessant ist dabei, dass sich die Positionen der SP und der Grünen in dieser Frage deutlich unterscheiden, was in Gesundheitsfragen nur selten der Fall ist: Während die SP die Einführung eines Referenzpreissystems zusammen mit der Mehrheit der Mitte-Fraktion unterstützte, sprachen sich die Grünen mit der GLP-Fraktion, der Mehrheit der SVP-, der FDP.Liberalen- und der Minderheit der Mitte-Fraktion dagegen aus. Abgelehnt wurden auch die Anträge auf eine Sonderbehandlung der Biosimilars (103 zu 75 Stimmen bei 7 Enthaltungen) sowie der Antrag der Minderheit II Porchet (108 zu 77 Stimmen). In letzterer Frage standen SP und Grüne zusammen mit den Grünliberalen wieder gemeinsam auf der Seite der Minderheit.

Im Rahmen dieser drei Hauptthemen behandelte der Nationalrat auch weitere Detailfragen, so zum Beispiel die Frage der verhandelten Rabatte. Als «Tabubruch» und als «absolutes No-Go» bezeichnete Barbara Gysi (sp, SG) den Vorschlag der SGK-NR,

wonach maximal 25 Prozent der Einsparungen durch zwischen Tarifpartnern und Leistungserbringenden ausgehandelten tieferen Preisen und Tarifen den Versicherungen zur freien Verfügung stehen sollten, dass sie gemäss Gysi also «in die Taschen der Versicherer fließen» sollten. Bisher mussten die entsprechenden Einsparungen vollumfänglich den Versicherten zugute kommen. «Braucht es denn wirklich dieses sogenannte Incentive [...], damit die Krankenversicherer ihre Arbeit tun, nämlich günstige Preise aushandeln?», fragte Gysi rhetorisch. Entsprechend beantragte ihre Minderheit die Streichung des Artikels, zumal dieser gemäss Flavia Wasserfallen (sp, BE) auch ohne seriöse Abklärungen in die Kommission gelangt sei. Kommissionssprecherin Humbel führte aus, dass der Ständerat bei Annahme dieser Regelung noch prüfen müsse, ob dieser Artikel dem grundsätzlichen Gewinnverbot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Forderung in Art. 56 Abs. 3bis KVG, wonach alle nicht der Qualitätsverbesserung dienenden Vergünstigungen an die Versicherten weitergegeben müssen, widerspricht und was unter dem Ausdruck «zur freien Verfügung» genau verstanden werden soll. Thomas de Courten befürwortete schliesslich den Mehrheitsantrag; es sei der «Sinn dieser ganzen Debatte, dass wir die Kosten dämpfen und die Anreize entsprechend setzen». Mit 117 zu 67 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Kommissionsvorschlag aus.

Ausführlich legte schliesslich Thomas de Courten seinen Minderheitsantrag zu den Parallelimporten dar. Er wehrte sich darin gegen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit, patentabgelaufene Medikamente ohne Zulassungspflicht durch Swissmedic auf den Schweizer Markt zu bringen. Parallelimporte seien bereits heute erlaubt, dabei müssten aber dieselben Bedingungen eingehalten werden, die für alle anderen Medikamente auch gelten. Mit dem Vorschlag der Kommission könnten Zulassungsentscheide irgendwelcher anderen Länder zukünftig auch für die Schweiz gelten, ohne dass zum Beispiel die Good Manufacturing Practice der Schweiz im Herstellungsprozess beachtet werden müsste. Eine zusätzliche Prüfung durch Swissmedic sei nicht nötig, da man davon ausgehe, dass die ausländischen Zulassungsbehörden dieselben Qualitätsanforderungen stellten wie Swissmedic, begründete Kommissionssprecherin Humbel den Minderheitsantrag. Mit 128 zu 53 Stimmen folgte der Rat diesbezüglich jedoch der Mehrheit, Gehör fand das Anliegen von de Courten nur bei der Mehrheit der SVP-Fraktion und je einem Mitglied der FDP.Liberalen- und der Mitte-Fraktion.

In der Gesamtabstimmung nahm der Nationalrat seinen Entwurf schliesslich mit 130 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Die Gegenstimmen stammten von der SP-Fraktion sowie von der Mehrheit der Grünen-Fraktion.²⁶

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 14.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem der Nationalrat in der Sondersession 2020 bereits das Paket 1b behandelt hatte, machte er sich in der Wintersession 2020 an die Differenzbereinigung zum **Paket 1a des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Stillschweigend pflichtete er dem Zweitrat bei, dass bei einer entsprechenden Abmachung zwischen Versicherungen und Leistungserbringenden auch die Versicherung für die Übermittlung der Rechnungen zuständig sein kann. Alle übrigen Fragen waren hingegen umstritten.

Bei der Frage der Patientenpauschale waren sich National- und Ständerat zwar einig, dass Pauschalen auch bei ambulanten Behandlungen eingeführt werden sollen, entgegen dem Nationalrat hatte es der Ständerat aber abgelehnt, diese auf national einheitliche Tarifstrukturen zu stellen. Die Mehrheit der SGK-NR wollte diesbezüglich an der bisherigen Position des Nationalrats festhalten, um so eine gleiche Tarifierung von medizinischen Leistungen bei ambulanten oder stationären Behandlungen zu erleichtern, wie Ruth Humbel (cvp, AG) und Pierre-Yves Maillard (sp, VD) für die Kommission erklärten. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) beantragte, dem Ständerat zuzustimmen, um die pauschale Leistungsabgeltung im ambulanten Bereich nicht zu verkomplizieren. Umstritten war überdies die Frage, ob der Bundesrat gewisse Pauschaltarife von der Pflicht der einheitlichen Tarifstruktur ausnehmen können sollte, wie eine Minderheit Gysi (sp, SG) weiterhin forderte, während die Kommissionsmehrheit darauf verzichten wollte. In beiden Fragen folgte der Rat der Kommissionsmehrheit (mit 134 zu 51 Stimmen bei 2 Enthaltungen und 119 zu 70 Stimmen).

Auch die Organisation der Tarifstrukturen war weiterhin umstritten. Zwar pflichtete der Nationalrat dem Ständerat bei, dass der Bundesrat nur dann in die Organisation der Tarifstrukturen eingreifen können sollte, wenn keine solche bestehe oder sie nicht den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Auch für den Fall, dass sich Leistungserbringende und Versicherungen nicht einigen können, sollte der Bundesrat eingreifen können; hier wollten ihn Ständerat und eine Minderheit de Courten jedoch

dazu verpflichten, die Tarifautonomie der Tarifpartner wahren zu müssen. Hier gehe es ja gerade um diejenigen Fälle, bei denen sich die Tarifpartner nicht einigen könnten, betonten die Kommissionssprechenden, entsprechend mache es keinen Sinn, hier die Tarifautonomie zu wahren. Mit 136 zu 51 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte der Rat der Kommissionsmehrheit und lehnte die Wahrung der Tarifautonomie gegen die geschlossen stimmende SVP-Fraktion ab.

In der ersten Behandlungsrunde hatte der Nationalrat dem Entwurf eine Regelung für finanzielle Unterstützung von Organisationen und Patientenstellen, welche den Individuen bei der Rechnungskontrolle helfen, beigefügt; der Ständerat hatte diese jedoch wieder gestrichen. Nun beabsichtigte die SGK-NR, auf die entsprechende Unterstützung zu verzichten; stattdessen sollen sich die Tarifpartner auf eine einfache, verständliche Rechnungsstellung einigen, betonte Humbel. Eine Minderheit Gysi wollte hingegen an der ursprünglichen Formulierung festhalten, während eine Minderheit Mäder (glp, ZH) eine Präzisierung vorschlug: Nur Organisationen, welche «statutengemäss und organisatorisch unabhängig» sind, sollten subsidiär unterstützt werden. Deutlich (mit 108 zu 83 Stimmen) entschied sich der Nationalrat gegen die finanzielle Unterstützung, nachdem sich der Minderheitsantrag Gysi zuvor knapp mit 96 zu 95 Stimmen gegen den Minderheitsantrag Mäder durchgesetzt hatte.

Zum Schluss blieb noch die Frage der Pilotprojekte, wo vor allem umstritten war, in welchen Bereichen und zu welchem Zweck solche Projekte möglich sein sollten. Ruth Humbel erklärte, dass der Ständerat den Artikel offener gefasst hatte als der Bundesrat und der Nationalrat, dadurch aber das Legalitätsprinzip und die Verfassungsmässigkeit verletzt habe, wie ein entsprechender Bericht des BJ gezeigt habe. Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit, welcher die betroffenen Bereiche ausdrücklich und ausführlich auflistete, entspreche nun einer der vom BJ vorgeschlagenen Möglichkeiten. Eine Minderheit de Courten beantragte hingegen eine möglichst schlanke Formulierung, die jedoch die Rechte der Versicherten ausdrücklich wahren sollte. Eine Minderheit Weichelt-Picard (al, ZG) wollte auf Pilotprojekte zur Übernahme von Leistungen im Ausland verzichten, weil ältere und kranke Personen nicht einfach ins Ausland abgeschoben werden sollten, wie die Minderheitensprecherin betonte. Wie bereits in der ersten nationalrätlichen Behandlung erneut auf Ablehnung einer Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) stiess die Möglichkeit, Projekte zur Einschränkung der freien Arztwahl zu schaffen, während eine Minderheit Moret (fdp, VD) auch Projekte zur Entschädigung von innovativen und neuen Behandlungsansätzen in die Liste aufnehmen wollte. Deutlich folgte der Rat gegenüber allen Minderheiten dem Mehrheitsantrag.²⁷

1) AB NR, 2017, S. 190 ff.; NZZ, 7.3.17

2) AB NR, 2020, S. 62 ff.; NZZ, 20.12.19; Blick, 30.1.20; NZZ, 1.2.20; Blick, CdT, NZZ, TA, 22.2.20; So-Bli, 23.2.20; TA, 26.2.20; Blick, 4.3.20; Blick, CdT, NZZ, TA, 5.3.20

3) AB NR, 2019, S. 122 ff.; AB NR, 2019, S. 86 ff.

4) AB NR, 2018, S. 1441 f.

5) AB NR, 2018, S. 923 ff.; Kommissionsbericht SGK-NR vom 22.2.18

6) AB NR, 2018, S. 923 ff.; Kommissionsbericht SGK-NR vom 22.2.18

7) AB NR, 2019, S. 977 ff.; Bericht WAK-NR vom 16.5.19

8) AB NR, 2016, S. 531 ff., 166.1.20160317

9) AB NR, 2016, S. 2111 ff.; NZZ, TG, 9.12.16

10) AB 2017, NR, S. 2186; AB 2018, NR, S. 29 f.

11) LT, NZZ, TA, TG, 29.3.18; So-Bli, TA, 15.4.18; Blick, LMD, 16.4.18; Blick, LT, LZ, TA, TG, 17.4.18; WW, 19.4.18; LT, 20.4.18; Blick, LT, TG, 21.4.18; LMD, LT, TG, 24.4.18; LT, 4.6.18; TA, 13.6.18

12) AB NR, 2018, S. 2153 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 31.8.18

13) AB NR, 2018, S. 1571 ff.; Kommissionsbericht SGK-NR vom 5.7.18

14) AB NR, 2018, S. 1795 ff.; BBI 2018, S. 6733 ff.

15) AB NR, 2018, S. 1791 ff.

16) Bundesgerichtsurteil BC_228 vom 22.1.19; TA, 28.1.19; AZ, BaZ, Blick, CdT, Lib, NZZ, SGT, TA, TG, 29.1.19; Blick, NZZ, TA, 30.1.19; WoZ, 31.1.19

17) AB NR, 2019, S. 137 ff.; Bericht SGK-NR (18.3713) vom 15.2.19

18) AB NR, 2019, S. 325; AB NR, 2019, S. 619 ff.; AB SR, 2019, S. 239; AB SR, 2019, S. 8 ff.; Abstimmungsprotokoll vom 26.11.18; Blick Online, 20.3.19; Blick, CdT, TA, 5.3.19; BaZ, LT, NZZ, SGT, TA, TG, 6.3.19; So-Bli, 10.3.19; BaZ, SGT, TA, 15.3.19; LT, NZZ, TA, 21.3.19; TA, 22.3.19; CdT, LT, TA, TG, 23.3.19

19) AB NR, 2019, S. 1432 ff.

20) AB NR, 2019, S. 1876 ff.; AZ, 4.4.19; LT, TA, TG, 9.8.19; SGT, 15.8.19; BaZ, 21.9.19; NZZ, 26.9.19; Lib, TA, TG, 27.9.19

21) AB NR, 2019, S. 2218 f.

22) Medienmitteilung BR vom 27.2.20; Medienmitteilung SP vom 23.1.20; CdT, LT, Lib, NZZ, TA, TG, 24.1.20

23) AB NR, 2020, S. 55 ff.

24) AB NR, 2020, S. 1075 ff.; AB NR, 2020, S. 754 ff.

25) AB NR, 2020, S. 1780 ff.

26) AB NR, 2020, S. 1994 ff.; AB NR, 2020, S. 1998 ff.

27) AB NR, 2020, S. 2511 ff.