

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

| | |
|--------------|---|
| Suchabfrage | 23.04.2024 |
| Thema | Sozialversicherungen |
| Schlagworte | Keine Einschränkung |
| Akteure | Ruiz, Rebecca (sp/ps, VD) NR/CN, Darbellay, Christophe (cvp/pdc, VS) NR/CN, Brand, Heinz (svp/udc, GR) NR/CN |
| Prozesstypen | Keine Einschränkung |
| Datum | 01.01.1990 - 01.01.2020 |

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, 2012 – 2019*. 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) | 1 |
| Krankenversicherung | 3 |
| Unfallversicherung | 14 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------|---|
| UNO | Organisation der Vereinten Nationen |
| SGK-SR | Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates |
| GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| SGK-NR | Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| IV | Invalidenversicherung |
| EDI | Eidgenössisches Departement des Inneren |
| BVGer | Bundesverwaltungsgericht |
| EL | Ergänzungsleistungen |
| SODK | Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherungen |
| 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 |
| UVG | Bundesgesetz über die Unfallversicherung |
| EFAS | Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen |
| RAD | Regionale ärztliche Dienste |

| | |
|----------------|---|
| ONU | Organisation des Nations unies |
| CSSS-CE | Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats |
| CDS | Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé |
| CSSS-CN | Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national |
| OFS | Office fédéral de la statistique |
| OFSP | Office fédéral de la santé publique |
| AI | Assurance-invalidité |
| DFI | Département fédéral de l'intérieur |
| TAF | Tribunal administratif fédéral |
| PC | Prestations complémentaires |
| CDAS | Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales |
| LAMal | Loi fédérale sur l'assurance-maladie |
| 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 |
| LAA | Loi fédérale sur l'assurance-accidents |
| EFAS | Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire |
| SMR | Services médicaux régionaux |

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Invalidenversicherung (IV)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 06.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 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 präzisierte 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 wahrnehmen, 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 Arbeitsstellen 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 unterstütze 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.¹

Krankenversicherung

Eine Motion Darbellay (cvp, VS) gegen ein Überstrapazieren des Solidaritätsprinzips in der obligatorischen Krankenversicherung überwies der Nationalrat diskussionslos. Konkret fordert die Motion, **ausländische Forschende und Dozierende**, welche in der Schweiz arbeiten, in Zukunft ohne Ausnahmen der Versicherungspflicht gemäss KVG zu unterstellen. Nach aktueller Rechtslage müssen solche Personen zwar eine Versicherung mit einem gleichwertigen Versicherungsschutz vorweisen, können diese aber bei einer spezialisierten, nicht offiziellen Kasse abschliessen, welche aufgrund der Risikoselektion tiefere Prämien anbieten kann.²

MOTION
DATUM: 28.09.2012
FLAVIA CARONI

MOTIONDATUM: 18.03.2013
FLAVIA CARONI

Der Ständerat überwies ohne Debatte eine bereits im Vorjahr vom Nationalrat angenommene Motion Darbellay (cvp, VS), welche die künftige ausnahmslose Unterstellung in der Schweiz arbeitender **ausländischer Forschender und Dozierender** unter die Versicherungspflicht gemäss KVG fordert.³

POSTULATDATUM: 11.09.2013
FLAVIA CARONI

Die grosse Kammer überwies ein Postulat Darbellay (cvp, VS), das den Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die **Kriterien für die Repräsentativität bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen** im Gesundheitswesen zu verfassen. Anlass dazu gab ein Konflikt im Bereich der Physiotherapie: Der Taxpunktwert der Physiotherapeuten war seit 1998 nicht nach oben angepasst worden, was laut dem Postulanten daran liege, dass die Santésuisse-Tochter Tarifsuisse ihren Vertrag nicht mit dem grössten Physiotherapeutenverband, sondern mit einem kleineren, nur regional aufgestellten Verband abgeschlossen habe, der nicht repräsentativ sei.⁴

PARLAMANTARISCHE INITIATIVEDATUM: 22.06.2016
FLAVIA CARONI

Die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit der beiden Räte behandelten im Jahr 2016 eine parlamentarische Initiative Borer (svp, SO) zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**, die von Nationalrat Brand (svp, GR) übernommen worden war. Der Vorstoss verlangte, die minimale Vertragsdauer für besondere Versicherungsmodelle in der Krankenversicherung, wie solche mit Wahlfranchise oder einer Einschränkung der Arztwahl, von einem auf drei Jahre zu erhöhen. Entsprechende Modelle werden von den Versicherten gewählt, da sie mit tieferen Prämien einher gehen. Allzu oft komme es jedoch vor, so war in der Begründung des Vorstosses zu lesen, dass Versicherte im Vorfeld geplanter medizinischer Eingriffe oder nach einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes aus den entsprechenden Modellen in das Grundmodell mit der ordentlichen Franchise von CHF 300 wechseln, wo die eigene Beteiligung an den Kosten tiefer ist. Dieses opportunistische Verhalten solle unterbunden werden. Als positiver Nebeneffekt ergebe sich eine administrative Vereinfachung, und die Wahlfreiheit der Versicherten bleibe erhalten. Im Grundmodell sollen weiterhin Verträge von einem halben oder einem Jahr Laufzeit möglich sein. Im Juni 2016 gab die nationalrätliche Kommission für Gesundheit und Soziales dem Anliegen mit 17 zu 7 Stimmen Folge. Im August entschied die ständerätliche Schwesterkommission mit 8 zu 4 Stimmen ebenfalls für Folge geben. Damit ging der Auftrag an die SGK-NR, einen Erlassentwurf auszuarbeiten.⁵

PARLAMANTARISCHE INITIATIVEDATUM: 07.04.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2017 beriet die SGK-NR einen Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) (übernommen von Brand (svp, GR)) zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**, gemäss welchem eine Wahlfranchise während dreier Jahre nicht gewechselt werden kann. Dadurch sollen kurzfristige Wechsel zur Grundfranchise bei bekannten anstehenden medizinischen Eingriffen verhindert und die Administrationskosten gesenkt werden. Ein Krankenkassenwechsel der Versicherer wäre unter Beibehaltung der Franchise weiterhin möglich. Die Kommission stimmte dem Vorentwurf mit 17 zu 6 Stimmen zu, eine Minderheit lehnte ihn ab, da dadurch Personen mit chronischen Erkrankungen schlechtergestellt würden. Zudem könnten den Versicherten so durch gesundheitliche oder finanzielle Schwierigkeiten grosse Probleme entstehen.

Im September 2017 schickte die SGK-NR den Vorentwurf in die Vernehmlassung. Dort stiess er bei der SVP, BDP und CVP, sechs Kantonen (AI, BL, NW, SG, UR, ZG), dem Gewerbeverband sowie einzelnen Leistungserbringern und Versicherern auf Zustimmung. Die FDP und GLP sowie vier Kantone (AG, GR, JU, ZH) stimmten zwar mehrheitlich zu, brachten aber auch Vorbehalte an. Die Befürworter lobten, dass die Vorlage die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken stärke und zur Kostensenkung beitrage. Sie brachten jedoch verschiedene Verbesserungsvorschläge ein: die Beibehaltung von einjährigen Wahlfranchisen mit Option auf mehrjährige Verträge; eine zwei- anstatt dreijährige Mindestdauer der Franchisen; eine jährliche Möglichkeit, in höhere Franchisen zu wechseln sowie eine vorgängige Analyse der Auswirkungen eines solchen Systemwechsels. Trotz ihrer Zustimmung äusserten sie Zweifel, ob durch diese Änderung wirklich ein Effekt der Kostendämpfung beobachtet werden könne. Womöglich würden dadurch mehr Personen die Grundfranchise wählen und sich in der Folge weniger kostenbewusst verhalten. Allenfalls würden die Versicherten dadurch auch mehr Sozialhilfe oder Prämienverbilligungen benötigen, wodurch die Kosten für die Kantone stiegen.

Elf Kantone (AR, BE, FR, GE, GL, NE, OW, SO, TG, TI, VD), die SP, die Grünen sowie

zahlreiche Wirtschaftsverbände, Leistungserbringer, Versicherer, Konsumentenvertreter und andere Interessierte lehnten den Entwurf ab. Entweder bezweifelten sie die positive Wirkung der Vorlage auf die Selbstverantwortung der Versicherten, auf die Kosten oder auf den Aufwand für die Versicherer oder sie kritisierten die Einschränkungen der Wahlfreiheit der Versicherten und deren bereits sehr hohe Selbstbeteiligung. Im April 2018 entschied die SGK-NR mit 11 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen, die Vorlage mit einer kleinen Änderung zu überweisen.⁶

MOTION
DATUM: 29.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Eine Motion Brand (svp, GR) beabsichtigte, **Phantome aus dem Risikoausgleich zu entfernen**. Demnach sollte der Bundesrat das KVG dahingehend ändern, dass Personen, die ohne korrekte Abmeldung abreisen oder umziehen und trotz verschiedener definierter Kontaktversuche nicht mehr erreicht werden können, vom Risikoausgleich ausgenommen werden. Denn solange keine Abmeldung vorliegt, können die Gemeinden den Krankenversicherern die Austrittsbescheinigung und damit das Ende der Versicherungspflicht nicht melden, wodurch die obligatorische Krankenversicherung weiterbesteht. Damit diese Personen aus den Listen gestrichen werden können, müssen sie zuerst für tot erklärt werden. Da dies nur selten geschieht, wachsen die Listen an. Dies sei gemäss dem Motionär insbesondere problematisch, weil diese Personen weiterhin im Risikoausgleich aufgeführt werden und die Krankenversicherer entsprechend Beiträge leisten müssen, ohne Prämien oder Entschädigungen durch die Kantone für nicht bezahlte Prämien einfordern zu können. Diskussionslos nahm der Nationalrat diese Motion in der Herbstsession 2017 an.⁷

MOTION
DATUM: 11.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Eine Motion Brand (svp, GR) fordert den Bundesrat zum Erarbeiten eines **„Masterplans für eine bezahlbare Krankenversicherung 2030“** auf, mit dessen Hilfe das Kostenwachstum bekämpft werden soll. Als Ziele und Schwerpunkte des Masterplans definierte der Motionär die Eindämmung der negativen Kostenentwicklung der OKP, die Realisierung von Effizienzgewinnen, die Vermeidung von Über-, Fehlversorgung und Mengenausweitungen, die Stärkung der Eigenverantwortung sowie die Behebung von Fehlanreizen durch die OKP. In seiner Antwort verwies der Bundesrat auf die Strategie Gesundheit 2020, welche die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik regle. Diese beinhalte teilweise bereits Massnahmen, die den Forderungen des Motionärs entsprächen. Zudem seien bereits zu einigen Forderungen der Motion konkrete Arbeiten aufgenommen worden (Projektion der Gesundheitsausgaben 2009–2060, Strategie zur Langzeitpflege (Po. 12.3604), Patientenrechte und -partizipation (Po. 12.3100, Po. 12.3124, Po. 12.3207)). Folglich sei ein zusätzlicher Masterplan nicht zielführend. Dennoch nahm der Nationalrat die Motion mit 129 zu 52 Stimmen (bei einer Enthaltung) gegen den Willen der SP- und der Grünen-Fraktion an.⁸

MOTION
DATUM: 26.02.2018
ANJA HEIDELBERGER

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.⁹

MOTION

DATUM: 15.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Januar 2018 folgte die SGK-SR dem Entschluss des Erstrats und empfahl die Motion Brand (svp, GR), die eine **Entfernung von Phantomen aus dem Risikoausgleich** zum Ziel hatte, mit 10 zu 0 Stimmen zur Annahme. Bei der Behandlung der Motion durch den Zweirat in der Frühjahrsession 2018 betonte Joachim Eder (fdp, ZG) für die Kommission noch einmal, dass nach unbekannt verzogene Personen ein Problem bei der Berechnung des Risikoausgleichs darstellen würden. Aus diesem Grund solle diese technische Änderung wie vom Motionär gewünscht vorgenommen werden. Diskussions- und oppositionslos schloss sich der Ständerat diesem Votum an. Damit liegt es nun am Bundesrat, eine Abfolge von Kontaktversuchen zu definieren, nach denen eine Person aus dem Risikoausgleichsbestand entfernt werden darf.¹⁰

MOTION

DATUM: 16.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2017 reichte Heinz Brand (svp, GR) eine Motion zur **Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsabrechnung nach Tarmed** für die Patienten ein. Da die Leistungserbringer die vom Bundesrat 2014 eingeführten Korrekturmassnahmen kompensiert hätten und dies auch für die neuen Tarife drohe, sollten die Datenlieferung und Rechnungsstellung der Leistungserbringer in Zukunft überprüfbar sein müssen. Nötig seien somit digitale Abrechnungen im Tiers payant – also bei direkter Bezahlung der Rechnungen der Leistungserbringer durch die Krankenversicherer –, klare Standards im Tiers garant – bei Bezahlung der Rechnungen durch die Versicherten und anschliessender Rückforderung der Beträge bei den Versicherern – und verständliche Rechnerkopien an die Patienten. Durchgesetzt werden solle dies aus Sicht des Motionärs mittels Sanktionsmöglichkeiten, die bestenfalls gar nicht angewendet werden müssten. Der Bundesrat pflichtete dem Motionär bei, dass die Transparenz erhöht werden müsse, und empfahl die Motion zur Annahme. Das KVG enthalte zwar bereits Sanktionsmöglichkeiten, diese würden jedoch nicht zielführend umgesetzt. Daher habe eine Expertengruppe zur Kostendämpfung auch Massnahmen bei der Rechnungskontrolle vorgeschlagen. Bei der Prüfung dieser Massnahmen werde das EDI auch die Anliegen der Motion Brand aufnehmen. In der Frühjahrsession 2018 nahm der Nationalrat die Motion diskussionslos an.¹¹

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 15.04.2018
ANJA HEIDELBERGER

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.Iv. 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.¹²

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, führte 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.¹³

MOTION

DATUM: 15.06.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2018 reichte Heinz Brand (svp, GR) eine Motion zur **Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP** ein: Künftig sollen alle KVG-Tarifverträge zwingend ein Kosteneindämmelement beinhalten. Die Tarife sollen folglich nur noch genehmigt werden, wenn darin wirksame Massnahmen für automatische Kosteneinsparungen vorhanden sind. Um tariflose Zustände zu verhindern, soll beim Fehlen solcher Massnahmen die Genehmigungsbehörde den Tarif mit Kosteneindämmungsabzug festsetzen. Der Bundesrat begrüsst die Motion und empfahl sie zur Annahme: Das von ihm ebenfalls im März 2018 verabschiedete Kostendämpfungsprogramm, das im Herbst 2018 in die Vernehmlassung kommen werde, beinhalte Massnahmen zur Kostenkontrolle und zur Tarifregelung. Im Rahmen dieser Regelungen soll die Motion umgesetzt werden. In der Sommersession nahm der Nationalrat die Motion stillschweigend an.¹⁴

VERWALTUNGSAKT

DATUM: 14.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2017 beauftragte der Bundesrat mit Bezug auf den Expertenbericht zu den kostendämpfenden Massnahmen für die OKP das EDI damit, neue Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der OKP vorzuschlagen und sich dabei an folgende Leitlinien zu halten: Alle Akteure sollen zur Dämpfung der Kosten beitragen und ihren Handlungsspielraum ausschöpfen, zudem soll die Transparenz durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten verbessert werden. Des Weiteren sollen Anreize zur Mengenausweitung korrigiert werden. Die Tarifpartnerschaft soll aufrechterhalten werden; sollte sie sich jedoch als ergebnislos erweisen, soll der Bund subsidiär eingreifen.

Im September 2018 schickte der Bundesrat das **erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** in die Vernehmlassung. Das lang erwartete Projekt, das zahlreiche angenommenen Vorstösse aufnimmt, soll Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken mit sich bringen. Konkrete Auswirkungen auf die vergüteten Preise sollen durch ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente, welches durch einen Preisabschlag oder ein Meldesystem die Verschreibung von Generika verstärken soll, durch die Schaffung einer paritätisch zusammengesetzten nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich sowie durch die Schaffung von Patientenpauschaltarifen, also Pauschalen im ambulanten Bereich beruhend auf einer einheitlichen Tarifstruktur, erzielt werden. Auch weitere Massnahmen sollten kostenrelevant sein: die Schaffung eines Experimentierartikels, wie er von Heinz Brand (svp, SZ) gefordert worden war und der es ermöglichen soll, ausserhalb des KVG innovative, kostendämpfende Pilotprojekte thematisch, zeitlich und räumlich eingegrenzt zu testen; eine Verpflichtung der Leistungserbringenden und Versicherungen, Massnahmen zur Korrektur von ungerechtfertigtem Mengen- und Kostenwachstum vorzulegen; das Versenden von Rechnungskopien an die Versicherten zur Rechnungskontrolle sowie ein Beschwerderecht von Versichererverbänden bei Verfügungen der Kantone bezüglich Spitäler, mit dem eine Überversorgung verhindert werden sollte.¹⁵

BERICHT
DATUM: 14.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2018 veröffentlichte der Bundesrat seinen **Bericht** in Erfüllung des Postulats Darbellay (cvp, VS) zu den **Kriterien für die Repräsentativität bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen**. Die Frage nach der Repräsentativität sei nur für die gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen relevant, befand der Bundesrat im Bericht und beschränkte seine Analyse folglich auf die Einzelleistungstarifstrukturen sowie auf die Strukturen für die pauschale Vergütung der stationären Behandlung. Das Kriterium der Repräsentativität sei gesetzlich nicht verankert, ergebe sich aber aus der Einheitlichkeit der Tarifstruktur, erklärte der Bundesrat. Der Abschluss eines Tarifvertrags bedürfe grundsätzlich keiner Mindestkriterien, er solle sich aber auf einen breiten Konsens stützen. Die Revision einer Tarifstruktur müsse jedoch in einem Tarifvertrag erfolgen, der von allen «massgeblichen Tarifpartnern» unterzeichnet werden müsse. Die Frage, ob eine Mehrheit der Tarifpartner zustimmen müsse oder ob es ausreichend sei, wenn die übrigen Tarifpartner zumindest angehört würden, werde überdies in den Gutachten von Dr. iur. Markus Moser, eingeholt durch das BAG, und Prof. Dr. Bernhard Rüttsche, beauftragt von Curafutura, uneinheitlich beantwortet. Folglich entschied der Bundesrat, zukünftig das Kriterium der Repräsentativität dadurch in Betracht zu ziehen, dass er von einer Minderheit der Tarifpartner vorgelegte Verträge prüfe und bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen die Tarifstruktur per Verordnung als gesamtschweizerisch einheitlich festlege.

Nach Vorliegen des Berichts stimmte der Nationalrat der vom Bundesrat beantragten Abschreibung des Postulats in der Sommersession 2019 stillschweigend zu.¹⁶

MOTION
DATUM: 19.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2018 reichte die SGK-NR eine Motion zur **Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten** ein. Demnach soll eine Beschwerdelegitimation von Krankenversicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Zulassung von Spitälern zur Leistungserbringung gemäss OKP geschaffen werden. Ausgangspunkt des Anliegens war die in der Zwischenzeit zurückgezogene parlamentarische Initiative Brand (svp, GR; Pa. Iv. 17.460), welche die SGK-NR in eine Kommissionsmotion umgewandelt hatte. Die Kommission erklärte, dass das BVGer, nachdem es den Bundesrat als Beschwerdeinstanz gegen Entscheide zur Spital- und Pflegeheimplanung abgelöst hatte, auch dessen Praxis, die Krankenversicherer als Beschwerdeführer zuzulassen, geändert habe. Da aber eine Zunahme von Leistungserbringenden zu Mehrkosten für die Versicherer führe und Letztere als Vollzugsorgane der OKP über entsprechendes Fachwissen verfügten, solle ihnen durch die Einräumung der Beschwerdelegitimation eine Mitverantwortung für ein kostengünstiges Gesundheitswesen gegeben werden, führte die Kommission aus.

In der Herbstsession 2018 kritisierte Bea Heim (sp, SO) insbesondere, dass keine Vertreterinnen oder Vertreter der Kantone oder der GDK angehört worden seien. Der gesetzliche Auftrag für die Gesundheitsversorgung liege bei den Kantonen, ihre Lösungsvorschläge würden durch kantonale Abstimmungen legitimiert, führte sie aus. Wenn nun sechzig Krankenversicherer Einspruch dagegen einlegen könnten, blockiere dies das ganze System und gäbe den Versicherern zu viel Macht, ohne dass sie Verantwortung tragen müssten. Gesundheitsminister Berset erklärte, dass der Bundesrat ein Beschwerderecht für Krankenkassenverbände, nicht jedoch für einzelne Krankenkassen befürworte und dieses im Rahmen der Teilrevision des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung vorsehen werde. Dennoch nahm die grosse Kammer die Motion mit 120 zu 59 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) gegen den Widerstand der geschlossenen SP- und Grünen-Fraktionen sowie von einzelnen Mitgliedern der SVP- und CVP-Fraktionen an.¹⁷

MOTION
DATUM: 28.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Die **Digitalisierung im Gesundheitswesen** wollte Jürg Grossen (glp, BE) mit einer Motion fördern, indem die Leistungserbringenden den Krankenversicherern zukünftig **sämtliche Rechnungen elektronisch liefern** sollten. Bisher erhielten die Versicherer noch immer 30 Prozent der Rechnungen auf Papier, was Administrativkosten in Millionenhöhe verursache und die Rechnungskontrolle erschwere, erklärte Grossen. Eine elektronische Übermittlung solle auch im Tiers garant möglich sein, indem die Leistungserbringenden den Versicherten und den Versicherern eine elektronische Kopie der Rechnung schicken, welche die Versicherten aber erst freigegeben müssten, bevor sie die Krankenversicherer bearbeiten können.

Der Bundesrat empfahl die Motion zur Annahme und erklärte wie bei den Motionen Buffat (svp, VD; Mo. 18.3513) und Brand (svp, GR; Mo. 17.4270), dass er nicht nur gescannte Versionen der Rechnung, sondern zusätzlich auch deren Übertragung durch eine strukturierte Plattform befürworte. Die elektronische Übermittlungspflicht dürfe aber nicht auf die Versicherten ausgedehnt werden. Diskussionslos und stillschweigend

nahm der Nationalrat die Motion in der Herbstsession 2018 an.¹⁸

MOTION

DATUM: 28.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Rechnungen an die Krankenkassen im Rahmen des KVG sollen zukünftig **nur noch elektronisch** mit strukturierten und standardisierten Daten übermittelt werden – dies beabsichtigte Michaël Buffat (svp, VD) im Juni 2018 mit einer Motion zu erreichen. Durch die Übermittlung der Rechnungen in digitaler und standardisierter Form könnten Fehler reduziert werden, zudem erlaube dies eine schnellere Verarbeitung und eine genauere Überprüfung der Angaben. Dies bringe auch Vorteile für die Leistungserbringer, da weniger Rückfragen gestellt würden und die Zahlungen schneller erfolgten, sowie für die Prämien- und Steuerzahlenden, da die Prämien reduziert werden könnten. Der Bundesrat erklärte, dass er zwar das Anliegen unterstütze und daher diese Motion, genauso wie zuvor die Motionen Brand (svp, GR; Mo. 17.4270) und Grossen (glp, BE; Mo. 18.3664), zur Annahme empfehle, dass es aber wichtig sei, dass für die Versicherten keine Pflicht zur elektronischen Übermittlung der Rechnungen entstehe. Diskussionslos und stillschweigend nahm der Nationalrat die Motion in der Herbstsession 2018 an.¹⁹

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 Kommissionmehrheit 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 (cvp, 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.²⁰

MOTION

DATUM: 12.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2018 beriet der Ständerat die Motion Brand (svp, GR) bezüglich eines **Masterplans für eine bezahlbare Krankenversicherung 2030**. Zuvor hatte die SGK-SR erklärt, dass sie die Kernforderungen der Motion zwar befürworte, diese aber durch den Bericht der Expertengruppe über Kostendämpfungsmassnahmen in der OKP und das erste Massnahmenpaket des Bundesrates bereits als erfüllt erachte. Der Ständerat behandelte die Motion Brand zusammen mit den Motionen Humbel (cvp, AG) zu Pilotversuchen im KVG (Mo. 17.3827) und zu einem differenzierten Preisfestsetzungssystem bei den Arzneimitteln (Mo. 17.3828), da alle mit dem ersten Kostendämpfungspaket des Bundesrates in Zusammenhang stehen. Stillschweigend lehnte er alle drei Motionen ab – sie alle sind damit vom Tisch.²¹

MOTION
DATUM: 14.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Herbst 2018 verlangte Heinz Brand (svp, GR) eine **administrative Erleichterung der Überprüfung der Versicherungspflicht durch die Kantone**, unter anderem durch eine elektronische Abfrage bei den Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden. Jährlich müssen die Kantone rund 800'000 Zugezogene oder Neugeborene und damit rund 10 Prozent der Bevölkerung auf ihre KVG-Pflicht überprüfen. Aufgrund fehlender elektronischer Überprüfungsmöglichkeiten müsse diese Abfrage de jure über briefliche Einzelanfragen geschehen, erklärte der Motionär. Wenn bei einer vermuteten fehlenden Versicherung von Amtes wegen eine Versicherung verfügt werde, werde jedoch häufig festgestellt, dass bereits eine Versicherung vorhanden sei. Der Bundesrat befürwortete die Motion, betonte jedoch, dass er davon ausgehe, dass die Versichererverbände nicht über persönliche Daten der Versicherten verfügten und sich der Datenaustausch somit auf die Einwohnerdienste und die Krankenversicherer beschränke. In der Wintersession 2018 nahm der Nationalrat die Motion Brand diskussionslos und stillschweigend an.²²

MOTION
DATUM: 05.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Obwohl der Bundesrat bereits Teile der Vorlage in das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung eingebaut habe, empfahl die SGK-SR die Motion Brand (svp, GR) zur **Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsabrechnung nach Tarmed** im Februar 2019 zur Annahme. Die Forderung einer digitalen Abrechnung im Tiers payant sei noch nicht erfüllt und solle in das zweite Massnahmenpaket eingebaut werden, argumentierte Hans Stöckli (sp, BE) in der Frühjahrsession 2019 für die Kommission. Stillschweigend nahm der Ständerat die Motion an.²³

MOTION
DATUM: 05.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Auf Antrag seiner SGK lehnte der Ständerat die Motion Brand zur **Einführung einer Innovationsbestimmung im KVG** in der Frühjahrsession 2019 stillschweigend ab. Alex Kuprecht (svp, SZ) argumentierte für die Kommission, dass bereits ein Experimentierartikel Eingang in das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung gefunden habe und daher dem Bundesrat kein zusätzlicher entsprechender Auftrag erteilt werden solle. Mit derselben Begründung sei auch schon die Motion Humbel (cvp, AG; Mo. 17.3827) abgelehnt worden, betonte Kuprecht.²⁴

MOTION
DATUM: 14.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Adèle Thorens Goumaz (gp, VD; Mo. 18.3432) und Olivier Feller (fdp, VD; Mo. 18.3433) wollten im Mai 2018 mit zwei Motionen dafür sorgen, dass **unbestrittene und aktuelle Statistiken im Gesundheitsbereich zukünftig von einem unabhängigen Organ**, wie zum Beispiel dem BFS, erstellt werden sollen. Heute unterschieden sich die vorhandenen Daten je nach Quellen – insbesondere abhängig davon, ob sie von Versicherungen, Ärzteschaft, Spitälern oder von Pharmaunternehmen erstellt würden. Viele Zahlen würden auch direkt von den Krankenversicherungen zur Verfügung gestellt, unter anderem auch die Daten, welche das BAG für das offizielle Kostenmonitoring verwende. Damit die entsprechenden Daten jedoch «von allen Beteiligten des Gesundheitswesens akzeptiert» würden, müssten sie von einem unabhängigen und legitimierten Akteur nach klaren und einheitlichen methodischen Vorgehen und Kriterien gesammelt und einer Qualitätskontrolle unterzogen werden.

Der Bundesrat teilte diese Einschätzung der Situation und beantragte die Annahme der beiden Motionen. Eine entsprechende Datenerhebung sei notwendig, «um die Transparenz des Gesundheitssystems zu verbessern und wirksame Massnahmen zur Kostendämpfung zu identifizieren», betonte er in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Expertengruppe zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Aus diesem Grund stelle das EDI eine Expertengruppe mit dem Auftrag zur Erarbeitung einer entsprechenden Strategie für die Erfassung, Bearbeitung und Analyse der Daten im Gesundheitsbereich zusammen. Damit werde das Anliegen der Motion bereits umgesetzt.

Nachdem Sebastian Frehner (svp, BS) die Motionen im September 2018 bekämpft hatte, behandelte sie der Nationalrat in der Frühjahrsession 2019. Adèle Thorens Goumaz und Olivier Feller betonten gegenüber dem Rat, dass es kein Zufall sei, dass zwei Personen aus unterschiedlichen Parteien, die beide nicht aus der Gesundheitspolitik kämen, diese Motionen einreichten. Sie seien nicht parteiisch, es gehe ihnen nicht darum, hier die Interessen einer Akteursgruppe des Gesundheitswesens zu vertreten. Ihnen sei jedoch in den Debatten aufgefallen, dass derzeit unbestrittene und aktuelle Statistiken als Grundlage der Diskussionen fehlten. Sebastian Frehner bezeichnete die Forderung nach Daten eines unabhängigen Akteurs als Illusion. Bereits heute könnten die Bundesämter neben allen anderen Akteuren Statistiken erstellen, es werde aber nie ein völlig unabhängiges Organ geben, das Statistiken ohne Interessenkonflikte erarbeiten könne. So spiele gerade auch der Bund im Gesundheitswesen eine wichtige

Rolle und sei somit nicht vor Interessenkonflikten gefeit, wie auch Heinz Brand (svp, GR) betonte. Stattdessen sollten eben möglichst viele Statistiken aus unterschiedlichen Quellen gefördert werden. Er befürwortete aber die Bemühungen des BAG, die Datenerfassung zu verbessern und die Statistiken aufeinander abzustimmen und dadurch ihre Vergleichbarkeit zu erhöhen. Mit 125 zu 59 Stimmen (bei 1 Enthaltung) befürwortete der Nationalrat die zwei Motionen. Die Nein-Stimmen stammten von der mehrheitlich ablehnenden SVP-Fraktion sowie von zwei Mitgliedern der BDP-Fraktion.²⁵

MOTION

DATUM: 21.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Ständeratsdebatte im Frühjahr 2019 beantragte die SGK-SR die Ablehnung der Motion Brand (svp, GR) zur **Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP**. Zwar bestünden inhaltlich keine Differenzen, da die Motion aber mit dem ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung, das sich in der Vernehmlassung befinde, bereits umgesetzt worden sei, solle sie abgelehnt werden, erklärte Alex Kuprecht (svp, SZ) dem Ständerat. Gesundheitsminister Berset widersprach dieser Argumentation nicht und die kleine Kammer lehnte die Motion stillschweigend ab.²⁶

MOTION

DATUM: 22.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Heinz Brand (svp, GR) reichte Ende 2018 eine Motion ein, mit der er dafür sorgen wollte, dass **Eltern Zahler und Schuldner nicht bezahlter Kinderprämien bleiben**, auch wenn ihre Kinder volljährig werden. Dieselbe Motion war zuvor von Bea Heim (sp, SO; Mo. 18.4176) eingereicht, bisher aber vom Parlament noch nicht behandelt worden. Die diesbezügliche Stellungnahme des Bundesrates habe ihn jedoch nicht zufriedengestellt, erklärte Brand seinen Vorstoss. Nicht alle Familien bezögen Prämienverbilligungen. Überdies sei nicht entscheidend, ob die Eltern weiterhin betrieben werden dürften oder nicht; wichtig sei, dass nicht die Kinder betrieben würden.

In seiner Stellungnahme zu dieser zweiten Motion lenkte der Bundesrat ein: Er habe angekündigt, das Problem im Auge zu behalten. Da die Zahl nicht bezahlter Prämien zunehme, sei er bereit, dem Parlament eine entsprechende Vorlage zu präsentieren. Diskussionslos nahm der Nationalrat die Motion in der Frühjahrsession 2019 an.²⁷

MOTION

DATUM: 22.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Eine Erleichterung des elektronischen Datenaustauschs zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern respektive ihren Verbänden erhoffte sich Lorenz Hess (bdp, BE) von einer Ende 2018 eingereichten Motion. Dadurch sollten korrekte, tagesaktuelle Entscheide zu **Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämien und stationären Anteilen der Kantone** gefällt werden können und der bürokratische Aufwand sowie die Fehleranfälligkeit reduziert werden. Zwar sei eine elektronische Überprüfung der Versicherungspflicht dank der Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.3765) zukünftig möglich, erklärte der Motionär, die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches sollten aber ausgedehnt werden.

Der Bundesrat zeigte sich mit der Stossrichtung der Motion einverstanden und beantragte ihre Annahme. Er verwies allerdings auf die Wichtigkeit der Wahrung der privaten Interessen der Versicherten – insbesondere da der Datenaustausch zwischen Kantonen und Krankenversicherern im Unterschied zur Motion Brand gegenseitig sei. Zudem rief er, wie er es bereits in der Diskussion zur Motion Brand getan hatte, in Erinnerung, dass ein Datenaustausch mit den Versichererverbänden keinesfalls möglich sei, weil Letztere keine mit der Durchführung des KVG beauftragten Organe darstellten.

In der Frühjahrsession 2019 nahm der Nationalrat die Motion stillschweigend und diskussionslos an.²⁸

MOTION

DATUM: 05.06.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2019 behandelte der Nationalrat die Motion von Bea Heim (sp, SO), gemäss der **Eltern Schuldner der nichtbezahlten Krankenkassenprämien ihrer Kinder** bleiben sollen. Die Motionärin zeigte sich in ihrer Wortmeldung erstaunt über den Bundesrat, der ihre Motion im September 2017 zur Ablehnung empfohlen hatte, einer Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.4176) mit einem sehr ähnlichen Anliegen im Februar 2019 jedoch seine Unterstützung zugesagt hatte. Nachdem der Nationalrat die Motion Brand angenommen habe, solle er nun aus Kohärenzgründen auch ihre Motion annehmen, betonte sie. Dieser Bitte folgte der Rat und stimmte mit 174 zu 2 Stimmen (bei 1 Enthaltung) für Annahme der Motion.²⁹

In der Herbstsession 2019 behandelte der Nationalrat als **Erstrat** den Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Eine Kommissionminderheit 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 begünstige 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 Kommissionminderheit 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 Kommissionminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenvahrheit 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.Liberalen-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 zehnte 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.³⁰

MOTION

DATUM: 04.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2019 behandelte der Ständerat die Motionen Heim (sp, SO) und Brand (svp, GR; Mo. 18.4176) mit dem gemeinsamen Anliegen, dass **Eltern Schuldner der nichtbezahlten Krankenkassenprämien ihrer Kinder** bleiben sollen. Da die Belastung für die Haushalte mit geringeren Einkommen seither zugenommen habe und die Zahl der unbezahlten Prämien ansteige, empfehle der Bundesrat nun in Übereinstimmung mit der SGK-SR auch die Motion Heim zur Annahme, erklärte Gesundheitsminister Berset. Stillschweigend stimmte der Ständerat beiden Motionen zu.³¹

MOTION

DATUM: 04.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2019 behandelte der Ständerat die Motion Brand (svp, GR) zur **Unterhaltungspflicht von Eltern bezüglich nichtbezahlter Kinderprämien** zusammen mit der Motion Heim (sp, SO; Mo. 17.3323) und stimmte beiden stillschweigend zu.³²

Unfallversicherung

MOTION

DATUM: 19.03.2014
FLAVIA CARONI

Der Ständerat nahm sich in der Frühjahrsession 2014 einer Motion Darbellay (cvp, VS) an, der der Nationalrat im Vorjahr zugestimmt hatte. Der Vorstoss verlangt, eine **Rechtslücke in der Unfallversicherung** dahingehend zu schliessen, dass Erwerbstätigen auch bei Arbeitsunfähigkeit, welche sich aufgrund der Spätfolgen eines in der Jugend erlittenen Unfalls ergibt, ein Taggeld aus der obligatorischen Unfallversicherung ausbezahlt wird. Im Ständerat schlug die Kommissionsmehrheit eine Modifikation der Motion vor, wonach der Bundesrat das Problem auch durch die Änderung anderer einschlägiger Bestimmungen als des UVG lösen könne. Gegen die bereits im Erstrat geäusserten Bedenken des Bundesrates brachte der Kommissionssprecher vor, das Nachweisen eines Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und Spätfolgen sei generell schwierig, und dies nicht nur bei in der Jugend erlittenen Unfällen. Damit könne dieses Argument nicht gelten. Das Abschliessen einer freiwilligen Taggeldversicherung sei gerade bei Vorbelastung durch einen Unfall oft nicht möglich, da die Versicherer Vorbehalte anbrächten. Eine Minderheit Kuprecht (svp, SZ) beantragte die Ablehnung der Motion. Die Ausdehnung der Leistungspflicht auf Personen, die zur Zeit des Unfalls noch nicht zum Versichertenkreis gehörten, laufe dem aktuellen Versicherungssystem zuwider und rücke die Unfallversicherung in die Nähe einer Volksversicherung. Die Systemänderung wäre schwierig und kostspielig, ebenso der Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Unfall und Beschwerden, was zu zahlreichen Gerichtsverhandlungen führen würde, so die Befürchtung der Gegner. 20 Ratsmitglieder folgten dem Mehrheitsvotum, zehn lehnten die Motion ab, zwei enthielten sich ihrer Stimme. In der Sommersession stimmte der Nationalrat der vorgenommenen Formulierungsänderung mit 102 zu 80 Stimmen zu und überwies damit

die Motion.³³

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 13.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2018 legte der Bundesrat dem Parlament einen Bericht zur Abschreibung der Motion Darbellay (cvp, VS; Mo. 11.3811) zur **Schliessung der Rechtslücke in der Unfallversicherung** vor. Darin hatte er verschiedene Fragen zu den Taggeld-Zahlungen bei Erwerbsausfällen aufgrund von Rückfällen oder Spätfolgen von Jugendunfällen untersucht und war zum Schluss gekommen, dass eine solche Regelung nur Einzelfälle betreffen würde. Deutlich sprach er sich gegen eine entsprechende Regelung im Rahmen des UVG aus, da eine solche insbesondere vom Rückwärtsversicherungsverbot abweichen würde; die Personen zum Zeitpunkt des Rückfalls UVG-versichert sein müssten; die Versicherungsdeckung aufgrund des Gebots der Rechtsgleichheit nicht auf Rückfälle bei Unfällen in der Jugendzeit begrenzt werden dürfe, sondern auch Unfälle während eines Arbeitsunterbruchs berücksichtigen müsste; und da offen sei, ob die «nicht abschätzbare Prämienhöhung» durch Arbeitgebende oder Arbeitnehmende bezahlt werden solle. Auch eine Übernahme durch andere Sozialversicherungszweige hielt der Bundesrat nicht für sinnvoll. Ganz allgemein würden bereits heute die meisten Forderungen zur Übernahme der Kosten von Rückfällen an der schwierigen Akten- und Beweislage scheitern, die es nicht erlaube, einen für eine Übernahme durch eine Versicherung notwendigen kausalen Zusammenhang zwischen Unfall und Spätfolgen festzustellen. Eine zusätzliche Regelung würde somit vor allem zu falschen Hoffnungen bei den Betroffenen und zu mehr gerichtlichen Verfahren führen. Folglich beantragte der Bundesrat die Motion zur Abschreibung.³⁴

MOTION
DATUM: 19.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2019 entschied sich der Nationalrat, die Motion Darbellay (cvp, VS) für eine **Übernahme der Kosten von Rückfällen nach Unfällen aus der Jugend durch die Unfallversicherung** nicht abzuschreiben. Im Rahmen des Bundesratsgeschäfts 18.037 hatten der Bundesrat und die SGK-NR die Abschreibung empfohlen, weil eine solche Übernahme neue Ungerechtigkeiten schaffen würde und im UVG systemfremd sei.³⁵

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 19.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Zusammenhang mit der parlamentarischen Initiative Nantermod (fdp, VS; Pa.Iv. 18.408) entschied sich die SGK-NR mit 12 zu 8 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) im Hinblick auf den Bericht des Bundesrates, die Motion Darbellay (cvp, VS; Mo. 11.3811) zur Abschreibung zu empfehlen. Die Schaffung einer Regelung, gemäss der die **Unfallversicherung die Kosten von Rückfällen oder Spätfolgen von Unfällen aus der Jugend übernehmen soll**, würde neue Ungerechtigkeiten schaffen, erklärte die Kommission.

In der Frühjahrssession 2019 entschied sich der Nationalrat jedoch auf Antrag einer Minderheit Nantermod mit 93 zu 84 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) gegen eine Abschreibung der Motion. Die Mehrheit des Rates liess sich von Thomas Weibel (glp, ZH) und Manfred Bühler (svp, BE), die auf die zentralen vom Bundesrat im Bericht aufgeführten Probleme verwiesen, nicht überzeugen. Deren Argumente hatte Philippe Nantermod zuvor zu entkräften versucht: Unter anderem verwies er darauf, dass das Rückwirkungsverbot auch bei genetischen Krankheiten missachtet werde und dass Eltern nicht die Möglichkeit hätten, Schulkinder gegen spätere Behinderungen zu versichern. Da es zudem nur Einzelfälle treffe, würden sich auch die Prämienfolgen in Grenzen halten. Abschliessend rief er zur Achtung der Entscheidungen des Parlaments in den Jahren 2013 und 2014 auf. Da sich seither die Situation nicht geändert habe, könne der Bundesrat keine Abschreibung der Motion verlangen; er sei verpflichtet, ein Gesetz vorzuschlagen. Letzterem widersprach Bundesrat Berset: Wenn der Bundesrat das Gefühl habe, dass eine Weiterverfolgung eines Vorstosses nicht mehr gerechtfertigt sei, könne er diesen sehr wohl zur Abschreibung empfehlen. Dies sah jedoch nur eine Mehrheit der SVP- und der FDP-Fraktion sowie die gesamten Fraktionen der Grünliberalen und der BDP ähnlich; die übrigen Parlamentarierinnen und Parlamentarier entschieden sich gegen eine Abschreibung der Motion.³⁶

Im März 2018 reichte Philippe Nantermod (fdp, VS) eine parlamentarische Initiative zur **Schliessung der Rechtslücken in der Unfallversicherung** ein. Wie bereits die Motion Darbellay (cvp, VS; Mo. 11.3811) wollte er die Problematik angehen, dass Rückfälle und Spätfolgen von Jugendunfällen im Erwachsenenalter gemäss UVG nicht übernommen werden, auch wenn die betroffene Person UVG-versichert ist. Um dieses Problem zu lösen, sollen – ähnlich wie bei Erbkrankheiten – Unfälle vor Vollendung des 16. Altersjahres nicht als verursachende Unfallereignisse für Rückfälle oder Spätfolgen berücksichtigt werden. Stattdessen soll das erste Ereignis ab Vollendung des 16. Altersjahres als verursachendes Unfallereignis gelten.

Im Februar 2019 gab die SGK-NR der parlamentarischen Initiative mit 13 zu 8 Stimmen bei 3 Enthaltungen keine Folge, da es gemäss der Kommissionsmehrheit gegen das Rückwärtsversicherungsverbot verstossen würde, wenn die Unfallversicherung für Unfälle bezahlen müsste, die passiert waren, als die Betroffenen nicht nach UVG versichert waren.

Diese Meinung teilte in der Frühjahrsession 2019 auch der Nationalrat, der die parlamentarische Initiative zusammen mit dem Bundesratsgeschäft 18.037 zur Abschreibung der Motion Darbellay behandelte. Mit 123 zu 55 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) entschied sich der Rat gegen Folgegeben. Die geschlossen stimmenden SP- und Grünen-Fraktionen sowie einzelne Mitglieder der SVP-, der FDP- und der CVP/EVP-Fraktion hätten sich für Folgegeben ausgesprochen.³⁷

-
- 1) AB NR, 2019, S. 122 ff.; AB NR, 2019, S. 86 ff.
 - 2) Mo. 12.3609; AB NR, 2012, S. 1792.
 - 3) AB SR, 2013, S. 225.
 - 4) AB NR, 2013, S. 1326; TG, 7.3.13.
 - 5) Medienmitteilung SGK-NR vom 24.06.2016; Medienmitteilung SGK-SR vom 31.08.2016
 - 6) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.9.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 7.4.17
 - 7) AB NR, 2017, S. 1684
 - 8) AB NR, 2017, S. 2054 f.
 - 9) AB 2017, NR, S. 2186; AB 2018, NR, S. 29 f.
 - 10) AB SR, 2018, S. 243; Kommissionsbericht der SGK-SR vom 15.1.18
 - 11) AB NR, 2018, S. 532
 - 12) 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
 - 13) AB NR, 2018, S. 2153 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 31.8.18
 - 14) AB NR, 2018, S. 1154
 - 15) Erste Massnahmen zur Kostendämpfung vom 29.3.18; Faktenblatt Referenzpreissystem vom 25.10.18; Kostendämpfungsmassnahmen BAG vom 14.9.18; Medienmitteilung BAG vom 14.9.18; Medienmitteilung BR vom 14.9.18; Medienmitteilung BR vom 25.10.17; Medienmitteilung BR vom 29.3.18; Übersicht Kostendämpfungsmassnahmen vom 14.9.18
 - 16) Bericht BR vom 14.9.18; Moser (2017). Stellungnahme zu Fragen des Tarifrechts; Rüttsche (2018). Genehmigung und Festsetzung von Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife.
 - 17) AB NR, 2018, S. 1446 ff.
 - 18) AB 2018, NR, S. 1731
 - 19) AB NR, 2018, S. 1730
 - 20) AB NR, 2018, S. 1795 ff.; BBI 2018, S. 6733 ff.
 - 21) AB SR, 2018, S. 1031 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.18
 - 22) AB NR, 2018, S. 2210
 - 23) AB SR 2019, S. 35 ff.; Bericht SGK-SR (17.4270) vom 19.2.19
 - 24) AB SR, 2019, S. 35; Bericht SGK-SR (17.3716) vom 19.2.19
 - 25) AB NR, 2018, S. 1730 ; AB NR, 2019, S. 357 ff.
 - 26) AB NR, 2019, S. 222 f.; Bericht SGK-SR vom 19.2.19
 - 27) AB NR, 2019, S. 583
 - 28) AB NR, 2019, S. 584
 - 29) AB NR, 2019, S. 903 f.
 - 30) 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
 - 31) AB SR, 2019, S. 1056; Bericht SGK-SR vom 29.10.19
 - 32) AB SR, 2019, S. 1056; Medienmitteilung SGK-SR vom 29.10.19
 - 33) AB NR, 2014, S. 838 f.; AB SR, 2014, S. 317 ff.
 - 34) BBI 2018, S. 2353 ff.
 - 35) AB NR, 2019, S. 433 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 15.2.19
 - 36) AB NR, 2019, S. 433 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 15.2.19
 - 37) AB NR, 2019, S. 433 ff.; Bericht SGK-NR vom 15.2.19