

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	23.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Direkte Steuern, Krankenversicherung
Akteure	de Courten, Thomas (svp/udc, BL) NR/CN
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2024

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Schneuwly, Joëlle
Töny, Nic

Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Schneuwly, Joëlle; Töny, Nic 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Direkte Steuern, Krankenversicherung, 2013 - 2023*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Öffentliche Finanzen	1
Direkte Steuern	1
Sozialpolitik	2
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	2
Ärzte und Pflegepersonal	2
Sozialversicherungen	2
Ergänzungsleistungen (EL)	2
Krankenversicherung	4

Abkürzungsverzeichnis

EFD	Eidgenössisches Finanzdepartement
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BFS	Bundesamt für Statistik
SPK-NR	Staatspolitische Kommission des Nationalrats
BAG	Bundesamt für Gesundheit
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
EU	Europäische Union
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
BJ	Bundesamt für Justiz
EL	Ergänzungsleistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
TARMED	Ambulanter Einzelleistungstarif für die Abrechnung ärztlicher Leistungen
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

DFF	Département fédéral des finances
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFS	Office fédéral de la statistique
CIP-CN	Commission des institutions politiques du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
UE	Union européenne
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OFJ	Office fédéral de la justice
PC	Prestations complémentaires
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
TARMED	Tarif ambulatoire à la prestation pour le décompte et l'indemnisation des prestations médicales
EAE	Efficacité, Adéquation et Économicité

Allgemeine Chronik

Öffentliche Finanzen

Direkte Steuern

POSTULAT
DATUM: 27.02.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2015 reichte Thomas de Courten (svp, BL) ein Postulat zum **Abbau von Regulierungskosten** durch die formelle Harmonisierung von Verfahren, Fristen und Zahlungsintervallen im Unternehmenssteuerbereich ein. Dieses hatte zum Ziel, Unterschiede bei der Gewinn-, Grundstückgewinn- und Lohnquellensteuer zwischen den Kantonen zu reduzieren, da diese den Unternehmen, insbesondere den Mikro- und Kleinunternehmen, hohe Zusatzregulierungskosten bereiteten. Durch eine Harmonisierung zwischen den Kantonen könnten diese Kosten reduziert werden, ohne dass den Kantonen Steuereinsparungen entstünden. Dazu müssten die Kantone aber eng in die Überarbeitung miteinbezogen werden. Der Bundesrat pflichtete dem Anliegen des Postulanten bei, da ein Regulierungskostenbericht vom Dezember 2013 eine Harmonisierung von Fristen und Zahlungsintervallen ebenfalls als prüfenswert taxiert hatte. Weil im Anschluss an diesen Bericht jedoch das EFD in Zusammenarbeit mit den Kantonen mit der diesbezüglichen Prüfung und Berichterstattung bis 2016 beauftragt worden war, empfahl der Bundesrat das Postulat zur Ablehnung.

In der Frühjahrssession 2017 wurde das Postulat im Nationalrat behandelt. De Courten wies darauf hin, dass der vom Bundesrat auf 2016 in Aussicht gestellte Bericht noch nicht erschienen und allgemein seit dem Bericht 2013 „nicht viel Spürbares tatsächlich passiert“ sei. So hatten bereits 2015 ein Postulat Föhn (svp, SZ) und ein Postulat (15.3720) Gössi (fdp, SZ) sowie die Motion Fournier (cvp, VS) eine beschleunigte Umsetzung der im Regulierungskostenbericht präsentierten Verbesserungsmassnahmen verlangt – bisher ohne zählbare Erfolge. Bundesrat Maurer kündigte die Veröffentlichung des zuvor auf das Jahr 2016 angesetzten Berichts, der in Zusammenarbeit mit den Kantonen und der Schweizerischen Steuerkonferenz entwickelt werde, auf die zweite Hälfte des Jahres 2017 an. Entsprechend bat er den Nationalrat darum, diesen Bericht abzuwarten, das Postulat abzulehnen und anschliessend noch offene Forderungen durch einen neuen Vorstoss einzubringen. Diesem Vorschlag folgte der Nationalrat jedoch nicht und stimmte mit 133 zu 56 Stimmen bei 3 Enthaltungen für die Annahme des Postulats. Die ablehnenden Stimmen und die Enthaltungen stammten allesamt aus der SP- und Grünen-Fraktion, die das Postulat einstimmig ablehnten, sowie vereinzelt aus der CVP/EVP-Fraktion.¹

BERICHT
DATUM: 01.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2017 veröffentlichte der Bundesrat einen Bericht in Erfüllung des Postulats de Courten (svp, BL) zum **Abbau von Regulierungskosten** durch die Vereinheitlichung von Verfahren bei den direkten Steuern zwischen den Kantonen. Gemäss Bericht sehe die Bundesverfassung zwar eine Harmonisierung bei den direkten Steuern vor, da jedoch Steuertarife, Steuersätze und Steuerfreibeträge in der Verantwortung der Kantone lägen, gäbe es zum Beispiel beim Steuererklärungsverfahren und beim Steuerbezug vielfältige kantonale Regelungen. Als Ergebnis der Finanzautonomie der Kantone müsse man entsprechend zwischen einer Effizienzsteigerung durch Vereinfachung und einem Eingriff in die kantonale Steuerautonomie abwägen. Da jedoch eine Harmonisierung von der Unterstützung der Kantone abhängt und die kantonalen Steuerverwaltungen ablehnend auf die Forderungen des Postulats reagiert hätten, sehe der Bundesrat „kaum Erfolgsaussichten für eine weitere Harmonisierung“. Stillschweigend schrieb der Nationalrat das Postulat in der Sommersession 2018 ab.²

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Ärzte und Pflegepersonal

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 17.10.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Nachdem die SGK-NR die Ergebnisse der Vernehmlassung zum **indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative** zur Kenntnis genommen hatte, unterbreitete sie Mitte Oktober 2019 ihrem Rat den entsprechenden **Gesetzesentwurf**. Dabei stellte sie folgende Massnahmen vor, wie dem Fachkräftemangel und der fehlenden Attraktivität des Pflegeberufs begegnet werden könne: Zum einen sollen dem Pflegepersonal mehr Kompetenzen zugestanden werden. So sollen Pflegefachfrauen und -männer nach Vereinbarung mit den Versicherern gewisse Leistungen, die vom Bundesrat definiert werden, selbständig ohne ärztliche Anordnung durchführen dürfen. Zum anderen sollen Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen verpflichtet werden, Pflegefachleute auszubilden. Dabei müssten die Kantone für mindestens einen Teil der ungedeckten Kosten, die im Rahmen der praktischen Ausbildungsleistungen anfallen, aufkommen, wobei sie vom Bund während acht Jahren unterstützt würden. Weiter sah die SGK-NR eine Verpflichtung der Kantone vor, Personen die eine Pflegeausbildung an einer Höheren Fachschule oder Fachhochschule absolvierten, während ihrer Ausbildung mit finanziellen Beiträgen unter die Arme zu greifen. Auch hier solle der Bund den Kantonen während acht Jahren mit finanziellen Mitteln zur Seite stehen. Um das Potential von Leuten auszuschöpfen, die nach altem Recht ein Pflegediplom erworben hatten, und diesen den Zugang zu heutigen Aus- und Weiterbildungen zu eröffnen, beabsichtigte die Kommission zudem, ein Anschlussangebot für diese Personengruppe zu schaffen. Der Verpflichtungskredit, mit dem die SGK-NR die Ausbildungsoffensive während den acht Jahren zu finanzieren plante, soll einen Umfang von maximal CHF 469 Mio. aufweisen. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) wollte nicht auf die Vorlage eintreten, da sie der Ansicht war, dass dadurch in einem Bereich hohe Kosten zu Lasten des Bundes verursacht würden, der in die Zuständigkeit der Kantone und der Branche falle. Ferner bestünde die Gefahr einer Mengenausweitung, wenn das Pflegefachpersonal gewisse Leistungen ohne ärztliche Anordnung durchführen könnte.³

Sozialversicherungen

Ergänzungsleistungen (EL)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 15.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2018 behandelte der **Nationalrat die Reform der Ergänzungsleistungen**, die er ob ihrer Länge in drei Blöcke unterteilte. Er schuf zahlreiche Differenzen zum Ständerat, insbesondere bezüglich der Voraussetzungen für den EL-Bezug. So beantragte die SGK-NR die Einführung einer Vermögensschwelle in der Höhe von CHF 100'000 für Alleinstehende, CHF 200'000 für Verheiratete und CHF 50'000 bei Kindern: Übersteigt das Vermögen diese Schwelle, sollen keine Ergänzungsleistungen beantragt werden können. Davon ausgeschlossen sollen jedoch von den Betroffenen oder ihren Partnern bewohnte Liegenschaften sein, sofern die Betroffenen ein hypothekarisch gesichertes Darlehen zulasten des Wohneigentums und zugunsten der EL-Stelle aufnehmen. Silvia Schenker (sp, BS) sprach sich in ihrem Minderheitsantrag gegen eine solche Änderung aus – nicht weil sie eine Vermögensschwelle prinzipiell ablehne, sondern weil dieser Antrag nicht in der Vernehmlassung war und daher noch zahlreiche Fragen dazu offen seien. Mit dieser Ansicht standen die SP- und die Grünen-Fraktion jedoch alleine da, mit 137 zu 52 Stimmen nahm der Nationalrat die Einführung einer Vermögensschwelle an. Eine weitere Differenz bei den Voraussetzungen schuf der Nationalrat, indem er gegen zwei Minderheitsanträge einem Antrag der SGK-NR folgte, wonach ein Verbrauch von mehr als 10 Prozent des Vermögens pro Jahr ab Entstehung des Anspruchs auf EL bei der IV, bei der AHV ab zehn Jahren vor der Pensionierung, als Vermögensverzicht gelten solle, sofern der Verbrauch „ohne wichtigen Grund“ erfolge (94 zu 86 Stimmen bei 9 Enthaltungen; 136 zu 53 Stimmen bei 1 Enthaltung). Für den Bezug von Ergänzungsleistungen beantragte die Mehrheit der SGK-NR überdies eine zehnjährige Karenzfrist, während der sich die Betroffenen ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben müssen. Es setzte sich jedoch eine Minderheit I Aeschi durch, die den Bezug stattdessen von einer mindestens zehnjährigen Beitragsdauer in die AHV abhängig machen wollte (104 zu 83 Stimmen, 4 Enthaltungen).

Auch bezüglich der anerkannten Ausgaben schuf der Nationalrat einige Differenzen zum Schweserrat. Gegen eine Minderheit Feri nahm er den Vorschlag der SGK-NR auf

Reduktion der Finanzierung des allgemeinen Lebensbedarfs für Kinder unter zwölf Jahren sowie ab dem zweiten Kind um ein Sechstel an (137 zu 53 Stimmen). Bezüglich der Mietzinsen bestätigte der Nationalrat zwar die vom Ständerat beschlossene Schaffung verschiedener Regionen, strich jedoch auf Antrag einer Minderheit II Pezzatti die dritte Region und reduzierte die vom Ständerat beschlossenen Beträge zur Erstattung von Mietzinsen für Alleinstehende sowie für zusätzliche im Haushalt lebende Personen (139 zu 53 Stimmen). Deutlich löste der Rat für den Antrag auch die Ausgabenbremse (187 zu 3 Stimmen bei 3 Enthaltungen). Der Nationalrat stimmte auch dem Antrag der Minderheit Clottu zu (102 zu 90 Stimmen), wonach diese Mietzins-Beträge von den Kantonen um 10 Prozent gekürzt werden können und der Bundesrat die Einteilung überprüfen muss, wenn sich der Mietpreisindex um 10 Prozent verändert. Eine Minderheit Quadranti hatte diesbezüglich eine regelmässige Überprüfung nach zwei Jahren gefordert, war jedoch deutlich gescheitert (133 zu 58 Stimmen, 1 Enthaltung). Stark umstritten war im Ständerat die Frage gewesen, welche Kosten bei den Krankenkassenprämien angerechnet werden sollen. Dabei wurden vier verschiedene Optionen diskutiert: Die Mehrheit der SGK-NR wollte dem Bundesrat folgen und die kantonalen Durchschnittsprämien anrechnen, solange diese die effektiven Kosten nicht übersteigen; der Ständerat hatte entschieden, die Prämie des drittgünstigsten Krankenversicherers im Kanton zu vergüten; eine Minderheit I Carobbio befürwortete die Auszahlung von Durchschnittsprämien, selbst wenn diese die effektiven Kosten aufgrund von Prämienverbilligungen übertreffen; und eine Minderheit II Humbel setzte auf die massgebende Prämie des Kantons. Letztere Option setzte sich gegen den Antrag der Kommissionsmehrheit durch (138 zu 53 Stimmen), nachdem dieser zuvor gegenüber der Minderheit I bevorzugt worden war (138 zu 53 Stimmen). Nicht nur auf der Ausgaben-, auch auf der Einkommensseite nahm die grosse Kammer Korrekturen vor: Zwar war man sich mit dem Ständerat darüber einig, dass das Erwerbseinkommen von Ehegattinnen und -gatten, die selber keine Rente beziehen, stärker angerechnet werden soll als bisher. Der Nationalrat folgte jedoch entgegen dem Antrag der Minderheit Barrile, die wie der Ständerat nur 80 Prozent anrechnen wollte, der Kommissionsmehrheit: Neu soll das Einkommen der Ehepartner vollständig angerechnet werden (103 zu 87 Stimmen bei 1 Enthaltung).

Bezüglich der Finanzierung der EL respektive der Massnahmen zur Reduktion der Anzahl EL-Bezügerinnen und -Bezüger hatte sich im Ständerat die Frage nach der Möglichkeit auf Kapitalbezug in der zweiten Säule als besonders umstritten gezeigt. Anders als der Erstrat wollte die Mehrheit der SGK-NR den Versicherten die Möglichkeit offenlassen, ihre Pensionskassengelder zur Hälfte als Kapitalabfindung zu beziehen. Dagegen wehrte sich eine Minderheit I Humbel, die dem Ständerat folgen wollte, während eine Minderheit II Sauter das geltende Recht, das den Bezug eines Viertels des Altersguthabens als Kapitalleistung erlaubt, bevorzugte. Letztere Position setzte sich in der grossen Kammer deutlich durch (Mehrheit vs. Minderheit I: 139 zu 49 Stimmen bei 1 Enthaltung; Mehrheit vs. Minderheit II: 14 zu 170 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Um jedoch der im Ständerat vielfach betonten erhöhten Gefahr, durch einen Kapitalbezug später auf Ergänzungsleistungen angewiesen zu sein, zu reduzieren, beantragte die Kommissionsmehrheit, die Leistungen bei einem teilweisen oder vollständigen Kapitalbezug um 10 Prozent pro Jahr zu kürzen. Der Nationalrat unterstützte diesen Antrag gegen zwei Minderheitsanträge (106 zu 83 Stimmen; 119 zu 66 Stimmen bei 1 Enthaltung). Auch bei der Auszahlung der Pensionskassengelder für Firmengründungen schuf die grosse Kammer eine Differenz zum Ständerat, indem sie einem Minderheitsantrag de Courten folgte, der keine Einschränkungen der Auszahlungen beabsichtigte. Deutlich sprach sich die grosse Kammer auch für einen Minderheitsantrag Humbel aus, wonach rechtmässig bezogene Leistungen aus dem Nachlass der Leistungsbezügerinnen und -bezüger – bei Ehepaaren aus dem Nachlass des Zweitverstorbenen – zurückzuerstatten seien, sofern und inwieweit dieser CHF 50'000 übersteige (181 zu 7 bei 1 Enthaltung).

In der Gesamtabstimmung nahm der Rat seine neue Version zur Reform der Ergänzungsleistungen mit 125 zu 53 Stimmen bei 13 Enthaltungen an. Unzufrieden zeigten sich die SP- und die Grünen-Fraktion, während sich ein Drittel der CVP-Fraktion sowie einzelne Mitglieder der GLP- und der BDP-Fraktion der Stimme enthielten.⁴

Krankenversicherung

Der Nationalrat beriet das Geschäft zur **vorübergehenden Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung** als **Erstrat** in der Frühlingsession. Die Mehrheit seiner Kommission beantragte Eintreten. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) verlangte Nichteintreten, eine zweite Minderheit Cassis (fdp, TI) Rückweisung an den Bundesrat mit dem Auftrag, innert zweier Jahre Alternativvorschläge zur Steuerung der ambulanten Medizin zu unterbreiten. Die Mehrheit argumentierte, jene Kantone, welche ein übermässiges Wachstum des medizinischen Angebots feststellen, sollten rasch ein Instrument erhalten, um das Angebot wieder bedarfsgerecht steuern zu können. Der Entwurf sei aus Sicht des Föderalismus angemessen, da Kantone, welche im Gegenteil eine Knappheit befürchteten, sich auch für den Status quo entscheiden könnten. Eine definitive Lösung liege zudem zu weit ausser Reichweite, um auf eine Zwischenlösung verzichten zu können. Die bürgerlichen Minderheiten hielten die Wiedereinführung für rechtsstaatlich bedenklich und deren Wirksamkeit im Hinblick auf die Kosten als nicht bewiesen. Die Erarbeitung wirkungsvoller und dauerhafter Lösungen werde damit aufgeschoben. Die Datengrundlage bezüglich der tatsächlichen Leistungsmengenentwicklung aufgrund der Aufhebung der Zulassungssteuerung sei derzeit ungenügend und erlaube es nicht, neue Gesetze zu verabschieden. Schliesslich lehnte der Rat den Nichteintretensantrag gegen die Stimmen der SVP und FDP deutlich ab, den Rückweisungsantrag, der auch von der Grünen Fraktion unterstützt wurde, jedoch nur knapp. In der Detailberatung forderte ein Einzelantrag Ingold (evp, ZH), nebst Haus- und Kinderärzten sollten auch Mediziner, welche sich während fünf Jahren in der Schweiz weitergebildet hatten, keinen Bedürfnisnachweis für eine Zulassung benötigen. Eine solche Lösung würde die Qualität der Versorgung stärken und Mediziner mit Kenntnissen des Schweizer Systems fördern. Dieser Antrag war unbestritten und erhielt lediglich eine einzige Gegenstimme. In der Gesamtabstimmung sprachen sich 103 Nationalrätinnen und Nationalräte für den Entwurf aus, 76 dagegen.⁵

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

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

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

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

Bereits in der Folgeweche gelangte das Geschäft zur zweiten Runde der Differenzbereinigung erneut in den Ständerat. Die Debatte war verhältnismässig kurz, und völlig unkontrovers – der Rat folgte in allen Punkten ohne Gegenvoten seiner Kommission. Die Differenzen zum Nationalrat wurden mehrheitlich, jedoch nicht

vollständig behoben. So wurde am Verbot der Publikation noch nicht genehmigter Prämien festgehalten, ebenso an der Bestimmung, wonach die betroffenen Kassen die Kosten der speziellen Prüfung durch eine externe Revisionsstelle zu bezahlen haben und dies auch dann, wenn kein Verdacht auf schwere Mängel besteht. Gemäss der vom Ständerat gewählten Version kann das BAG die Kosten aber in Ausnahmefällen ganz oder teilweise erlassen. Auch in der Frage der sichernden Massnahmen wollte der Ständerat nicht von seinem Beschluss abrücken: Diese sollen bei jeglichen, und nicht nur bei schwerwiegenden, Verletzungen des KVG und KVAG sowie ohne formelle Verfügung des BAG anwendbar sein und im Gesetz nicht abschliessend aufgezählt werden.

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

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

Somit erübrigte sich eine Einigungskonferenz, vor der diverse Voten bereits gewarnt hatten, und die Räte schritten am 26. September zur Schlussabstimmung. Im Nationalrat wurde das neue Gesetz mit 139 zu 51 Stimmen bei 8 Enthaltungen angenommen. Die Gegenstimmen kamen aus der SVP-Fraktion, wobei sich wiederum 4 Mitglieder für das Gesetz aussprachen und 3 der Stimme enthielten. Im Ständerat sprachen sich 41 Mitglieder für und 4 gegen das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz aus, wobei sich kein Ständeratsmitglied der Stimme enthielt. Die bis zum 15. Januar 2015 laufende Referendumsfrist verstrich ungenutzt.⁶

POSTULAT
DATUM: 11.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2017 reichte Thomas de Courten (svp, BL) ein Postulat ein, gemäss dem der Bundesrat **Massnahmen zur Senkung der Prämienlast in der obligatorischen Krankenversicherung** prüfen soll. Dazu soll der Bundesrat Bericht erstatten, wie der Ärztetarif Tarmed durch eine ärztliche Rechnungsstellung in Form eines einfachen Stundentarifs ersetzt werden könne. Gemäss dem Postulanten diene Tarmed nur der Bürokratie, zudem erhöhe die vorgeschlagene Massnahme die Nachvollziehbarkeit der Rechnungen sowie die Möglichkeit zur Kontrolle der Ärzte. Der Bundesrat entgegnete, dass es den Tarifpartnern freistehe, einen Zeittarif zur Genehmigung einzureichen. Die Beschränkung auf eine bestimmte Tarifform hingegen erachte er als zu starken Eingriff in die Tarifautonomie. Da dies den Tarifpartnern die Einigung bei Tariffragen auch nicht erleichtern würde, empfahl der Bundesrat das Postulat zur Ablehnung.

Vor seiner ersten Behandlung in der Herbstsession 2017 hatte de Courten der Abschreibung des Postulats eigentlich bereits zugestimmt, diese wurde jedoch dadurch verhindert, dass Matthias Samuel Jauslin (fdp, AG) das Postulat im Nationalrat bekämpfte. Somit wurde in der Wintersession 2017 eine Diskussion nötig. In dieser unterstützte Jauslin den Postulanten und erklärte, dass eine „radikale Trendwende“ im Gesundheitssystem nötig sei und durch Annahme dieses Postulates ermöglicht werde. Mit Blick auf die in der Verfassung garantierte Wirtschaftsfreiheit und das Kartellgesetz könne es nicht sein, dass die Versicherer und Leistungserbringer Tarifabsprachen trafen. Vielmehr müsse man mutig sein und auf einen freien Wettbewerb bei den Gesundheitskosten setzen. Diesem Aufruf folgte der Nationalrat mit 106 zu 72 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) und überwies das Postulat. Dabei schloss sich ein Grossteil der CVP- und eine Minderheit der BDP-Fraktion den befürwortenden SVP- und FDP-Fraktionen an.⁷

MOTION
DATUM: 07.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Prisca Birrer-Heimo (sp, LU; 17.3956) und Pascale Bruderer Wyss (sp, AG; 17.3964) beabsichtigten in zwei in beiden Räten eingereichten Motionen, das KVG um einen Absatz zu ergänzen, wonach der Bundesrat die Entschädigung der Vermittlertätigkeit regeln kann und dadurch **unverhältnismässige Ausgaben für Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung** verhindern soll. Die Motionärinnen riefen in Erinnerung, dass der Bundesrat bereits 2012 eine entsprechende Regelung vorgesehen habe, diese jedoch «mit Verweis auf die Selbstregulierung der Branche gestrichen» worden sei. Diese Selbstregulierung sahen die Motionärinnen allerdings aufgrund eines Kassensturzberichts als nicht gegeben. Dieser habe ihrer Ansicht nach aufgezeigt, dass die Vermittlerprovisionen deutlich höher lägen als die von der Branche vereinbarten Beträge, Abschlüsse der OKP und der Zusatzversicherungen vermischt würden und diesbezüglich keine Transparenz bestehe. Dies sei problematisch, da bei der OKP Aufnahmepflicht herrsche und die Leistungen der Versicherer übereinstimmen. Dadurch würden «Vermittlerprovisionen finanzielle Fehlanreize» generieren, was womöglich zu einer Risikoselektion oder zur Vermittlung unnötiger Zusatzversicherungen führen könne. Es bedürfe daher der Transparenz darüber, welche Provisionen über die OKP abgewickelt würden. Der Bundesrat pflichtete der Ansicht der Motionärinnen bei, wonach das gesetzte Ziel allein durch Selbstregulierung nicht erreicht worden sei, und beantragte die beiden Motionen zur Annahme.

Der Ständerat behandelte in der Wintersession 2017 einen Ordnungsantrag Kuprecht (svp, SZ), der die Motion von Bruderer Wyss der SGK-SR zur Vorprüfung zuweisen wollte. Kuprecht betonte, dass Provisionszahlungen in der OKP nicht akzeptabel seien, die Problematik aber sehr komplex sei. Deshalb solle sich die Kommission des Themas annehmen. Dem stimmte die Motionärin zu und empfahl Annahme des Ordnungsantrags – was die kleine Kammer in der Folge tat.

Da die Nationalräte Thomas de Courten (svp, BL) und Matthias Samuel Jauslin (fdp, AG) den Vorstoss von Birrer-Heimo Ende 2017 bekämpft hatten, gelangte dieser in der Frühjahrssession 2018 in den Nationalrat. Dort erklärte Jauslin, dass die Krankenkassenprämien nicht wegen der Vermittlerprovisionen stiegen, sondern wegen zahlreicher anderer Gründe. Die Vermittlerprovisionen würden mit Geldern der Zusatzversicherungen bezahlt. Ein solcher «Empörungsvorstoss» sei gemäss de Courten unnötig. Diese Betitelung ihrer Motion wies Birrer-Heimo entschieden zurück und verwies auf die Schreiben mehrerer Versicherungsgesellschaften, die ihr Ansinnen unterstützten – wenn auch unter Bevorzugung eines anderen Lösungsvorschlags. Knapp entschied sich der Nationalrat mit 94 zu 91 Stimmen bei einer Enthaltung für Annahme der Motion. Das Zünglein an der Waage spielte eine Minderheit der SVP-Fraktion, die sich für die Vorlage aussprach, wodurch die geschlossen stimmende FDP.Liberal-Fraktion und grosse Teile der BDP- und SVP-Fraktionen von den übrigen Fraktionen überstimmt wurden. Im Oktober 2018 zog Bruderer Wyss ihre im Ständerat eingereichte Motion zurück.⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 14.11.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2018 reichte Philippe Nantermod (fdp, VS) zwei parlamentarische Initiativen für eine Förderung der Nutzung von höheren Franchisen ein (Pa.lv. 18.484 und Pa.lv. 18.486). Mit Letzterer wollte er **höhere Franchisen für alle zugänglich machen** und entsprechend die Klausel im KVG, welche die Versicherung von Kostenbeteiligungen verbietet, streichen. Franchisen sollen entsprechend versichert und somit auch von Personen mit niedrigen Einkommen gewählt werden können. Mit 12 zu 12 Stimmen bei Stichentscheid von Kommissionspräsident de Courten (svp, BL) gab die SGK-NR der Initiative Folge.⁹

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 Stichentscheid 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.¹⁰

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** beinhaltet. 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 zugeschiedt 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 (cyp, 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 durchführen 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.¹¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 19.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

Nach dem Corona-bedingten Abbruch der Frühjahrsession folgte in der Sommersession 2020 die **Einigungskonferenz zur Zulassung von Leistungserbringenden**. Der grosse noch offene Streitpunkt betraf die Frage des Beschwerderechts für Krankenversicherungen zu kantonalen Erlassen über die Festlegung und Berechnung der Höchstzahlen: Der Nationalrat hatte eine entsprechende Regelung ergänzt, der Ständerat lehnte diese durchwegs ab. Die Teilnehmenden an der Einigungskonferenz entschieden sich diesbezüglich mit 14 zu 10 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) in der ersten und 19 zu 6 Stimmen (bei 1 Enthaltung) in der zweiten Abstimmung für die Position des Ständerates und somit gegen ein entsprechendes Beschwerderecht. In der Einigungskonferenz unumstritten war der zweite offene Punkt, die Sprachvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte: Diesen Punkt hatte der Ständerat zuvor zur Interpretationsklärung noch einmal präzisiert – die entsprechende Version nahm die Einigungskonferenz einstimmig an.

Eine Minderheit de Courten (svp, BL) beantragte die Ablehnung des Vorschlags der Einigungskonferenz. Man habe versucht, der Vorlage verschiedene Elemente zur Kostendämpfung hinzuzufügen – etwa die Verknüpfung mit EFAS, ein Beschwerderecht bei der Zulassungssteuerung für die Krankenversicherungen oder die Lockerung des Vertragszwangs bei ausgewiesener Überversorgung in einem Kanton –, doch alle Vorschläge seien abgelehnt worden, erklärte de Courten im Rahmen der Nationalratsdebatte. Damit bleibe nur eine «Fortsetzung des Providuriums». Ganz anders sah die Situation Gesundheitsminister Berset, der darauf verwies, dass die Zulassung von Leistungserbringenden nach 20 Jahren mit Übergangslösungen endlich langfristig gesetzlich geregelt werden könne. Pierre-Yves Maillard (sp, VD) verwies in der nationalrätlichen Beratung zum Antrag der Einigungskonferenz auf die in der letzten Phase ohne Zulassungsregelung (zwischen Januar 2012 und Mitte 2013) aufgrund der Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten aus dem EU-Raum sehr stark gestiegenen Kosten und Prämien. Angesichts dessen sei der schlimmste Fall überhaupt einer ohne Massnahmen. Entsprechend solle man auch jegliche Rechtsunsicherheit bezüglich der Zulassung vermeiden. Mit 103 zu 56 Stimmen (bei 12 Enthaltungen) folgte der Nationalrat diesem Plädoyer. Eine Mehrheit der SVP- und die gesamte FDP.Liberalen-Fraktion lehnten den Vorschlag der Einigungskonferenz ab oder enthielten sich der Stimme.

Im Ständerat ergriff zwei Tage später niemand das Wort, um den Minderheitsantrag zu bewerben: Mit 40 zu 3 Stimmen sprach sich die kleine Kammer für den Vorschlag der Einigungskonferenz aus. In den Schlussabstimmungen gab es anschliessend keine

Überraschungen mehr: Mit 43 zu 2 Stimmen respektive 122 zu 74 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) nahm das Parlament die permanente Regelung zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten an.¹²

PARLAMETARISCHE INITIATIVE
DATUM: 23.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

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 bestünden. 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.¹³

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 28.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

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 unterstützte 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 Entscheidungsmacht 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 Kommissionmehrheit, 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.¹⁴

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 Kommissionmehrheit darauf verzichten wollte. In beiden Fragen folgte der Rat der Kommissionmehrheit (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 Weichert-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.¹⁵

MOTION

DATUM: 10.03.2021
ANJA HEIDELBERGER

Seit sieben Jahren habe das EDI den Auftrag, «für den **ambulanten Bereich eine Klassifikation von Diagnosen und Prozeduren** festzulegen», kritisierte Heinz Brand (svp, GR) im März 2019. Nun solle es diesen Auftrag «umgehend» erfüllen, forderte er in einer Motion. Eine solche Klassifikation würde etwa das Ausmass von Mehrfach- und Bagatellkonsultationen im KVG-Bereich aufzeigen sowie die Rechnungskontrolle und die Entwicklung von Pauschalen erleichtern. Gar seit der Schaffung des KVV im Jahr 1995 sei das EDI mit der Ausarbeitung einer solchen Klassifikation beauftragt, präziserte der Bundesrat in seiner Stellungnahme. Diese Arbeiten benötigten jedoch Zeit, zumal gleichzeitig andere Fragen, wie beispielsweise zur Qualitätsbeurteilung oder zur Tarifierung, geklärt und integriert werden müssten. Entsprechend sei eine umgehende Fertigstellung «weder möglich noch sinnvoll», betonte der Bundesrat und empfahl die Motion zur Ablehnung. Der Nationalrat sah dies jedoch anders: Nachdem Thomas de Courten (svp, BL), der die Motion von Heinz Brand übernommen hatte, und Gesundheitsminister Berset ihre jeweiligen Positionen nochmals dargelegt hatten, sprach sich der Nationalrat in der Frühjahrsession 2021 mit 123 zu 66 Stimmen gegen den Willen der SP- und der Grünen-Fraktion für Annahme der Motion aus.¹⁶

Bereits in der Frühjahrssession 2022 machte sich der **Nationalrat** an die **Differenzbereinigung des Pakets 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Offen waren zahlreiche verschiedene Aspekte, wobei der Vorschlag des Nationalrats, dass OKP-Versicherungen mit Leistungserbringenden **Rabatte aushandeln** und einen Teil der Einsparungen zur freien Verfügung erhalten sollen, auch ausserhalb des Parlaments für die meisten Diskussionen gesorgt hatte. Der Ständerat hatte diese Regelung abgelehnt, die Mehrheit der SGK-NR beantragte jedoch Festhalten. Kommissionssprecherin Ruth Humbel (mitte, AG) betonte, dass die Versicherungen dadurch Anreize hätten, tiefere Preise auszuhandeln, was den Versicherten zugute kommen würde. Eine Minderheit Hess (mitte, BE) sprach sich hingegen für die Streichung dieser Regelung aus, zumal sie falsche Anreize setze, den ordentlichen Tarifverhandlungen zuwiderlaufe und gegen das Gewinnverbot in der OKP verstosse. Überaus knapp mit 98 zu 97 Stimmen setzte sich der Minderheitsantrag mit Unterstützung der SP-, der Mitte-, der Grünen- und einem Mitglied der GLP-Fraktion durch. Somit war dieser Aspekt bereinigt.

Ebenfalls bereinigt wurde die Frage nach dem **Beschwerderecht für Krankenkassenverbände**. Hier folgte der Nationalrat knapp dem Argument der Kommission, wonach dieses das Kräftegleichgewicht zwischen den Interessen der Leistungserbringenden, Versicherungen und Versicherten sowie der Kantone fördere. Eine Minderheit Feri (sp, AG) kritisierte hingegen, dass die Versicherungen damit die Kantone in der Erfüllung ihres politischen Auftrags behindern würden, und fürchtete aufgrund der Beschwerden eine aufschiebende Wirkung bei der Spitalplanung. Mit 98 zu 94 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) setzte sich die Kommissionsmehrheit in dieser Frage knapp gegen die geschlossen stimmenden Fraktionen der SP, Grünen und GLP, gegen die Mitglieder der EVP und gegen eine Minderheit der SVP-Fraktion durch.

Bereinigt wurden des Weiteren die Regelungen zum **Substitutionsrecht**, also zur Frage der Abgabe von Generika statt Originalpräparaten durch die Apothekerinnen und Apotheker. Die Kommissionsmehrheit hielt an der Formulierung fest, wonach Arzneimittel dann substituiert werden dürfen, wenn sie über eine gleiche medizinische Eignung verfügen und günstiger sind. Der Ständerat hatte darüber hinaus festgehalten, dass Ärztinnen und Ärzte weiterhin das Originalpräparat verschreiben dürfen, was eine Minderheit Humbel übernehmen wollte. Obwohl die Wirkung der Arzneimittel gleich sei, könnten sie sich bezüglich Verträglichkeit und Qualität unterscheiden, ergänzte Lorenz Hess für die Minderheit. Die Kommissionsmehrheit wollte auf diesen Zusatz verzichten, zumal die Verwaltung erklärt hatte, dass eine solche Formulierung nicht nötig sei, weil Ärzte sowieso das Recht hätten, auf Originalpräparaten zu bestehen. Mit 121 zu 70 Stimmen folgte der Nationalrat der Minderheit und somit dem Ständerat; die SVP-Fraktion, die Mehrheit der GLP-Fraktion sowie zwei Mitglieder der Grünen-Fraktion hatten vergeblich die Version der Kommissionsmehrheit befürwortet.

Auch die Frage der **Parallelimporte von Generika** bereinigte der Nationalrat bereits in der ersten Runde des Differenzbereinigungsverfahrens. Diese wollte der Nationalrat ursprünglich von einer Zulassung durch Swissmedic ausnehmen, der Ständerat hatte dies jedoch abgelehnt. Ohne das Zulassungsverfahren durch Swissmedic bestehe die Gefahr, dass Fälschungen oder qualitativ schlechte Arzneimittel auf den Schweizer Markt kämen, wurde argumentiert. Eine Minderheit Nantermod (fdp, VS) wollte an der Ausnahme festhalten, da Generika heute im Ausland deutlich günstiger seien als in der Schweiz und es lediglich um im EU-Raum bereits zugelassene Arzneimittel gehe. Als Kompromiss schlug Philippe Nantermod vor, dass die direktimportierten Arzneimittel auf einer BAG-Liste aufgeführt und vor dem Import bei Swissmedic gemeldet werden müssen. Mit 165 zu 28 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat jedoch für die bisherige Regelung aus, der Minderheitsantrag fand nur bei einer Mehrheit der FDP.Liberalen-Fraktion und einer Minderheit der SP-Fraktion Zustimmung.

Bezüglich der Parallelimporte sahen überdies sowohl National- als auch Ständerat eine Vereinfachung bei der Kennzeichnung und den Arzneimittelinformationen vor. Hatte der Ständerat ursprünglich eine Kann-Formulierung bezüglich dieser Vereinfachungen eingeführt, schlug die Kommissionsmehrheit nun eine Muss-Formulierung vor. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) beantragte jedoch, bei der Kann-Formulierung zu bleiben, da Vereinfachungen für eine Gewährleistung der Versorgungssicherheit nicht in allen Fällen nötig seien. Mit 140 zu 55 Stimmen, gegen die Mehrheit der SVP und 2 Mitglieder der SP, hielt der Nationalrat hier die Differenz aufrecht.

Die grosse Kammer schuf zudem eine neue Differenz: Mit Zustimmung der SGK-SR stellte die SGK-NR einen **Rückkommensantrag bezüglich der Frage des Kostenmonitorings**. Der Bundesrat hatte anfänglich ein solches vorgeschlagen, National- und Ständerat hatten dieses aber in den ersten Beratungsrunden mit knappen Mehrheiten aus der Vorlage gestrichen. Die Kommission beschäftigte sich in der Folge mit einem im Ständerat diskutierten Einzelantrag Würth (mitte, SG) für ein «Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten» sowie für Korrekturmassnahmen

bei nicht erklärbaren Entwicklungen. Doch obwohl die Kommission die entsprechende Regelung erneut beraten und einen Rückkommensantrag gestellt hatte, sprach sich die Kommissionsmehrheit gegen deren erneute Aufnahme in die Vorlage aus. Die Regelung wurde aber von einer Minderheit Humbel unterstützt. Ein weiterer Minderheitsantrag Prelicz-Huber (gp, ZH), übernommen von Regine Sauter (fdp, ZH), nachdem ihn die Minderheitensprecherin zurückgezogen hatte, wollte diese Frage sistieren und damit an die Kommission zurückweisen. Diese sollte den Vorschlag in der Folge im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative, der ein Kostenziel vorsah, beraten. Mit 111 zu 83 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat gegen die Sistierung aus und folgte stattdessen mit 103 zu 87 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) der Minderheit Humbel. Die Fraktionen der SVP und FDP hatten sich für die Sistierung ausgesprochen, zusammen mit einzelnen Mitgliedern der GLP- und der Mitte-Fraktion waren sie es auch, welche auf die neue Regelung verzichteten wollten. Somit hatte der Nationalrat in dieser Runde zwar zahlreiche Differenzen zum Ständerat bereinigt, gleichzeitig aber auch eine voraussichtlich stark umstrittene Differenz geschaffen.¹⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 07.03.2022
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2022 beriet der **Nationalrat** als Erstrat das neue **Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit**. Aufgrund der Motionen Birrer-Heimo (sp, LU; Mo. 17.3956), Bruderer Wyss (sp, AG; Mo. 17.3964) und der SGK-SR (Mo. 18.4091) habe der Bundesrat hier eine neue Regelung für eine verbindliche Branchenlösung ausgearbeitet, erläuterte Jörg Mäder (glp, ZH) für die Kommission. Gleichzeitig habe aber auch die Krankenkassenbranche eine «interne Branchenvereinbarung» geschaffen. Diese sei seit Januar 2021 in Kraft und habe zu einer Reduktion der jährlichen Klagen von 300 auf 80 geführt, sei aber nicht allgemeinverbindlich. Aus diesem Grund brauche es eben auch die bundesrätliche Vorlage, der die Kommissionsmehrheit grösstenteils folgen wolle. Die meisten Fraktionssprechenden hiessen die Vorlage denn auch gut, einzig aus der SVP-Fraktion kamen Stimmen, die das neue Gesetz als unnötig erachteten. Stattdessen schlug Thomas de Courten (svp, BL) einen anderen Lösungsweg vor: «Sagen Sie einfach höflich <Nein, danke>, und legen Sie den Telefonhörer wieder auf – Problem gelöst.» Eintreten wurde jedoch ohne Gegenantrag beschlossen.

In der Detailberatung schlug die Kommissionsmehrheit eine **Einschränkung der bundesrätlichen Regelung** vor. So sollten die Regelungen bezüglich Ausbildung und Einschränkung der Entlohnung von Vermittlerinnen und Vermittlern auf externe Broker beschränkt werden, wodurch von den Versicherungen direkt angestellte Personen davon ausgenommen wären. Ansonsten sei diese Massnahme ein schwerwiegender Eingriff in die Entlohnung des internen Personals, argumentierte Benjamin Roduit (mitte, VS) für die Kommissionsmehrheit. Zudem hätten die internen Mitarbeitenden Interesse an langfristigen Beziehungen zu den Kunden, ergänzte Kommissionsprecher Mäder. Eine Minderheit I Mäder verlangte hingegen, bei der bundesrätlichen, umfassenderen Lösung zu bleiben. Diese Differenzierung sei «nicht im Sinne der Bevölkerung oder der Motion», begründete Melanie Mettler (glp, BE) diesen Antrag. Auch Gesundheitsminister Berset erachtete ihn als nicht nachvollziehbar. Damit könne die neu geschaffene Regelung umgangen werden, warnte er. Mit 109 zu 84 Stimmen setzte sich die Kommissionsmehrheit jedoch gegen die geschlossen stimmenden Fraktionen der SP, der Grünen, der GLP und gegen die Mitglieder der EVP durch.

Alle übrigen Änderungsanträge lehnte der Nationalrat ab, darunter zwei Anträge für **weitere Einschränkungen der Regelungen**, etwa den Vorschlag einer Minderheit Hess (mitte, BE). Sie erachtete die Sanktionierungsmöglichkeiten als «unverhältnismässig stark». Stattdessen sollen die Sanktionen von den Versicherungen selbst festgelegt und vom Bundesrat allgemeinverbindlich erklärt werden. Gesundheitsminister Berset erwiderte jedoch, dass der Bundesrat keine privat festgelegten Strafen als allgemeinverbindlich erklären könne, und der Nationalrat lehnte den Minderheitsantrag mit 113 zu 79 Stimmen (bei 1 Enthaltung) ab. Er war bei der SVP- und der Mitte-Fraktion, mit Ausnahme der EVP, auf Zustimmung gestossen. Auch einen Antrag Sauter (fdp, ZH), die neuen Regelungen auf die Grundversicherung zu beschränken und die Zusatzversicherungen davon auszunehmen, lehnte die Mehrheit des Nationalrats ab (108 zu 87 Stimmen bei 1 Enthaltung).

Erfolglos blieben auch die Mitglieder der linksgrünen Parteien beim **Versuch, den bundesrätlichen Vorschlag verbindlicher zu machen respektive die Regelungen auszuweiten**. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) verlangte, dass die Branchenvereinbarung verbindlich erklärt werden muss, nicht nur kann. Katharina Prelicz-Huber (gp, ZH) wollte darüber hinaus sicherstellen, dass in zwei Jahren eine allgemeinverbindliche Regelung besteht – ansonsten solle der Bundesrat eingreifen. Beide Anträge scheiterten im Rat (mit 125 zu 68 Stimmen respektive 124 zu 68 Stimmen) und wurden nur von Mitgliedern der SP, der Grünen und der EVP unterstützt – genauso wie ein Antrag von Flavia

Wasserfallen (sp, BE), Verträge, die durch einen Verstoß gegen das allgemeinverbindlich erklärte Verbot entstanden seien, für nichtig zu erklären. Überdies scheiterten auch die Anliegen, das «Schlupfloch» des Kaufs von Leads, bei dem die Versicherungen mit Gutscheinen «Alibipreisverleihungen» durchführten, um an Adressen zu kommen, zu schliessen (Minderheit Flavia Wasserfallen) sowie die Werbeausgaben auf maximal 0.3 Prozent der Prämieinnahmen zu begrenzen (Minderheit Gysi) – sie wurden ebenfalls nur von der SP, den Grünen und der EVP unterstützt.

In der **Gesamtabstimmung** nahm der Nationalrat die Vorlage mit 162 zu 12 Stimmen (bei 22 Enthaltungen) an. Die ablehnenden Stimmen stammten von Minderheiten der SVP- und der FDP.Liberalen-Fraktion, die Enthaltungen von der Hälfte der Grünen-, einer Minderheit der SP- und einem Mitglied der SVP-Fraktion.¹⁸

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 31.05.2022
ANJA HEIDELBERGER

Zu Beginn der Sommersession 2022 debattierte der **Nationalrat über die Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei und über den bundesrätlichen indirekten Gegenvorschlag dazu**. Philippe Nantermod (fdp, VS) und Thomas de Courten (svp, BL) präsentierten dem Rat die beiden Vorlagen. Die Initiative wolle den Anstieg der Prämien begrenzen und mit demjenigen der Durchschnittslöhne und der Volkswirtschaft in Einklang bringen, erläuterte Nantermod. Geschehe dies nicht, müsse der Bundesrat innerhalb von zwei Jahren verbindliche Massnahmen ergreifen. Die Initiative führe nun aber entweder zu einem «tigre de papier» – einem Papiertiger – oder zur Einführung eines Globalbudgets, also quasi eines Kostendachs. Beide Entwicklungen seien nicht wünschenswert, betonte der Kommissionsprecher. Deshalb habe sich die Kommission mit 20 zu 4 Stimmen für eine Ablehnungsempfehlung zur Initiative ausgesprochen und zahlreiche Änderungen am Gegenvorschlag vorgenommen. Man lehne «le coeur du contre-projet du Conseil fédéral», die Aufnahme der Kostenziele, ab.

Christian Lohr (mitte, TG) bewarb in der Folge die Initiative: Die Schere zwischen Gesundheitskosten und Löhnen sei immer stärker aufgegangen, die Gesundheitskosten gehörten zu den grössten Sorgen der Schweizerinnen und Schweizer. Immer mehr Leute, aktuell rund 6 Prozent der Versicherten, könnten ihre Prämien nicht mehr bezahlen und gerieten dadurch in finanzielle Schwierigkeiten. Die Initiative verlange aber kein Globalbudget, wie immer wieder behauptet werde. Vielmehr sollten bei einem zu starken Anstieg der Kosten alle Betroffenen «gemeinsam am Problem arbeiten» und Lösungen suchen.

Bevor sich der Rat mit der Initiative befasste, stimmte er über **Eintreten auf den Gegenvorschlag** ab und führte dessen **Detailberatung** durch. Eine Minderheit Weichelt (al, ZG), die von Céline Amaudruz (svp, GE) übernommen wurde, nachdem sie Weichelt zurückziehen wollte, erachtete die Massnahmen der Massnahmenpakete Ia und Ib zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen als vorerst genügend und beantragte, nicht auf den Gegenvorschlag einzutreten. Zudem fürchtete Amaudruz eine Rationierung der Behandlungen, mehr Bürokratie und einen Konflikt der neuen Regelungen mit der Tarifpartnerschaft. Mit 119 zu 43 Stimmen (bei 15 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat für Eintreten aus. Neben der mehrheitlich gegen Eintreten stimmenden SVP-Fraktion votierten auch drei Mitglieder der FDP.Liberalen-Fraktion und ein Mitglied der Grünliberalen dagegen. Enthaltungen fanden sich überdies bei Mitgliedern der Grünen und der SP.

Für die Detailberatung lagen zahlreiche Änderungsanträge der Kommissionsmehrheit gegenüber dem bundesrätlichen Vorschlag vor. So wollte die Mehrheit der SGK-NR wie von Philippe Nantermod angekündigt insbesondere auf die Kostenziele verzichten, verlangte aber auch verschiedene zusätzliche Regelungen, etwa eine Evaluation der Leistungen, die womöglich nicht wirksam oder zweckmässig sind, mehr Wettbewerb bei den Laboratorien, die Beurteilung von Tarifverträgen innert einem Jahr sowie ein Opting-Out für Ärzte – also die Möglichkeit, sich von Listen der Krankenversicherungen streichen zu lassen. Zudem soll der Bundesrat sofort überhöhte Vergütungen im Tarmed korrigieren. Eine Minderheit I Lorenz Hess (mitte, BE) versuchte, den Kommissionsvorschlag näher an die Initiative zu bringen, indem er die Kostenziele des Bundesrates im Gegenvorschlag belassen wollte. Neu sollten sie jedoch weniger ausführlich geregelt und jeweils für vier Jahre und unter vorheriger Anhörung von Versicherungen, Kantonen und Leistungserbringenden festgelegt werden. Bei Nichteinhaltung der Kostenziele sollte zudem nicht der Bundesrat aktiv werden, sondern eine neu zu schaffende «Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der OKP» soll Empfehlungen für Massnahmen erlassen. Eine Minderheit II Wasserfallen (sp, BE) ergänzte den Vorschlag von Hess um eine Anhörung der Versicherten in Ergänzung zu den Tarifpartnern. Diese Ergänzung hiess der Rat gut und bevorzugte anschliessend das Konzept von Hess und Wasserfallen gegenüber dem

Vorschlag der Kommissionsmehrheit knapp mit 94 zu 91 Stimmen (bei einer Enthaltung). Somit konnte die Mitte-Fraktion mit Unterstützung der SP und der Grünen das Konzept der Kostenziele im Gegenvorschlag verteidigen.

Neben verschiedenen stillschweigend gutgeheissenen Änderungen der Kommission, etwa bezüglich eines stärkeren Wettbewerbs zwischen den Laboratorien und der Beurteilung der Tarifverträge innert eines Jahres, waren auch zwei Minderheitsanträge erfolgreich. Eine Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) wollte nicht nur überhöhte Vergütungen im Tarmed, wie es die Kommissionsmehrheit verlangte, sondern auch nicht sachgerechte und nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen korrigieren lassen. Dem stimmte der Nationalrat gegen eine Minderheit de Courten zu, der argumentierte, dass die Überprüfung erst nach der Ersetzung von Tarmed durch Tardoc vorgenommen werden solle. Der Nationalrat folgte weiter einer Minderheit Nantermod, welche sich gegen das Opting-Out der Ärzte wehrte: Diese Massnahme weise kein Sparpotenzial auf und könne in kleinen Gemeinden mit wenigen Ärzten gar die Nutzung von alternativen Versicherungsmodellen verhindern, wurde argumentiert.

In der **Gesamtabstimmung** nahm der Nationalrat den Gegenvorschlag mit 104 zu 74 (bei 5 Enthaltungen) an, wobei die befürwortenden Stimmen von der Mitte-, der SP-, der Grünen- und einem Grossteil der GLP-Fraktion stammten. In der folgenden Abstimmung zur **Empfehlung auf Ablehnung der Initiative** stand die Mitte-Fraktion dann jedoch alleine da: Mit 156 zu 28 Stimmen sprach sich der Nationalrat für die Nein-Parole aus, lediglich die Mitglieder der Mitte-Fraktion votierten für eine Ja-Parole. Stillschweigend hiess die grosse Kammer in der Folge eine Fristverlängerung der Initiative bis November 2023 gut.¹⁹

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 15.06.2022
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2022 setzte sich der **Nationalrat als Erstrat mit der Prämien-Entlastungs-Initiative der SP und dem bundesrätlichen indirekten Gegenvorschlag** auseinander. Thomas de Courten (svp, BL) und Benjamin Roduit (mitte, VS) präsentierten dem Rat die beiden Vorlagen. Die SGK-NR habe «Vertretungen des Initiativkomitees, der Kantone, der Versicherer und der Versicherten sowie der Leistungserbringer» angehört und die Behandlung des Geschäfts in der Folge mit demjenigen zur Kostenbremse-Initiative koordiniert, erläuterte de Courten. Dabei habe sie – basierend auf dem Bundesratsvorschlag – ein «neues Modell zum Ausbau der individuellen Prämienverbilligung» geschaffen. Gemäss diesem sollen die Kantone in einem Sozialziel den maximalen Anteil der Prämien am verfügbaren Einkommen in ihrem Kanton definieren und einen minimalen Gesamtbetrag zur Prämienverbilligung festlegen. Diesen Gesamtbetrag dürfen sie auch für die Verlustscheine nicht bezahlter Prämien einsetzen, nicht aber für Prämienverbilligungen für Beziehende von Ergänzungsleistungen – deren Kosten kämen also noch zusätzlich hinzu. Dieser Vorschlag wurde von der Kommission mit 16 zu 9 Stimmen gutgeheissen, während sie mit 17 zu 8 Stimmen die Ablehnung der Initiative beantragte. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) forderte hingegen eine Empfehlung auf Annahme der Initiative. Gysi betonte als Mitglied des Initiativkomitees, dass «die unsozialen Kopfprämien» für Personen mit kleinen und mittleren Einkommen eine nicht mehr tragbare Belastung darstellten – sie müssten bis zu 20 Prozent ihrer Einkommen für die Krankenkassenprämien ausgeben. Obwohl die Prämien seit 1995 um 142 Prozent gestiegen seien, gäben heute zudem einige Kantone weniger Geld für die Prämienverbilligungen aus als noch vor zehn Jahren. Der indirekte Gegenvorschlag sei diesbezüglich lediglich «ein Tropfen auf den heissen Stein».

Eine Minderheit de Courten beantragte, nicht auf den Gegenvorschlag einzutreten. Die Kosten der Prämienverbilligungen seien bereits von CHF 1.5 Mrd. auf CHF 5 Mrd. jährlich angestiegen und würden mit dem Gegenvorschlag noch weiter steigen. Der Vorschlag des Bundesrates verringere die Prämienkosten nicht – zumal der «Druck auf die Prämienzahlenden» sinke, wenn jemand anderes für ihre Prämien aufkomme. Neben dem Nichteintretensantrag legte die SVP-Fraktion weitere Minderheitsanträge vor: So sollen gemäss eines Minderheitsantrags von Thomas Aeschi (svp, ZG) die Ergänzungsleistungen nicht separat ausgewiesen werden müssen, wodurch sich die Belastung für die Kantone verringern würde. Zudem sollten gemäss einer Minderheit de Courten zumindest die Verlustscheine angerechnet werden. Schliesslich sollten die Kantone anonymisierte Angaben zu den Empfängerinnen und Empfängern, unter anderem zur Staatsbürgerschaft, machen müssen (Minderheit Aeschi).

Es folgte eine angeregte und sehr ausführliche Debatte zu Krankenkassenprämien und Individualverbilligungen. Die Mitglieder der SP- und Grünen-Fraktion warben für die Initiative, empfahlen aber auch den Gegenvorschlag zur Annahme, variierten in dessen Einschätzung aber deutlich: Mattea Meyer (sp, ZH) sprach etwa von einem substanziellen Gegenvorschlag, während ihn Manuela Weichelt (al, ZG) als «Kröte» erachtete. Die Sprechenden der SVP-Fraktion lehnten sowohl Initiative als auch

Gegenvorschlag als unnütz und zu teuer ab. Die Sprechenden der Mitte-, Grünliberalen- und FDP-Fraktionen zeigten sich zwar mehrheitlich nicht enthusiastisch gegenüber dem Gegenvorschlag, empfahlen ihn aber etwa als «tragbar» (Regine Sauter: fdp, ZH) oder gar als «in sich stimmig und in seiner Grösse ausreichend, um eine echte Alternative zur Volksinitiative darzustellen» (Jörg Mäder: glp, ZH) zur Annahme.

Tags darauf schritt der Nationalrat zur Abstimmung über Eintreten auf den Gegenvorschlag. Mit 134 zu 53 Stimmen sprach sich der Rat für Eintreten und gegen den Minderheitsantrag de Courten aus. Einstimmig lehnte die SVP-Fraktion Eintreten ab. In der Folge verwarf die grosse Kammer die Minderheitsanträge Aeschi und de Courten deutlich. Schliesslich nahm der Nationalrat den indirekten Gegenvorschlag mit 119 zu 66 Stimmen – die Gegenstimmen stammten von der SVP- und von Teilen der FDP.Liberalen-Fraktion – (bei 2 Enthaltungen) an. Hingegen sprach er sich mit 121 zu 67 Stimmen für eine Empfehlung zur Ablehnung der Volksinitiative und somit gegen die Minderheit Gysi aus; für eine Annahmempfehlung stimmten die Fraktionen der SP und der Grünen. Stillschweigend verlängerte der Rat in der Folge die Behandlungsfrist der Initiative aufgrund des Gegenvorschlags bis Oktober 2023.²⁰

MOTION

DATUM: 20.09.2022
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem sich der Nationalrat im Jahr zuvor für eine von Thomas de Courten (svp, BL) übernommene Motion Brand (svp, GR) für **schweizweit anwendbare Klassifikationen zur Erhebung und Bearbeitung von Diagnosen** ausgesprochen hatte, diskutierte der **Ständerat** den Vorschlag in der Herbstsession 2022. Die SGK-SR hatte die Motion mit Stichentscheid des Präsidenten Erich Ettlín (mitte, OW) knapp zur Ablehnung beantragt. Da der Bundesrat einen Grundlagenbericht zur medizinischen Kodierung im ambulanten Bereich für die nächsten Monate in Aussicht gestellt habe, erübrige sich die Motion, begründete die Kommissionsmehrheit ihren Antrag. Diesem folgte die kleine Kammer stillschweigend und lehnte die Motion ab.²¹

MOTION

DATUM: 21.09.2022
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2022 führten National- und Ständerat eine **ausserordentliche Session zum Thema «Kaufkraft»** (22.9013) durch, in der sie verschiedene Vorstösse diskutierten, die auf eine finanzielle Entlastung der Bürgerinnen und Bürger abzielten, um der steigenden Teuerung, insbesondere im Bereich Energie, zu begegnen. Eine Gruppe von Unterstützungsvorschlägen betraf die **Krankenkassenprämien**.

So forderten die SP-Fraktion im Nationalrat (Mo. 22.3793) sowie Marina Carobbio Guscetti (sp, TI; Mo. 22.3802) und Isabelle Chassot (mitte, FR; Mo. 22.3801) im Ständerat eine Erhöhung des Bundesbeitrags an die individuelle Prämienverbilligung für das Jahr 2023 um 30 Prozent. Da für das Jahr 2023 ein Prämienchock drohe, müssten Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen auf diese Weise entlastet werden, so die Begründung für die Forderungen. Der Bundesrat erläuterte, dass der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung 7.5 Prozent der Bruttokosten der OKP entspreche und somit zusammen mit den Prämien ansteige. Folglich sei keine zusätzliche Erhöhung des Beitrags nötig. Um zu verhindern, dass die Kantone ihre eigenen Anteile an die Prämienverbilligungen weiter reduzieren, verwies der Bundesrat auf seinen indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Während der Nationalrat die Motion der SP-Fraktion mit 97 zu 95 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) annahm, wies der Ständerat die beiden Motionen aufgrund eines Ordnungsantrags Juillard (mitte, JU) der Kommission zur Vorberatung zu.

Einen anderen Lösungsweg bezüglich der hohen Krankenkassenprämien schlugen Thomas de Courten (svp, BL; Mo. 22.3816) im Nationalrat und Marco Chiesa (svp, TI; Mo. 22.3863) im Ständerat vor: Sie verlangten, dass die Krankenkassenprämien zukünftig vollständig von den Bundessteuern abgezogen werden können, wie dies bereits in einigen früheren Vorstössen verlangt worden war. Damit sollen «jene Personen [entlastet werden], die ihre Krankenkassenprämien noch aus dem eigenen Portemonnaie bezahlen». Der Bundesrat verwies in seiner Antwort auf seine Umsetzung der Motion Grin (svp, VD; Mo. 17.3171), mit welcher der steuerliche Abzug der Krankenkassenprämien bereits erhöht werden soll. Damit werde ein Teil der Forderungen der Motionen de Courten und Chiesa umgesetzt, ein vollständiger Abzug hätte jedoch zu hohe Steuerausfälle zur Folge – insbesondere auch im Hinblick auf die von den Motionären ausgeführten, für den Bund zukünftig zusätzlich anfallenden Kosten. Mit 142 zu 53 Stimmen respektive 36 zu 5 Stimmen (bei 1 Enthaltung) lehnten beide Räte die Motionen ab, wobei sie nur bei Mitgliedern der SVP-Fraktion auf Zustimmung stiessen.²²

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 28.02.2023
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrsession 2023 **bekräftigte der Nationalrat** seinen Entscheid, auf den **indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates zur Prämien-Entlastungs-Initiative der SP einzutreten**. Kommissionssprecher Jörg Mäder (glp, ZH) erachtete den Nichteintretensentscheid des Ständerats «schon fast als Arbeitsverweigerung» und kritisierte ihn als «Geringschätzung der Betroffenen». Zusammen mit dem zweiten Kommissionssprecher Benjamin Roduit (mitte, VS) bat er den Nationalrat im Namen der Kommissionmehrheit um erneutes Eintreten, um die Bevölkerung bei der Bewältigung der Prämienlast zu unterstützen. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) erachtete sowohl die Initiative als auch den Gegenvorschlag als «Symptombekämpfung» – das eigentliche Problem seien die steigenden Gesundheitskosten. Man solle daher nicht «aus abstimmungstaktischen Gründen» einen teuren Gegenvorschlag schaffen, der das Problem nicht löse. Mit 106 zu 79 Stimmen (bei 1 Enthaltung) erneuerte der Nationalrat in der Folge seinen Eintretensentscheid, die ablehnenden Stimmen stammten von der SVP-, einer Mehrheit der FDP- und einer Minderheit der Mitte-Fraktion. Das Geschäft ging damit zurück an den Ständerat.²³

POSTULAT
DATUM: 01.03.2023
NIC TÖNY

Mittels Postulat wollte Michel Matter (glp, GE) den Bundesrat Ende September 2022 mit der Erstellung eines Berichts betrauen, der **alternative Berechnungen für die Prämien der OKP** im Hinblick auf den fortwährenden Prämienanstieg überprüft. Genauer solle untersucht werden, ob man sich bei der Kalkulation nicht eher an der realen Kostenentwicklung des vergangenen Jahres orientieren sollte, statt an den geschätzten Kosten des nächsten Jahres.

Nachdem Thomas de Courten (svp, BL) das Geschäft in der Wintersession 2022 bekämpft hatte, kam es schliesslich in der Frühjahrsession 2023 in den **Nationalrat**. Die Krankenkassenprämien seien in den letzten Jahren stärker angestiegen als die Gesundheitskosten, was an den falschen Prognosen der Krankenversicherer liege, so Matter. Die Betrachtung der tatsächlichen Kostenentwicklung, wo Beträge nachgängig rückerstattet oder in Rechnung gestellt werden können, wie dies schon bei der Altersvorsorge und den Steuern praktiziert werde, verhindere die Bildung von Rücklagen, so dass wiederum der finanzielle Druck auf die Versicherten abnehme. Ratskollege de Courten zweifelte an der Realisierbarkeit des Unterfangens: Statt die Reserven anzuzapfen, würden solidarisch sämtliche Versicherten der Kasse für den fehlenden Betrag aufkommen müssen. Zudem resultiere das vorgeschlagene System vermutlich nicht in einer Kostenreduktion für Versicherte, sondern es komme schlicht zu grossen Nachzahlungen. Bundesrat Berset betonte in seiner Wortmeldung die Funktion des Postulats als Instrument: Das Postulat sei zur Überprüfung von Situationen da, ohne aber direkt über die Machbarkeit der entsprechenden Lösungen zu urteilen. In Anbetracht der momentanen Prämiensituation empfehle der Bundesrat das Postulat zur Annahme, um einen entsprechenden Bericht zu erarbeiten.

Die grosse Kammer entschied sich mit 128 zu 50 Stimmen (5 Enthaltungen) für Annahme des Postulats, wobei einzig grosse Teile der SVP-Fraktion für dessen Ablehnung votierten.²⁴

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 13.09.2023
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2023 machte sich der **Nationalrat** an die **Differenzbereinigung** zum Entwurf für eine **einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich** und nahm dabei einige gewichtige Bereinigungen vor.

Die grosse Frage, die sich bei der Debatte im Rat stellte, betraf einmal mehr den **Einbezug der Langzeitpflege** in EFAS. Die beiden Kommissionssprecher Lorenz Hess (mitte, BE) und Philippe Nantermod (fdp, VS) betonten mehrfach, dass sich die SGK-NR diese Integration nicht gewünscht habe, EFAS ohne Pflege jedoch aufgrund des Widerstands der Kantone und des Ständerats nicht möglich sei. Die Integration der Pflege verursache zwar Kosten, die Einsparungen durch EFAS seien aber noch immer so gross, dass sich die Reform dennoch lohne. Folglich empfahl die Kommissionmehrheit, dem Einbezug zuzustimmen und diese Differenz zu bereinigen. Eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) erachtete jedoch die Zusatzkosten durch die Integration der Pflege als so hoch, dass sie «allfällige Einsparungen» durch EFAS übersteige – folglich solle diese Differenz zum Ständerat aufrechterhalten werden. Mit 108 zu 85 Stimmen folgte die grosse Kammer dem Mehrheitsantrag und integrierte die Langzeitpflege in EFAS. Die ablehnenden Stimmen stammten von der SVP-Fraktion sowie von grossen Mehrheiten der Mitte- und der Grünen-Fraktion. Somit war das grösste Hindernis für die Vorlage aus dem Weg geräumt.

Zwar hatte der Nationalrat bei der Integration der Pflegekosten eingewilligt, die

Kommissionsmehrheit schlug aber vor, diese erst nach erfolgter Kostentransparenz im Pflegebereich umzusetzen, konkret also nach Vorliegen der kosten- und datenbasierten Pflegeleistungstarife und der vollständigen Umsetzung der Pflegeinitiative. Der Ständerat wollte die Pflege hingegen gleich im Anschluss an die erfolgte Einführung von EFAS integrieren, der Nationalrat stimmte hier jedoch dem Vorschlag seiner Kommissionsmehrheit zu.

Auch zahlreiche weitere Fragen waren direkt **mit der Integration der Pflegekosten verbunden**, etwa die Höhe des Kantonsanteils. So lehnte der Nationalrat einen Minderheitsantrag Aeschi, den Kantonsbeitrag auf 24.5 Prozent und somit ohne Einbezug der Pflegekosten festzulegen, ab. Alternativ wurde diskutiert, den Kantonsanteil gegenüber dem ständerätlichen Vorschlag zu erhöhen – die Kommissionsmehrheit schlug eine Erhöhung auf 28.6 Prozent vor (Ständerat: 26.9%), eine Minderheit Weichelt (al, ZG) gar auf 30 Prozent. Eine Minderheit Glarner (svp, AG) wiederum wollte diesbezüglich dem Ständerat folgen. Auch hier setzte sich die Kommissionsmehrheit durch, genauso wie bei ihrer Forderung, dass der Kantonsbeitrag periodisch überprüft werden soll.

In der Folge pflichtete der Nationalrat vielen Änderungsvorschlägen des Ständerates bei, aufgrund ihrer grossen Anzahl **blieben dennoch einige gewichtige Differenzen offen** – insbesondere bei der Frage nach den zukünftigen Kompetenzen der Kantone bezüglich der Finanzierung der Gesundheitsleistungen. Hier hatte der Ständerat verschiedene Regelungen geschaffen, etwa dass die Kantone Kostenübernahmen ablehnen und Beschwerden vor dem Versicherungsgericht führen können, wenn sie der Meinung sind, dass die Bedingungen der Kostenübernahme nicht erfüllt sind. Beides lehnte der Nationalrat auch gegen verschiedene Minderheitsanträge ab. Auch den kostenlosen Zugang der Kantone zu den stationären Rechnungen der Krankenkassen strich die grosse Kammer wieder – sie folgte dabei einer Minderheit Silberschmidt (fdp, ZH) anstelle der Kommissionsmehrheit, welche hier einen Kompromissvorschlag gemacht hatte. Stattdessen dehnte der Nationalrat die Datenlieferungen der Kantone an die Versicherungen aus, indem er auch die zur Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringenden nötigen Daten einbezog.

Des Weiteren hatte sich der Ständerat davor gefürchtet, dass die Spitalplanung ihre Wirksamkeit verlieren würde, wenn Vertragsspitäler zukünftig eine höhere Vergütung durch den Kanton erhielten als bisher, wie es die SGK-NR in ihrem ursprünglichen Entwurf vorgeschlagen hatte. Der Nationalrat teilte diese Furcht jedoch nicht und folgte einer Minderheit de Courten (svp, BL), welche hier an der nationalrätlichen Position und somit an der höheren Vergütung für die Vertragsspitäler festhalten wollte. Ähnliche Befürchtungen standen hinter dem Vorschlag des Ständerates, dass Kostenbeteiligungen der Versicherten an Spitalkosten zukünftig nicht versichert werden dürften, was der Nationalrat ebenfalls ablehnte.

Weitere unbereinigte Differenzen betrafen schliesslich die Kostenverteilung bei den Pflegeleistungen, wo der Ständerat etwa einen Beitrag der Versicherten gefordert hatte, was der Nationalrat jedoch ablehnte. Hingegen verlangte die grosse Kammer, dass die Kostenübernahme von Pflegeleistungen ohne ärztliche Anordnung zukünftig auf gesamtschweizerischen Verträgen beruhen muss. Zudem muss der Bundesrat bei der Bezeichnung der übernommenen Leistungen gemäss Nationalrat ausdrücklich den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen oder mit palliativer Pflege berücksichtigen.

Mit zahlreichen, aber deutlich weniger offenen Differenzen als zuvor ging EFAS damit zurück an den Ständerat.²⁵

In der Herbstsession 2023 startete der **Nationalrat** in die Beratung des **zweiten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Der Rat stand dabei unter dem Einfluss des zwei Tage zuvor verkündeten grossen Prämienanstiegs für das Jahr 2024, auf den zahlreiche Sprechende Bezug nahmen. Andri Silberschmidt (fdp, ZH) und Benjamin Roduit (mitte, VS) präsentierten dem Rat die Vorlage sowie die Mehrheitsposition der SGK-NR: Der bundesrätliche Entwurf setze weitere Empfehlungen des Expertenberichts sowie dreizehn Vorstösse des Parlaments um. Die Kommissionsmehrheit sei nicht mit allen Massnahmen einverstanden und habe folglich vier grosse Änderungsanträge gestellt. Bevor sich der Nationalrat jedoch mit diesen befasste, lagen ihm ein Minderheitsantrag de Courten (svp, BL) auf Nichteintreten sowie ein Minderheitsantrag Weichelt (al, ZG) auf Rückweisung an den Bundesrat vor. Thomas de Courten bezeichnete die Vorlage als «Flickwerk, bei dem wir nicht wissen, was wir damit tatsächlich erreichen», und kritisierte, dass die wirklich wirksamen Massnahmen darin nicht enthalten seien. Er zog den Nichteintretensantrag jedoch zurück in der Hoffnung, dass man mit der Vorlage «wenigstens einen Schritt weiterkomme[...]», denn

aufgrund des erneuten Prämienanstiegs sei es dringend, dass man Lösungen finde. Manuela Weichelt kritisierte hingegen ob der zahlreichen anstehenden Reformprojekte den «Gesetzes-Hyperaktivismus» in diesem Themenbereich sowie die bei Pharmaunternehmen und Krankenversicherungen angestellten Mitglieder der SGK. Sie forderte den Bundesrat auf, nach Rückweisung den Präventionsgedanken sowie eine Koordination zwischen Apotheken und Ärzteschaft in die Vorlage zu integrieren, mit einem runden Tisch die Problematik der Netzwerke in der koordinierten Versorgung zu lösen und auf Einschränkungen des Öffentlichkeitsprinzips zu verzichten. Mit 156 zu 23 Stimmen (bei 11 Enthaltungen) fand der Rückweisungsantrag jedoch nur bei der Grünen-Fraktion und einem Mitglied der SVP-Fraktion Zustimmung.

In der Detailberatung debattierte der Nationalrat die Vorlage in zwei Blöcken. Im **ersten Block** behandelte er unter anderem die **Netzwerke zur koordinierten Versorgung sowie die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker**. Dabei lehnte er das Herzstück dieses Projekts, wie es Gesundheitsminister Berset formulierte, ab: die Schaffung einer neuen Kategorie der Leistungserbringenden, den Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Diese sollten die Koordination der Behandlung einer Person über alle Leistungserbringenden hinweg übernehmen, wofür sie etwa auch Koordinationsleistungen in Rechnung stellen könnten. Gemäss bundesrätlichem Vorschlag müssten die Netzwerke unter anderem von einer Ärztin oder einem Arzt geleitet werden und über einen kantonalen Leistungsauftrag verfügen. Während die Kommissionsmehrheit gänzlich auf diese neue Kategorie der Leistungserbringenden verzichten wollte, weil die Einführung einer neuen Kategorie mit grossem Aufwand verbunden wäre und ähnliche Netzwerke auch ohne diese ausführlichen Regelungen bereits existierten, schlug eine Minderheit Maillard (sp, VD) einige Änderungen an der bundesrätlichen Version vor – etwa einen Verzicht auf einen kantonalen Leistungsauftrag. Mit 117 zu 67 Stimmen (bei 7 Enthaltungen) folgte der Nationalrat dem Mehrheitsantrag und sprach sich somit gänzlich gegen die Schaffung einer gesetzlichen Regelung der Netzwerke aus.

Umstritten war im Nationalrat auch, welche **Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern** und von **Hebammen** zukünftig von der OKP übernommen werden sollen. Dabei entschied sich der Nationalrat, die bundesrätlichen Regelungen, mit denen unter anderem die Motionen Humbel (mitte, AG; Mo. 18.3977) und Ettlin (mitte, OW; Mo. 18.4079) umgesetzt werden sollten, noch auszubauen. Erstens willigte er ein, dass Apotheken zukünftig selbstständig bestimmte Leistungen zulasten der Krankenkassen abrechnen können, etwa im Rahmen von Präventionsprogrammen. Zweitens ergänzte er entgegen einem Minderheitsantrag Glarner (svp, AG) die neue Regelung des Bundesrates, wonach zukünftig auch bestimmte «pharmazeutische Beratungsleistungen» der Apothekerinnen und Apotheker übernommen werden sollen, um eine Abgeltung von Analysen und der Abgabe von MiGeL-Artikeln. Drittens folgte der Nationalrat bei den Hebammen einem Einzelantrag Wismer (mitte, LU), der die Übernahme der Leistungen durch die OKP auf alle notwendigen Arzneimittel, Analysen und Gegenstände der MiGeL, welche Hebammen während Schwangerschaft, Niederkunft und im Wochenbett verschreiben, erweiterte. Eine Minderheit Schläpfer (svp, ZH) hatte diese Änderungen aus Angst vor einer Mengenausweitung bekämpft. Stillschweigend hiess die grosse Kammer schliesslich auch die Ausdehnung der Kostenbefreiung auf den Beginn der Schwangerschaft gut, wie sie der Bundesrat in Umsetzung einer Motion Kälin (gp, AG; Mo. 19.3070) und einer Motion Addor (svp, VS; Mo. 19.3307) vorgeschlagen hatte.

Schliesslich wollte die Kommissionsmehrheit eine neue Regelung schaffen, wonach die Krankenversicherungen ihre **Klientinnen und Klienten** über bezogene Leistungen, Massnahmen zur Verhütung von Krankheiten sowie über Angebote für bessere Wirtschaftlichkeit (z.B. über mögliche Generika) **informieren** und den Leistungserbringenden bei Einwilligung der Patientinnen und Patienten Informationen über bezogene Leistungen zukommen lassen könnten. Eine Minderheit Wasserfallen (sp, BE) lehnte diese neue Möglichkeit ab, da die Versicherungen nicht über die Krankenakten verfügten, die Diagnose nicht kennen würden und allgemein nicht für medizinische Ratschläge ausgebildet seien. Somit führten ihre Beratungen nur zu Verunsicherung bei den Patientinnen und Patienten. Dennoch setzte sich die Kommissionsmehrheit mit 122 zu 69 Stimmen durch. Keine Diskussionen löste die Schaffung von Referenztarifen für die Behandlung in Spitälern ausserhalb des Wohnkantons aus, mit denen der Bundesrat in Umsetzung einer Motion der SGK-NR (Mo. 18.3388) den Wettbewerb fördern wollte.

Im zweiten Block standen die **Arzneimittel** im Mittelpunkt, wobei vor allem eine

differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien sowie Preismodelle und Rückerstattungen diskutiert wurden. Bei den **WZW-Kriterien** folgte der Nationalrat seiner Kommission, welche nur Arzneimittel mit sehr tiefen Preisen oder Arzneimittel, bei denen die Versorgungssicherheit gefährdet ist, von der Preisüberprüfung ausnehmen wollte. Besonders umstritten waren die **Preismodelle**, deren Regelung der Bundesrat (unter anderem in Umsetzung einer Motion Dittli (fdp, UR; Mo. 19.3703)) neu ins KVG aufnehmen wollte. Bereits heute können die Zulassungsinhaber bis zu 25 Prozent Rabatt auf den Listenpreis gewähren, wobei diese Rabatte geheim sind – der Bundesrat wollte sie denn auch ausdrücklich vom Öffentlichkeitsprinzip ausnehmen. Kommissionssprecher Silberschmidt verteidigte diese Möglichkeit damit, dass man dadurch CHF 300 Mio. jährlich sparen könne, was bei entsprechender Transparenz nicht möglich sei. Die Kommissionsmehrheit ergänzte eine Regelung, mit der sie sicherstellen wollte, dass das BAG die Zulassungsinhaber nicht zu entsprechenden Rabatten verpflichten könnte. Das Transparenzproblem wollte die Mehrheit der SGK-NR lösen, indem eine unabhängige Kommission regelmässig einen Bericht über die Preismodelle erstellt. Zudem wolle man in einem Postulat auch einen Beitritt zur Beneluxa-Initiative prüfen, welche international die «Informationsasymmetrie zwischen Zulassungsinhaberinnen und Behörden verringern möchte», wie die Kommission im Postulatstext schrieb. Eine Minderheit Weichelt beantragte, auf die Geheimhaltung der Informationen zu diesen Preismodellen zu verzichten, der Nationalrat hiess die Bestimmungen in der von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagenen Form jedoch gut.

Schliesslich folgte die grosse Kammer ihrer Kommissionsmehrheit stillschweigend auch bei der **Schaffung eines provisorischen Preises für Medikamente im Zulassungsverfahren**. So würden die Krankenversicherungen bisher in der Zeit zwischen der Zulassung eines Medikaments durch Swissmedic und der Preisfestsetzung durch das BAG in jedem Fall einzeln entscheiden, ob sie ein Medikament vergüten. Um dies zu verhindern, soll das BAG einen provisorischen Preis festlegen und entweder die Pharmafirmen oder die Versicherungen bei Bekanntwerden des definitiven Preises die entsprechenden Preisdifferenzen vergüten müssen.

In der **Gesamtabstimmung** nahm der Nationalrat den Entwurf mit 131 zu 28 Stimmen (bei 32 Enthaltungen) an, wobei die Nein-Stimmen von der Mehrheit der Grünen- und einzelnen Mitgliedern der SVP-Fraktion stammten, die Enthaltungen von der Mehrheit der SP-, den restlichen Mitgliedern der Grünen- und einzelnen Mitgliedern der SVP-Fraktion.²⁶

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 29.09.2023
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2023 **bereinigte das Parlament sowohl die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP als auch deren indirekten Gegenvorschlag**. Den Anfang machte der **Nationalrat**, der dem Ständerat beim indirekten Gegenvorschlag in allen offenen Differenzen trotz anderslautender Kommissionsanträge zustimmte. Dadurch setzte sich der Ständerat unter anderem mit seiner Vorstellung des Gegenvorschlags durch, «der bezüglich der finanziellen Auswirkungen nochmals milder ausgestaltet ist als derjenige des Bundesrates», wie es Kommissionssprecher Mäder (glp, ZH) formulierte. So verzichtete der Nationalrat darauf, dass der Bundesrat den Kantonen vorschreiben darf, wie die Prämien und das verfügbare Einkommen zur Festlegung des Kantonsanteils der Prämienverbilligungen berechnet werden. Hier folgte der Rat einer Minderheit de Courten (svp, BL), während die Kommissionsmehrheit an ihrer Position hatte festhalten wollen.

Die zweite grosse offene Frage betraf den Mindestanteil der OKP-Bruttokosten, den die Kantone übernehmen müssen, sowie damit verbundene Regelungen. Hier lagen drei Konzepte vor. Der Bundesrat hatte hier ursprünglich vorgeschlagen, dass die Kantone mindestens 5 Prozent der Bruttokosten übernehmen müssen, wenn die Prämien weniger als 10 Prozent des Einkommens der einkommensschwächsten Personen ausmachen. Bei Prämien in der Höhe von 18.5 Prozent des Einkommens wären es im Minimum 7.5 Prozent der Bruttokosten, dazwischen sollte es eine lineare Abstufung geben. Diesem Vorschlag wollte auch eine Minderheit I Prelicz-Huber (gp, ZH) folgen. Die Kommissionsmehrheit wollte hingegen dem Ständerat folgen, der den minimalen Grenzwert bei 11 statt 10 Prozent und die bei diesem Grenzwert zu übernehmenden Anteile der Bruttokosten bei 3.5 statt 5 Prozent festlegen wollte. Kommissionssprecher Roduit (mitte, VS) erachtete damit das Hauptziel des Gegenvorschlags, die Verpflichtung der Kantone zur Prämienverbilligung an die bedürftigsten Personen, als erfüllt. Gleichzeitig verhindere man damit eine Überlastung des Gemeinwesens. Eine Minderheit Meyer (sp, ZH) war, ebenso wie die Minderheit I Prelicz-Huber, der Ansicht, der Mehrheitsvorschlag decke «nicht mal einen Bruchteil der Kosten der Prämienexplosion von diesem Jahr [...] ab[...]», und forderte eine deutlich stärkere

Prämienverbilligung als von der Mehrheit und vom Bundesrat vorgeschlagen. Mit 105 zu 86 Stimmen (bei 1 Enthaltung) und 104 zu 86 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat zugunsten des Mehrheitsantrags gegen beide Minderheitsanträge aus. Erneut setzten sich die SVP- sowie Mehrheiten der FDP- und der Mitte-Fraktionen durch.

Nachdem der Nationalrat tags zuvor den indirekten Gegenvorschlag bereinigt hatte, setzte der **Ständerat** die **Debatte zur Initiative** fort. In zahlreichen Wortmeldungen legten die Sprechenden abschliessend noch einmal ihre Gründe für und gegen die Initiative dar, die im Rahmen der Debatte zum indirekten Gegenvorschlags ebenfalls bereits ausführlich erläutert worden waren. Abschliessend entschied sich der Ständerat, Stimmbevölkerung und Kantone die Initiative mit 33 zu 11 Stimmen zur Ablehnung zu empfehlen. Einzig die Mitglieder der SP- und der Grünen-Fraktion sprachen sich für eine Empfehlung auf Annahme aus.

In den **Schlussabstimmungen** Ende der Herbstsession 2023 hiess der Nationalrat den Bundesbeschluss mit der Ablehnungsempfehlung mit 123 zu 70 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) gut, der Ständerat mit 32 zu 11 Stimmen (bei 1 Enthaltung). Den indirekten Gegenvorschlag nahm das Parlament, abgesehen von einer ablehnenden Stimme eines Mitglieds der Mitte-Fraktion im Ständerat (41 zu 1 Stimmen bei 2 Enthaltungen), beinahe einstimmig an (Nationalrat: 195 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung). Die SP zeigte sich mit dem indirekten Gegenvorschlag jedoch nicht abschliessend zufrieden und kündigte an, an ihrer Initiative festzuhalten. Über diese wird folglich im Jahr 2024 abgestimmt werden.²⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 14.12.2023
NIC TÖNY

In der SGK-NR fand die Botschaft des Bundesrates bezüglich der **Änderung des KVG hinsichtlich des Datenaustauschs und Risikoausgleichs** Anklang und die Kommission beantragte im November 2023 einstimmig mit 17 zu 0 Stimmen (4 Enthaltungen) den entsprechenden Entwurf anzunehmen.

Für die Kommission präsentierten Regine Sauter (fdp, ZH) und Léonore Porchet (gp, VD) das Geschäft in der Wintersession 2023 im **Nationalrat**. Eintreten war unbestritten, es gab aber eine Reihe von Minderheitsanträgen: Eine Minderheit Bircher (svp, AG) forderte, dass in der Schweiz lebende Personen ohne AHV-Nummer oder Aufenthaltsrecht von der OKP ausgeschlossen werden. Der Minderheitsantrag schaffte es nicht, ausserhalb der SVP-Fraktion Fuss zu fassen und wurde abgelehnt. Ein Minderheitsantrag Aeschi (svp, ZG), der ähnlich wie Bircher Missstände bei der Krankenversicherung von Sans-Papiers ausmachte, blieb ebenfalls chancenlos. Manuela Weichelt (gp, ZG) wiederum verlangte in ihrem Minderheitsantrag die Streichung der Möglichkeit, sich rückwirkend versichern zu lassen, da dies falsche Anreize setze. Ausser der Grünen- und der SP-Fraktion stimmte ihrem Minderheitsantrag niemand zu und er wurde ebenfalls abgelehnt. Die Minderheit de Courten (svp, BL) hingegen, die forderte, dass das BFS bei den aggregierten Kosten der Versicherten die Nationalität erhebt, fand in der grossen Kammer eine knappe Mehrheit.

Der Nationalrat nahm die Revision des Bundesgesetzes mit 132 zu 0 Stimmen (62 Enthaltungen) **einstimmig** in der Gesamtabstimmung an, wobei alle Enthaltungen von den geschlossen stimmenden Fraktionen der SP und den Grünen stammten.²⁸

1) AB NR, 2017, S. 26 f.

2) BBl, 2018, S. 2253 ff.; Bericht des Bundesrates vom 01.12.2017

3) BBl 2019, S. 8015 ff.

4) AB NR, 2018, S. 427 ff.; AB NR, 2018, S. 438 ff.; AB NR, 2018, S. 502 ff.; LZ, NZZ, TA, 16.3.18

5) AB NR, 2013, S. 65 ff.

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

7) AB NR, 2017, S. 1689; AB NR, 2017, S. 2051 f.

8) AB NR, 2017, S. 2187; AB NR, 2018, S. 268 f.; AB SR, 2017, S. 810 f.

9) Medienmitteilung SGK-NR vom 15.11.19

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

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

12) AB NR, 2020, S. 1178; AB NR, 2020, S. 737 ff.; AB SR, 2020, S. 450 ff.; AB SR, 2020, S. 624

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

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

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

16) AB NR, 2021, S. 368

17) AB NR, 2022, S. 9 ff.

18) AB NR, 2022, S. 197 ff.

19) AB NR, 2022, S. 816 ff.; AB NR, 2022, S. 849 ff.

20) AB NR, 2022, S. 1207 ff.; AB NR, 2022, S. 1233 ff.; Blick, LT, 15.6.22; 24H, AZ, Blick, LT, Lib, NZZ, 17.6.22

21) AB SR, 2022, S. 788 f; Bericht SGK-SR vom 6.9.22

22) AB NR, 2022, S. 1575 ff. (22.9013); AB NR, 2022, S. 1585 (22.3793); AB NR, 2022, S. 1586 (22.3816); AB SR, 2022, S. 903 ff.

(22.9013); AB SR, 2022, S. 915 (22.3863); AB SR, 2022, S. 916 f. (22.3802); AB SR, 2022, S. 917 (22.3801)
23) AB NR, 2023, S. 62 ff.
24) AB NR, 2022, S. 2425; AB NR, 2023, S. 120 ff.
25) AB NR, 2023, S. 1580 ff.
26) AB NR, 2023, S. 2027 ff.
27) AB NR, 2023, S. 1532 ff.; AB NR, 2023, S. 2154 (21.063); AB SR, 2023, S. 1024 (21.063); AB SR, 2023, S. 719 ff.;
Medienmitteilung SP vom 12.9.23
28) AB NR, 2023, S. 2369 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 17.11.23