

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	17.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Verrechnungssteuer, Direkte Steuern, Berufliche Vorsorge, Krankenversicherung
Akteure	Bortoluzzi, Toni (svp/udc, ZH) NR/CN
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1990 - 01.01.2020

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Bernath, Magdalena
Brändli, Daniel
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Rohrer, Linda
Schnyder, Sébastien
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Bernath, Magdalena; Brändli, Daniel; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Rohrer, Linda; Schnyder, Sébastien; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Verrechnungssteuer, Direkte Steuern, Berufliche Vorsorge, Krankenversicherung, 1992 - 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 17.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Öffentliche Finanzen	1
Direkte Steuern	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Ärzte und Pflegepersonal	1
Suchtmittel	1
Sozialversicherungen	2
Berufliche Vorsorge	2
Krankenversicherung	5
<hr/>	
Parteien, Verbände und Interessengruppen	12
Parteien	12
Grosse Parteien	12

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
ALV	Arbeitslosenversicherung
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
BPV	Bundesamt für Privatversicherungen

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
AC	assurance-chômage
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
PME	petites et moyennes entreprises
LAMaI	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
OFAP	Office fédéral des assurances privées

Allgemeine Chronik

Öffentliche Finanzen

Direkte Steuern

MOTION
DATUM: 13.12.2000
DANIEL BRÄNDLI

Mit einer Motion forderte Mugny (gp, GE) (Mo. 00.3240) die vollständige **steuerliche Entlastung von berufsbedingten Kinderhüttekosten** für Einelternfamilien. Der Bundesrat wies darauf hin, dass solche Abzüge in der Vernehmlassungsvorlage zum Bundesgesetz über die Harmonisierung der direkten Steuern nicht mehr vorgesehen seien. Am ersten Verhandlungstag wurde die Motion im Nationalrat von Bortoluzzi (svp, ZH) bekämpft, in der Wintersession aber von der Volkskammer als Postulat überwiesen. Mit einer parlamentarischen Initiative hatte Spoerry (fdp, ZH) bereits im Frühjahr erreicht, dass bestehende Kinderbetreuungskosten-Abzüge in den Kantonen bis zum Inkrafttreten der Reform der Ehepaar- und Familienbesteuerung aufrecht erhalten werden können.¹

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Ärzte und Pflegepersonal

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 24.03.2000
MARIANNE BENTELI

Der Nationalrat zeigte sich gewillt, zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen auch einschneidende Massnahmen zu ergreifen. In der Differenzbereinigung zur 1. Teilrevision des KVG fügte er die Bestimmung ein, dass der Bundesrat während einer Dauer von drei Jahren die **Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich** (Ärzte und andere Therapeuten) zu Lasten der Krankenversicherung **beschränken** kann, wobei die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer vorher anzuhören sind. Der Rat trug damit dem Umstand Rechnung, dass die Ärztedichte in der Schweiz eine der höchsten der Welt ist und durch die Personenfreizügigkeit für EU-Bürger noch weiter zunehmen wird. Da sich der Gesundheitsmarkt nicht nach Angebot und Nachfrage richtet, resp. die Nachfrage angebotsinduziert ist, lösen mehr Leistungsanbieter fast automatisch mehr Leistungen aus, was zu höheren Kosten führt. Zulassungsbeschränkungen könnten hier regulierend wirken. Die konkrete Ausgestaltung blieb dem Bundesrat überlassen. Vergeblich versuchte eine Minderheit, darunter der Aargauer CVP-Vertreter und Leiter des Paraplegiker-Zentrums Nottwil (LU) Zäch und der Zürcher SVP-Nationalrat Bortoluzzi, die Massnahme abzuwenden. Der Rat stimmte der befristeten Zulassungsbeschränkung mit 124 zu 47 Stimmen zu. Entgegen einem bürgerlichen Minderheitsantrag nahm der Ständerat diese Bestimmung mit 27 zu 4 Stimmen ebenfalls an.²

Suchtmittel

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 24.01.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Aufgrund der Zunahme der wegen exzessivem Alkohol- oder Drogenmissbrauch notfallmässig behandelten Patienten regte Nationalrat Bortoluzzi (svp, ZH) mit einer parlamentarischen Initiative an, dass **Komatrinker ihre Aufenthalte im Spital und in Ausnüchterungszellen selber bezahlen** sollten. Dafür seien das KVG sowie weitere Gesetze dahingehend anzupassen, dass die Kosten der aufgrund exzessiven Alkohol- und Drogenmissbrauch notwendigen medizinischen Notversorgung durch die Verursacher oder ihre gesetzlichen Vertreter in vollem Umfange getragen werden müssen. Eine Verrechnung über die solidarische Krankenversicherung soll nicht möglich sein. Gleiches soll auf einen Aufenthalt in einer Ausnüchterungszelle angewendet werden. Solche Ereignisse kämen einem massiven Missbrauch des Solidaritätsgedankens gleich und müssten unverzüglich angegangen werden, so der Initiant. Der Entscheid, in übermässigem Masse Alkohol zu konsumieren oder Drogen zu missbrauchen, sei vermeidbar und liege in der Eigenverantwortung jedes Bürgers. Es sei eine Zumutung für die Allgemeinheit, die dann diese massiven Kosten zu tragen habe. Nachdem die erstbehandelnde SGK-NR im Mai 2011 der Initiative Folge gegeben hatte, folgte diejenige des Ständerates Anfang 2012.³

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

MOTION
DATUM: 26.06.1999
MARIANNE BENTELI

Bei den **Prämienverbilligungen** im Rahmen der **Krankenversicherung** hatte der Bundesrat vorgeschlagen, die Durchführung in Anlehnung an das heutige System den Kantonen zu übertragen. Beide Kammern beschlossen die Streichung dieser Bestimmung. Sie hiessen an deren Stelle je eine Motion ihrer vorberatenden Kommission gut. Der Ständerat beauftragte damit den Bundesrat, in Zusammenarbeit mit den Kantonen ein zweckmässiges Verfahren für die Durchführung der Abkommensverpflichtungen vorzusehen. Der Nationalrat verlangte (Motion 99.3424), dass der Bund den Auftrag erhält, die Prämienverbilligungen für im Ausland wohnhafte Versicherte nach einem zweckmässigen und einheitlichen System zu vollziehen. Abgelehnt wurde hingegen mit 92 zu 62 Stimmen ein Minderheitsantrag Bortoluzzi (svp, ZH), der die Einrichtung eines Prämienverbilligungsgesetzes ausserhalb des Krankenversicherungsgesetzes forderte und dadurch die Verbilligungsgewährung auf Personen mit Wohnsitz in der Schweiz beschränken wollte. Im Rahmen der Differenzbereinigung schloss sich der Nationalrat der ständerätlichen Motion an, und die kleine Kammer überwies ihrerseits die Motion des Nationalrates in Form eines Postulates beider Räte.⁴

Berufliche Vorsorge

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 09.12.1992
MARIANNE BENTELI

Die zuständige **Nationalratskommission** unter Präsident Deiss (cvp, FR) **trat zwar oppositionslos auf den Entwurf des Bundesrates ein, verlangte aber** nach einer ersten Lesung **weitere Abklärungen** durch eine Subkommission und durch die Verwaltung. Schliesslich verabschiedete sie einen leicht modifizierten Vorschlag, welcher die Mobilität der bis 45-jährigen deutlich verbessert, ohne deswegen die Betriebstreuen zu benachteiligen. Die Kommission sah neu vor, dass der Versicherte neben der allfälligen Eintrittsleistung und den eigenen Beiträgen zwischen dem 25. und dem 45. Altersjahr pro Jahr einen Zuschlag von 5% erhält. Ab 45 Jahren verdoppelt sich so das Mitnahmekapital, womit die volle Freizügigkeit erreicht ist, allerdings nur unter der Bedingung, dass in der alten Kasse die Beiträge paritätisch gestaltet waren. Im Gegensatz zum Vorschlag des Bundesrates – und im Entgegenkommen an die Kassen – setzt der Sparprozess fünf Jahre später ein, steigt aber um ein Prozent mehr pro Jahr. Ebenfalls als Konzession an die Kassen wurde der Verzicht auf einen einheitlichen technischen Zinssatz verstanden: Anstatt den heute gebräuchlichen Zinssatz von vier Prozent für alle vorzuschreiben, gab die Kommission dem Bundesrat die Kompetenz, innerhalb einer Bandbreite von mindestens einem Prozent zu differenzieren, was in der Praxis zu Eckwerten zwischen 3,75 und 4,75% führen dürfte.

Der Rat folgte mit unwesentlichen Detailkorrekturen den Anträgen seiner Kommission. Die Vorlage wurde schliesslich einstimmig zuhanden des Ständerates verabschiedet. Auf der Strecke blieben die Anträge Hafner (sp, SH) und Nabholz (fdp, ZH), wonach bei einer Ehescheidung die Pensionskassenansprüche hälftig zu teilen seien. Die Mehrheit des Rates erinnerte an die anstehende Revision des Scheidungsrechts und wollte das Mass der Aufteilung bis dahin den Gerichten überlassen. Mit dem Hinweis auf die kommende Revision der Arbeitslosenversicherung wurde ein Antrag Brunner (sp, GE), bei Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen sei die volle Freizügigkeit unbekümmert des Alters zu gewähren, ebenfalls abgelehnt. Keine Chance hatten auch die Anträge Loeb (fdp, BE) für eine Übergangsfrist von drei Jahren sowie jener einer Kommissionsminderheit unter Bortoluzzi (svp, ZH) für eine Anpassungszeit von fünf Jahren. Der Rat folgte dem Antrag der Kommissionsmehrheit, welche betonte, das Inkrafttreten der Freizügigkeit sei dringlich und werde ohnehin nicht vor 1995/96 möglich sein.⁵

GERICHTSVERFAHREN
DATUM: 13.09.2003
MARIANNE BENTELI

Da das BPV trotz persönlichem Vorsprechen von Abgeordneten deren Ansicht nach nur unzureichende Unterlagen vorlegte, gründeten Parlamentarierinnen und Parlamentarier die „Schutzgemeinschaft für KMU und ihre Versicherten“. Unter dem Präsidium von Nationalrat Ineichen (fdp, LU) und dem Vizepräsidium von Nationalrat und SGK-NR-Präsident Bortoluzzi (svp, ZH) gehörten ihr als weitere Mitglieder die Nationalrätinnen Egerszegi (fdp, AG) und Fetz (sp, BS), Nationalrat Rechsteiner (sp, BS) sowie Ständerat und SGK-SR-Präsident Frick (cvp, SZ) an. Die Gründung der Vereinigung war nötig im Hinblick auf eine allfällige **Beschwerde**, mit der die Offenlegung weiterer Unterlagen erreicht werden sollte. Unterstützung fand sie beim Präsidenten des Gewerbeverbands.

Aber auch der Präsident des Arbeitgeberverbandes, grundsätzlich ein Befürworter der Senkung des Umwandlungssatzes auf unter 6,8%, befand, eine derartige Massnahme könne nicht schockartig ergriffen werden, sondern müsse über Jahre erfolgen. Die Gewerkschaften beschlossen ebenfalls eine Beschwerde. Beide Rekurse wurde Mitte September eingereicht. Insgesamt gingen 29 Begehren um aufschiebende Wirkung ein, die Ende Jahr von der zuständigen Eidgenössischen Rekurskommission abgelehnt wurden.⁶

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 24.09.2008
LINDA ROHRER

Nachdem im Vorjahr der Vorschlag des Bundesrates für eine raschere Senkung des **Mindestumwandlungssatzes** in der beruflichen Vorsorge gescheitert war, befasste sich der Nationalrat damit. Eine linksgrüne Minderheit Rechsteiner (sp, BS) beantragte das Nichteintreten auf die Vorlage mit der Begründung, dass eine Senkung des Mindestumwandlungssatzes inakzeptabel sei, solange die "Legal Quote" (Überschussbeteiligung der Versicherten) für die berufliche Vorsorge nicht geregelt sei. Ausserdem würde die zunehmende Lebenserwartung eine Reduktion des Mindestumwandlungssatzes nicht rechtfertigen. Mit 118 zu 62 Stimmen lehnte der Nationalrat, den Minderheitsantrag ab und trat auf die Vorlage ein. In der Detailberatung wich der Nationalrat nur in einem Punkt von der Vorlage des Bundesrates ab und zwar beim Zeitraum, über welchen die Senkung vorgenommen werden sollte. Die grosse Kammer folgte der Mehrheit ihrer Kommission und beschloss, die Senkung nicht wie vom Bundesrat vorgesehen innerhalb von drei, sondern von fünf Jahren umzusetzen. Einen Minderheitsantrag Bortoluzzi (svp, ZH), welcher den Mindestumwandlungssatz aus dem Gesetz streichen wollte, lehnte der Nationalrat ab, ebenso wie einen Antrag der Minderheit Rechsteiner (sp, BS). Dieser wollte mit einer Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes eine Regelung der „Legal Quote“ einführen, welche die Interessen der Versicherten durch eine klare, einheitliche Praxis schützte. Die Bürgerlichen betonten zwar ebenfalls die Wichtigkeit einer Diskussion dieser Frage, wiesen aber darauf hin, dass aufgrund der Komplexität der Thematik der Subkommission BVG mehr Zeit für Abklärungen eingeräumt werden sollte. In der Gesamtabstimmung nahm der Nationalrat die Vorlage mit 115 zu 57 Stimmen an. Die SP und die Grünen sprachen sich dagegen aus.⁷

PARLAMENARISCHE INITIATIVE
DATUM: 25.04.2013
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2012 reichte Toni Bortoluzzi (svp, ZH) eine parlamentarische Initiative zur **Streichung des Mindestumwandlungssatzes und des Mindestzinssatzes aus dem BVG** ein. Da das BVG überreglementiert sei und die Regeln zur zweiten Säule zu rigide ausgestaltet seien, sollten technische Grössen wie der Mindestumwandlungssatz oder der Mindestzinssatz zukünftig nicht mehr im Gesetz geregelt werden. Dadurch könne auch der Wettbewerb zwischen den Anbietern von Vorsorgelösungen verstärkt werden.

Im April 2013 beschloss die SGK-NR mit 14 zu 8 Stimmen, der Initiative aufgrund des grossen Handlungsbedarfs Folge zu geben: Wegen dieser gesetzlichen Bestimmungen müssten die Pensionskassen bisher ungedeckte Leistungen ausrichten, wurde argumentiert. Im August 2013 sistierte jedoch die SGK-SR die Vorlage einstimmig, da die Thematik des Mindestumwandlungssatzes und Mindestzinssatzes im Rahmen der Altersvorsorge 2020 anzugehen sei. Nach ihrer Erstberatung der Altersvorsorge 2020 beschloss die SGK-SR anfangs September 2015, der Initiative keine Folge zu geben. Die AHV-Reform solle nicht durch weitere Elemente überladen werden, erklärte die Kommission.

Im Januar 2017 befasste sich die SGK-NR erneut mit dem nach dem Ausscheiden von Toni Bortoluzzi aus dem Nationalrat von Thomas de Courten (svp, BL) übernommenen Vorstoss und beschloss, die Initiative zu sistieren. Stattdessen wurde eine Motion 16.3350 eingereicht, die dasselbe Ziel verfolgte, jedoch leicht anders formuliert war.⁸

MOTION
DATUM: 11.06.2018
ANJA HEIDELBERGER

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

In der Sommersession 2018 behandelte der Nationalrat die Motion zusammen mit der

von Thomas de Courten (svp, BL) übernommenen parlamentarischen Initiative Bortoluzzi (svp, ZH, Pa. Iv. 12.414), die eine Streichung der Regelungen zum Mindestumwandlungssatz und zum Mindestzinssatz aus dem BVG beabsichtigte. In der Parlamentsdebatte argumentierte de Courten, dass man bei der Aufnahme des Umwandlungssatzes ins Gesetz im Rahmen der ersten BVG-Revision – zuvor war dieser in der entsprechenden Verordnung geregelt gewesen – die dadurch entstehenden Schwierigkeiten nicht vorhergesehen habe. Heute läge das Hauptproblem des BVG «objektiverweise» darin, dass Umwandlungssatz und Mindestzinssatz im Gesetz geregelt sind. Das Volk habe eine Senkung des Umwandlungssatzes nun mehrmals abgelehnt und «man muss nicht immer wieder den gleichen Fehler machen und mit dem gleichen Vorschlag nochmals vor die Bevölkerung treten.» Man solle daher «eine etwas andere Lösung anstreben». Diese technischen Parameter hätten zudem mit politischen Beurteilungen nichts zu tun, da sie von zwischen den Kassen stark schwankenden Werten abhingen. Zukünftig solle es daher den Pensionskassen überlassen werden, zu entscheiden, wie sie die Mindestziele erreichen – weiterhin sei eine Ersatzquote von 60 Prozent durch die erste und zweite Säule zu gewährleisten, erklärte de Courten. Diesen Überlegungen widersprach Minderheitssprecherin Gysi heftig: Durch die Vorstösse «soll dem Volk das Recht genommen werden, in dieser doch so wichtigen Frage mitzusprechen». Es gehe eben nicht um technische Daten, sondern um eine hochpolitische Frage, nämlich um die Höhe der Renten der zweiten Säule. Auch Gesundheitsminister Berset erachtete die Frage eindeutig als politisch. Zudem seien die Aufnahme des Umwandlungssatzes ins Gesetz sowie seine Senkung von 7.2 auf 6.8 Prozent vom Parlament beschlossen und von den Stimmbürgern nicht widerrufen worden – insofern gebe es diesbezüglich also bereits (Volks-)Entscheide. Daher mache es keinen Sinn, den Umwandlungssatz plötzlich aus dem Gesetz zu nehmen. Trotz dieser Einwände nahm der Nationalrat die Motion mit 127 zu 55 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) an und stimmte mit 127 zu 59 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) zu, der parlamentarischen Initiative Bortoluzzi Folge zu geben.⁹

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 01.04.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2019 lancierte das Komitee «Vorsorge Ja – aber fair» die Volksinitiative «**Für eine generationengerechte Altersvorsorge (Vorsorge Ja – aber fair)**». Sie verlangt als allgemeine Anregung, dass die finanzielle Stabilität von AHV und beruflicher Vorsorge langfristig und «unter Wahrung der Generationengerechtigkeit» sichergestellt wird. Die Altersrenten der beruflichen Vorsorge sollen demnach laufend an Anlageerträge, Anlagerisiko, Demografie und Teuerung angepasst werden. Auch laufende Altersrenten der beruflichen Vorsorge sollen «in moderaten Schritten» gesenkt oder erhöht werden können. Überdies soll die berufliche Vorsorge weiterhin im Kapitaldeckungsverfahren erfolgen müssen und die Leistungen nicht nach Nominalwert der Rente, sondern zur Sicherung des Lebensstandards festgelegt werden. Zudem soll das Referenzrentenalter unter Berücksichtigung der Lebenserwartung regelmässig angepasst werden.

Kopf des Komitees ist Josef Bachmann, der 17 Jahre lang Geschäftsführer der Pensionskasse des Beratungsunternehmens PWC war, bevor er in Rente ging. Diese Pensionskasse war es auch, die ein Modell schaffen wollte, bei dem die laufenden Renten – wie in der Initiative vorgesehen – hätten steigen oder sinken können, damit jedoch vor Bundesgericht scheiterte. Bachmann begründete seine Initiative damit, dass die ursprüngliche Idee der Pensionskasse, dass jeder sein eigenes Alterskapital anspart, heute nicht mehr gegeben sei. Stattdessen subventionierten die Aktiven die Renten der Pensionierten. Zukünftig sollten die Renten daher wenn nötig reduziert werden, wobei Rentnerinnen und Rentner mit zu tiefer Rente durch Ergänzungsleistungen unterstützt werden sollten. Die übrigen Mitglieder des Komitees seien gemäss Bachmann Personen, «die sich beruflich oder ehrenamtlich mit Pensionskassen beschäftigen», darunter auch die Nationalräte Franz Grüter (svp, LU), Bruno Pezzatti (fdp, ZG), Thomas Weibel (glp, ZH) und der ehemalige Nationalrat Toni Bortoluzzi (svp, ZH).

Auf grosse Ablehnung stiess das Anliegen beim Gewerkschaftsbund, da viele Rentnerinnen und Rentner auf eine sichere und fixe Rente angewiesen seien. Diese «verantwortungslose Initiative» greife das Fundament der Pensionskassen an. Diese dienten nämlich auch dazu, die Schwankungen der Kapitalmärkte langfristig über alle Versicherten zu verteilen. Auch der Pensionskassenverband Asip zeigte sich nicht begeistert von der Initiative und nannte sie eine Gefahr für die Verlässlichkeit des Systems.

Die Sammelfrist dauert vom 2. April 2019 bis zum 2. Oktober 2020.¹⁰

MOTION

DATUM: 26.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

Wie bereits der Nationalrat in der Sommersession 2018 behandelte auch der Ständerat die Sistierung der Motion der SGK-NR für eine **Entpolitisierung der technischen Parameter im BVG** zusammen mit der parlamentarischen Initiative Bortoluzzi (svp, ZH; Pa.Iv. 12.414) für eine Herauslösung der technischen Parameter aus dem BVG. Einstimmig hatte sich die SGK-SR zuvor erneut für eine Sistierung der Motion ausgesprochen. Dies begründete Konrad Graber (cvp, LU) damit, dass die Diskussion um die technischen Parameter in der neusten Revision der beruflichen Vorsorge geführt werden müsse und eine parallele Behandlung hier keinen Mehrwert bringe. Stillschweigend sprach sich der Ständerat in der Folge für die Sistierung aus.¹¹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 26.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

Wie bereits der Nationalrat in der Sommersession 2018 behandelte auch der Ständerat die parlamentarische Initiative Bortoluzzi (svp, ZH) für eine **Herauslösung der technischen Parameter aus dem BVG** zusammen mit der Frage nach einer Sistierung der Motion der SGK-NR für eine Entpolitisierung der technischen Parameter im BVG (Mo. 16.3350). Diskussionslos folgte der Ständerat dem Antrag der SGK-SR, der Initiative keine Folge zu geben. Konrad Graber (cvp, LU) erklärte, dass die Diskussion um die technischen Parameter in der neusten Revision der beruflichen Vorsorge geführt werden müsse und es keinen Sinn mache, hier «auf zwei Gleisen zu fahren».¹²

Krankenversicherung

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 21.04.1999
MARIANNE BENTELI

Auch im **Nationalrat** war es die **Globalbudgetierung** im ambulanten und teilstationären Bereich, die am meisten zu reden gab. Gegen den mit 10 zu 8 Stimmen gefassten Antrag der vorberatenden Kommission auf Zustimmung zum Bundesrat **folgte** die grosse Kammer mit 92 zu 73 Stimmen **dem Ständerat**. Eine bürgerliche Mehrheit befürchtete, mit dieser „dirigistischen“ Massnahme würde das Gleichgewicht mit dem Spitalbereich gestört und ein erster Schritt in Richtung Rationierung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens getan. In den meisten anderen Punkten der Revision schloss sich der Nationalrat ebenfalls der kleinen Kammer an. Er verabschiedete aber noch mehrere Zusatzanträge, so etwa eine Befreiung einzelner Leistungen der Prävention von der Kostenbeteiligung sowie den **Übergang vom Prinzip des „Tiers garant“** (heutige Regelung, wonach der Versicherte die Arztrechnung bezahlt und vom Versicherer Vergütung verlangt) **zu jenem des „Tiers payant“** (Verrechnung direkt zwischen Arzt und Versicherung). Diskussionslos wurde auch die erst später in die Vorlage eingefügte Bestimmung gutgeheissen, wonach Versicherer, welche sich aus der Grundversicherung in einzelnen Kantonen zurückziehen, einen Teil ihrer Reserven in einen Ausgleichsfonds einzuspeisen haben (gewissermassen eine „Lex Visana“); verstärkt wurde in diesem Zusammenhang auch die Oberaufsicht des BSV über die finanzielle Situation der Krankenkassen. Trotz Bedenken von Bundespräsidentin Dreifuss wurde ein Antrag Raggenbass (cvp, TG) angenommen, welcher die Krankenkassen vom **Zwang befreien** möchte, **mit allen Leistungsanbietern Tarifverträge abzuschliessen** (siehe oben, Teil I, 7b, Gesundheitspolitik). Mit 85 zu 80 Stimmen setzte sich zudem ein Antrag Gross (sp, TG) durch, der die Grundlagen des **Risikoausgleichs** erweitern wollte. Neben den Kriterien Jung/Alt und Mann/Frau sollte zusätzlich das Hospitalisierungsrisiko berücksichtigt werden. Die aufgestockten **Bundesbeiträge zur Prämienverbilligung** wurden gegen einen Antrag Bortoluzzi (svp, ZH), der die Subventionen auf dem bisherigen Stand einfrieren wollte, mit 118 zu 36 Stimmen **genehmigt**. Ein Antrag Jaquet (sp, VD), dass die Kantone die Bundessubventionen zu 100% abzuholen und gemäss den gesetzlichen Vorgaben aufzustocken haben, wurde hingegen abgelehnt.¹³

POSTULAT

DATUM: 06.10.2000
MARIANNE BENTELI

Nicht behandelt werden konnten im Berichtsjahr zwei Postulate, welche die paradoxe Situation thematisierten, dass die Krankenkassen heute die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch übernehmen, jene für die Prävention aber nicht. Nationalrätin Dormann (cvp, LU) wollte den Bundesrat verpflichten, ärztlich verordnete **Verhütungsmittel** in den Grundleistungskatalog aufzunehmen, Nationalrätin Maury Pasquier (sp, GE) erhob die gleiche Forderung für die **freiwillige Sterilisation** (Po. 00.3363). Beide Parlamentarierinnen stellten fest, dass – abgesehen von ethischen Überlegungen – Präventionsanstrengungen die Krankenversicherung letztlich weniger kosten als die Abdeckung eines Schwangerschaftsabbruchs resp. einer Geburt, ganz zu schweigen von den sozialen Kosten einer nicht gewollten oder nicht verantwortbaren Schwangerschaft. Obgleich der Bundesrat bereit war, beide Postulate entgegen zu nehmen, wurden sie von Abgeordneten der SVP bekämpft – jenes von Dormann von Haller (BE), jenes von Maury Pasquier von Bortoluzzi (ZH) – und damit vorderhand einem

Beschluss des Rates entzogen. Noch weniger Erfolg hatte eine Motion Maury Pasquier zur Rückerstattung der Leistungen von **Podologen** für die Fusspflege bei Diabetikern (Mo. 98.3481). Bundesrat Dreifuss erklärte, ihr Departement habe diese Frage bereits geprüft und negativ entschieden, da diese Dienstleistung vom Pflegepersonal in Spitälern und Heimen sowie den Spitex-Diensten angeboten werde; ein Grundsatz des KVG sei es, keine neuen Berufsgruppen zur sozialen Krankenversicherung zuzulassen, wenn eine Leistung schon von einer anderen anerkannten Berufsgruppe erbracht wird. Die Motion wurde mit 62 zu 41 Stimmen abgelehnt. Ebenfalls verworfen wurde eine Motion Gysin (sp, BS), die verlangte, die **Krankentransporte** sollten vollumfänglich (und nicht wie heute in der Regel zu 50%) von der Grundversicherung übernommen werden (Mo. 983620). Gysin dachte dabei vor allem an schwerst kranke Langzeitpatienten, die mehrmals wöchentlich eine nicht zu Hause durchführbare Behandlung (Bestrahlung, Dialyse usw.) benötigen. Bundesrätin Dreifuss erinnerte daran, dass diese Frage bei der Einführung des neuen KVG geprüft worden sei, angesichts der schwierigen Überprüfbarkeit aber nicht Eingang ins Gesetz gefunden habe.¹⁴

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 10.09.2002
MARIANNE BENTELI

Die Entwicklungen im Krankenversicherungsbereich, insbesondere die vor allem wegen der Mengenausweitung ständig über der Erhöhung der effektiven Gesundheitskosten liegenden Prämienaufschläge der Krankenkassen gehören heute zu den Hauptsorgen der Bevölkerung. Im Berichtsjahr wurden im Krankenversicherungsbereich **5 Volksinitiativen** lanciert resp. angekündigt, deren Chancen auf Gelingen allerdings recht unterschiedlich einzustufen sind. Ein Westschweizer Komitee, dem als einziger bekannter Politiker Nationalrat Vaudroz (cvp, GE) angehört, startete eine Initiative („Krankenkassenprämien in den Griff bekommen“), die mehr Transparenz bei der Festsetzung der Prämien verlangt. Ebenfalls primär aus der Romandie rekrutiert sich ein weiteres Komitee, das auf Internet eine Volksinitiative „für die Aufhebung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ lancierte. Im Kanton Waadt wurde von der PdA mit Unterstützung der Grünen und einer Gewerkschaft eine Initiative lanciert, die eine kantonale Einheitskasse für die Grundversicherung verlangt. Die Westschweizer Familienbewegung „Mouvement populaire des familles“ verabschiedete im Sommer ein Initiativprojekt für eine nationale **Einheitskasse** mit einkommensabhängigen Prämien in der Grundversicherung. Unterstützung fand sie bei der Grünen Partei der Schweiz, der PdA sowie weiteren Organisationen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich. Die Gesundheitsdirektoren der Westschweiz und des Tessin erklärten, mittelfristig eine öffentliche Einheitskasse für die ganze Schweiz anzustreben, konnten sich aber über die Modalitäten noch nicht einigen. Noch nicht lanciert, aber von den Delegierten mit grossem Mehr angenommen wurde eine Volksinitiative der **SVP** („für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“). Wie der Präsident des Initiativkomitees, der Zürcher Nationalrat Bortoluzzi ausführte, will seine Partei damit gegen den „Zwang zur Überversicherung“ und eine „rücksichtslose Solidaritätsverpflichtung um jeden Preis“ angehen. Neben der ohnehin aufgegleisten Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern schlug die SVP ihren Delegierten eine **Reduktion der obligatorischen Grundversicherung** auf einen minimalen Standard vor. Was medizinisch nicht dringend notwendig, sondern nur erwünscht ist, soll freiwillig in Zusatzversicherungen versichert werden. Bund und Kantone sollen sich mit 50% an der Finanzierung der Grundversicherung beteiligen. Definitiv gescheitert ist die „miniMax-Initiative“, für welche vor allem die EDU Stimmen sammelte. Auch sie hatte die Zweiteilung der Grundversicherung in einen reduzierten obligatorischen Leistungskatalog und freiwillige Zusatzversicherungen postuliert.¹⁵

MOTION
DATUM: 24.03.2006
MARIANNE BENTELI

2005 waren im Nationalrat drei völlig identische Motionen (05.3589, 05.3590 und 05.3592) Galladé (sp, ZH), Häberli-Koller (cvp, TG) und Teuscher (gp, BE) bezüglich der **Leistungen bei Mutterschaft** von Bortoluzzi (svp, ZH) trotz Zustimmung von Bundesrat und Kommission bekämpft und damit der Diskussion vorderhand entzogen worden. Die Motionärinnen kritisierten, dass das 1996 in Kraft getretene neue KVG die Leistungen bei einer unkomplizierten Schwangerschaft und Geburt vom Selbstbehalt befreit, nicht aber bei einer Risikoschwangerschaft, resp. dass die Formulierung im KVG unklar ist, weshalb das Eidg. Versicherungsgericht in mehreren Präzedenzurteilen zu Gunsten des Selbsthalts entschieden hat. Im Berichtsjahr nun wurde eine ebenfalls gleich lautende Motion Gutwiller (fdp, ZH) diskussionslos angenommen, worauf sich der Ständerat ebenfalls ohne Gegenstimme anschloss.¹⁶

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

Im **Nationalrat** bezeichnete Kommissionssprecher Bortoluzzi (svp, ZH) die Initiative als falschen Weg, um die Mängel im Gesundheitswesen zu beheben. Die Position der Versicherten würde mit einer Einheitskasse nicht gestärkt. Vielmehr verunmögliche diese die nötige verstärkte wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems. Als Sprecherin der Kommissionsminderheit warb Goll (sp, ZH) für die Initiative. Die zehnjährige Erfahrung mit dem KVG habe gezeigt, dass der viel gepriesene Wettbewerb unter den Krankenkassen versagt habe. Die Kassen seien zu den grössten Kostentreibern geworden, da sie bei der Jagd nach guten Risiken Millionenbeträge für Werbekosten aufwenden würden. Die Umsetzung der Initiative sei einfach. Im Sozialversicherungsbereich gebe es analoge Modelle, die gut funktionieren, so etwa die AHV, die ALV oder die Unfallversicherung mit dem Quasimonopol der Suva. Ruey (lp, VD) zeigte sich im Namen der FDP-Fraktion überzeugt, dass die Einheitskasse kein einziges Problem im Gesundheitswesen löse; vielmehr verschlechtere ein solches Monopol das System, schränke die Freiheit der Versicherten ein und erhöhe die Ausgaben. Humbel Näf (cvp, AG) vertrat als Sprecherin der CVP-Fraktion die Auffassung, dass mit dem vorgeschlagenen Prämiensystem die niedrigen Einkommen sowie der Mittelstand stärker belastet würden. Zudem sei eine Einheitskasse kostentreibend und führe in die Staatsmedizin. Gegenteiliger Meinung war Fehr (sp, ZH), die im Namen der SP die Initiative unterstützte. Vor allem die mittleren Einkommen und die Familien würden von der Einheitskasse profitieren. In der ausgedehnten Debatte lehnten die bürgerlichen Fraktionen die Initiative ab. Von dieser Seite wurde auch befürchtet, dass ein Systemwechsel zu einer verstärkten Rationierung führe. Wenn der Staat sparen müsse, werde er direkt Einfluss auf die Leistungen einer Einheitskasse nehmen. Unterstützt wurde die Initiative von den geschlossenen Fraktionen der Grünen und der SP. Der Rat entschied sich schliesslich mit 109 zu 61 Stimmen gegen das Begehren.¹⁷

Im Rahmen der **Differenzbereinigung** unterbreitete im Ständerat die Kommissionsmehrheit eine **modifizierte Formulierung** für den Gegenvorschlag. Darin soll die bestehende Gesundheitspolitik festgeschrieben werden mit Betonung eines regulierten Wettbewerbs, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit. Als neue „Eckzähne“ würden die Vertragsfreiheit und die monistische Finanzierung aufgenommen. Die Diskussion im Rat drehte sich erneut um die grundsätzliche Frage, ob ein direkter Gegenvorschlag überhaupt sinnvoll sei. Für Frick (cvp, SZ) stellte der Gegenvorschlag das Gesundheitswesen auf eine klarere und bessere Grundlage auf Verfassungsstufe. Mehrere bürgerliche Ratsmitglieder knüpften ihr Ja zum Gegenvorschlag an die Forderung, dass die SVP ihre Initiative vor der Schlussabstimmung zurückziehe. Eine Kommissionsminderheit aus der SP beantragte, sowohl die Initiative wie auch den modifizierten Gegenvorschlag abzulehnen. Bundesrat Couchepin unterstützte die Kommissionsminderheit und gab zu bedenken, dass das Volk nicht einfach allgemeinen Grundsätzen zustimme, wenn es die konkreten Konsequenzen nicht kenne. Der Entscheid für den Gegenvorschlag fiel schliesslich überaus knapp aus – bei 20 zu 20 Stimmen mit Stichentscheid des Präsidenten (Brändli, svp GR). Im Nationalrat empfahl die Kommissionsmehrheit erneut den Gegenvorschlag zur Ablehnung. Der Minderheitsantrag, am Gegenvorschlag in der Fassung des Ständerates festzuhalten wurde von einer Koalition aus SVP, FDP und CVP unterstützt und setzte sich mit 108 zu 67 durch. Vor der Schlussabstimmung erklärte Bortoluzzi (svp, ZH) im Namen seiner Partei, unter diesen Vorzeichen sei die SVP bereit, ihre Volksinitiative zurückzuziehen. Die Initiative wurde am 10. Januar 2008 zurückgezogen.¹⁸

Als weiteres Teilpaket der KVG-Revision hatte der Bundesrat dem Parlament im Jahre 2004 seine Botschaft zu **Managed Care**, also integrierten Versorgungsnetzen mit Budgetverantwortung, vorgelegt. Insbesondere sollte der heute geltende Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern aufgehoben werden, um kostengünstiger arbeitende Ärztenetzwerke nachhaltiger zu fördern. Dieser Teilbereich hatte aufgrund von Widerstand in der Ärzteschaft jahrelang in der Kommission des Ständerates verharret. Erst in diesem Jahr konnten sich die beiden Kammern darauf einigen, den Zulassungsstopp für die Eröffnung neuer Arztpraxen bis 2009 weiterzuführen.

Die Botschaft des Bundesrates sah aber auch Neuerungen bei der **Medikamentenpreisbildung** vor. Dieses Jahr ging die Vorlage nun in die Differenzbereinigung. Hierbei behandelte der Ständerat vor allem die Frage der Definition von preisgünstigen Arzneimitteln und die entsprechende Versorgung. Die Kommissionmehrheit des Ständerates empfand die Formulierung des Nationalrates als verwirrend, wonach bei der Beurteilung der Preisgünstigkeit nicht nur der möglichst geringe Aufwand für die Heilwirkung, sondern auch die Kosten für Forschung und Entwicklung angemessen berücksichtigt werden müssen. Der Ständerat stimmte dem Vorschlag seiner Kommission mit 25 zu 13 Stimmen zu, welche als Ersatz für den besagten Artikel vorschlägt, den Bundesrat zu beauftragen, für eine preisgünstige Arzneimittelversorgung in der obligatorischen Krankenversicherung zu sorgen. Im Nationalrat stiess diese Streichung der angemessenen Berücksichtigung von Forschung und Entwicklung auf taube Ohren. Die Kommissionmehrheit verlangte an der früher vom Nationalrat beschlossenen Formulierung festzuhalten und siegte mit 111 zu 66 Stimmen. Der Ständerat strich zur Verabschiedung der Vorlage diesen Absatz 3. Die Kommission des Nationalrates hingegen schloss sich dem Streichungsvorschlag des Ständerates nicht an und machte einen neuen Vorschlag für den umstrittenen Absatz. Die Bedeutung dieses Absatzes war im Nationalrat sehr umstritten. Während Vertreter der SVP ihn als das Herzstück der Teilrevision betrachteten, war die SP gegenteiliger Ansicht und sah in ihm den überflüssigsten Teil der Revision. Der Nationalrat folgte der Kommissionmehrheit und entschied sich mit 108 zu 65 Stimmen für die neue Formulierung.

Die damit notwendig gewordene Einigungskonferenz schloss sich dem Vorschlag des Ständerates an und beantragte mit 15 zu 10 Stimmen die Streichung des umstrittenen Absatzes. Der Ständerat folgte dem Antrag der Einigungskonferenz diskussionslos. Im Nationalrat beantragte eine Minderheit Bortoluzzi (svp, ZH), den Antrag der Einigungskonferenz abzulehnen. Das Ergebnis sei unbefriedigend, da ein wesentliches Element, nämlich der Aspekt der Wirtschaftlichkeit im Zulassungsverfahren, willkürlich aus der Revision herausgebrochen worden war. Eine Mehrheit der FDP stimmte ebenfalls gegen den Vorschlag der Einigungskonferenz. Die SP Fraktion warb für Zustimmung, konnte aber keine Mehrheit finden. Der Nationalrat lehnte den Antrag der Einigungskonferenz mit 97 zu 83 Stimmen ab. Damit war die Vorlage zu den Medikamentenpreisen gescheitert.¹⁹

Eine parlamentarische Initiative der SGK des Nationalrates sah eine umfassendere Lösung des Problems der **Nichtbezahlung von fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen** vor. Die Vorlage der Kommission verlangte im Wesentlichen, dass die Kantone 85% der Forderungen übernehmen, für welche ein Verlustschein ausgestellt wurde. Um künftig zu verhindern, dass diejenigen Versicherten, denen die Prämienverbilligung direkt ausgerichtet wird, diese Gelder für andere Zwecke einsetzen, sollten alle Kantone verpflichtet werden, die Prämienverbilligungen an die Versicherer auszurichten. Im Nationalrat war das Eintreten auf die Vorlage unbestritten und die Fraktionen waren sich einig, dass das Problem der Nichtzahlung von Krankenkassenprämien und der Sistierung von Leistungen gelöst werden muss. Auch der Bundesrat unterstützte die Fassung der Kommission. Ein Minderheitsantrag Triponez (fdp, BE) forderte, dass die Versicherer die im Nachhinein bei den Versicherten eingetriebenen Schulden vollständig für sich behalten können. Dies sollte einen Anreiz für die Versicherer schaffen, die Schulden überhaupt einzutreiben. Der Nationalrat nahm den Minderheitsantrag mit 101 zu 69 Stimmen an. Ein weiterer Minderheitsantrag Bortoluzzi (svp, ZH) war ebenfalls erfolgreich und wurde mit 109 zu 58 Stimmen angenommen. Dieser Antrag schlug vor, dass Kantone Listen erstellen können von Personen, die trotz Mahnung und Betreibung ihre Prämien nicht bezahlen. Als Modell sollte dabei der Kanton Thurgau dienen, der diese Massnahme bereits mit Erfolg praktiziert. In der Gesamtabstimmung nahm der Nationalrat die Vorlage mit 165 zu 1 Stimme an.²⁰

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

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

projet initial a été vidé de sa substance. Le groupe a critiqué l'accroissement des charges sur les assurés et l'absence d'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux. Le groupe écologiste et le bloc bourgeois se sont montrés majoritairement favorables à la proposition estimant qu'elle demande une participation de tous les acteurs, renforce la médecine de famille et freine l'augmentation des prestations. Les députés ont donc accepté par 111 voix contre 39 la proposition. Au vote final, et après avoir corrigé une lacune relative aux dispositions transitoires en maintenant la législation en vigueur dans les cantons ne disposant pas de réseau, la chambre haute et la chambre basse ont adopté le projet par respectivement 28 voix contre 6 et 133 voix contre 46 et 17 abstentions. Dans cette dernière chambre, la majorité du groupe socialiste, un tiers du groupe écologiste et une partie du groupe UDC se sont opposés au projet. Un groupe de praticiens réunissant des spécialistes libéraux et des médecins favorables à la caisse unique ainsi que l'USS ont annoncé vouloir lancer un référendum.²¹

MOTION

DATUM: 12.12.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a adopté par 92 voix contre 60 une motion de la CSSSP-CN chargeant le Conseil fédéral d'inclure les questions spécifiques aux maladies chroniques, aux personnes atteintes de pathologies multiples ainsi qu'aux patients traités en gériatrie dans **l'analyse sur les effets du nouveau financement hospitalier** afin de garantir la qualité générale des soins. Une minorité Bortoluzzi (udc, ZH) soutenue par la majorité du groupe UDC et une partie du groupe PLR a proposé le rejet de la motion sans succès.²²

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 22.01.2013
FLAVIA CARONI

Bereits im Vorjahr hatte die Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) zwei ähnlich lautenden parlamentarischen Initiativen der Sozialdemokratischen (11.473) und der FDP-Liberalen (12.446) Fraktion zur **raschen Einführung eines wirksamen Risikoausgleichs** Folge gegeben. Im Januar des Berichtsjahres stimmte auch ihre ständerätliche Schwesterkommission zu. Konkret wird ein verfeinerter Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen zur Eindämmung der Jagd nach guten Risiken gefordert, wie er als Teil der 2012 an der Urne gescheiterten Managed-Care-Vorlage unbestritten gewesen war. Dabei soll die Festlegung der geeigneten Indikatoren dem Bundesrat überlassen werden. Im Dezember beriet der Nationalrat die Initiativen als Erstrat in einer ausführlichen Debatte. Die Befürworter argumentierten, der aktuelle Risikoausgleich sei ungenügend, weshalb sich die Kosteneinsparungsbemühungen der Kassen auf Risikoselektion konzentrierten, anstatt darauf, mit den Leistungserbringern effiziente Behandlungslösungen auszuhandeln. Dies stehe dem eigentlich beabsichtigten Markt zwischen den Versicherern entgegen, verteuere das gesamte System und laufe dem Solidaritätsgedanken in der Krankenversicherung zuwider. Ein besserer Risikoausgleich könne ein solches Verhalten einschränken, wenn auch nicht völlig unterbinden. Eine Minderheit Bortoluzzi (svp, ZH) beantragte Nichteintreten. Der verfeinerte Risikoausgleich sei als Teil des Managed-Care-Pakets vom Volk abgelehnt worden und solle daher nicht wieder aufgegriffen werden. Die Wirksamkeit der 2012 eingeführten Berücksichtigung früherer Spitalaufenthalte zur Einschätzung des Krankheitsrisikos sei noch nicht eruiert, die Erfassung generiere bei den Versicherern einen erheblichen Verwaltungsaufwand und eine Anpassung ändere nichts an der starken Mengenausdehnung, welche das Hauptproblem des Krankenversicherungswesens sei, so die Minderheit. Nur eine konsequente Marktlösung könne Verbesserungen bringen, der Markt werde jedoch mit einem stärkeren Risikoausgleich gar noch eingeschränkt. Unterstützung fand diese Minderheit nur von der SVP-Fraktion. Der Rat beschloss denn auch mit grosser Mehrheit, auf die Vorlage einzutreten. In der Detailberatung verlangte eine Minderheit Bortoluzzi, unterstützt von der SVP, der FDP und der Hälfte der CVP, der Bundesrat habe eine Entwicklung von einem Risiko- zu einem Kostenausgleich zu verhindern. Er solle zur Entwicklung der Indikatoren für ein erhöhtes Krankheitsrisiko mit den Versicherern zusammenarbeiten und die Indikatoren einzeln einer Wirkungsanalyse unterziehen. Die Kommissionsmehrheit sah diese Elemente als selbstverständlich an und betonte, sie würden bei einer expliziten Festschreibung im Gesetz einen Fremdkörper darstellen und bei der Umsetzung für Verwirrung sorgen. Der Rat folgte jedoch mit 95 zu 89 Stimmen knapp der Minderheit. In der Gesamtabstimmung nahm er den Entwurf mit 137 zu 35 Stimmen bei 17 Enthaltungen an, wobei alle Nein-Stimmen und Enthaltungen auf Mitglieder der SVP-Fraktion entfielen. Die ständerätliche Beratung stand im Berichtsjahr noch aus.²³

Die Räte begannen die Beratung des Entwurfs zu einem Bundesgesetz betreffend die **Aufsicht über die soziale Krankenversicherung**, den der Bundesrat im Vorjahr vorgelegt hatte. Das neue Gesetz soll Lücken schliessen, welche bestehen, weil das Krankenversicherungsgesetz (KVG) bei seiner Schaffung 1994 primär auf die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ausgerichtet worden war. Die Aufsicht dagegen ist nach Sicht des Bundesrates bisher ungenügend geregelt. Da eine Integration ins KVG nicht zweckdienlich wäre, soll ein eigenständiges Gesetz geschaffen werden, das in rund 60 Artikeln Verbesserungen im Bereich der finanziellen Sicherheit und Transparenz bietet, die Unternehmensführung der Kassen strenger regelt, die Kompetenzen der Aufsichtsbehörde erweitert und griffige Strafmassnahmen enthält. Konkret beinhaltet der Entwurf Vorschriften zur Unternehmensführung der Kassen mit Unvereinbarkeitsregelungen und Offenlegungspflichten hinsichtlich leitender Organe, welche denen für börsenkotierte Unternehmen ähnlich sind. Für die Aufsicht über Versicherungskonzerne, die sowohl in der Grund- als auch in der Zusatzversicherung tätig sind, soll ein Informationsaustausch zwischen dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und anderen Aufsichtsbehörden, insbesondere der Finanzmarktaufsicht (Finma), ermöglicht werden. Neu sollen die Mindestreserven der Kassen anhand der tatsächlichen Risiken für jede Kasse einzeln berechnet werden. Das Verfahren zur Genehmigung der Prämientarife wird im bundesrätlichen Entwurf präzisiert. Die Prämien müssen in jedem Fall kostendeckend sein; stellen sie sich im Nachhinein als zu tief heraus, muss die Lücke aus den Reserven gedeckt und die Reserven im folgenden Jahr durch eine Prämienhöhung wieder aufgefüllt werden. Die Aufsichtsbehörde soll umgekehrt auch die Rückerstattung zu hoher Prämien anordnen können. Das neue Gesetz soll die bisher bereits üblichen Anordnungen der Behörden zur Sanierung von Kassen auf eine rechtliche Grundlage stellen und im extremen Fall einen Bewilligungsentzug erlauben, bevor der Konkurs über einen Versicherer eröffnet wird. Schliesslich sollen die möglichen Ordnungsbussen bei Zuwiderhandlung für Versicherer und leitende Personen von CHF 5'000 auf neu maximal CHF 500'000 erhöht und auch Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren möglich werden. Erstrat war der Ständerat, der sich des Geschäfts in der Frühjahrsession annahm. Er beschloss dabei auch, die Vorlage mit jener über die Korrektur der zwischen 1996 und 2011 zu viel bezahlten Prämien zu verknüpfen, damit einerseits die Situation der Vergangenheit korrigiert und andererseits Massnahmen für die zukünftige Verhinderung einer Wiederholung dieser Situation getroffen werden können. Trotz diverser Divergenzen, insbesondere des Einwands der Überregulierung seitens der SVP, schien ein gewisser Konsens über die Notwendigkeit eines Ausbaus der Aufsicht zu herrschen. Es wurden keine Nichteintretens- oder Rückweisungsanträge gestellt. Die SGK-S hatte in einem langen Beratungs- und Konsultationsprozess eine Variante zum Entwurf des Bundesrates erarbeitet, welcher der Rat mehrheitlich folgte. So beschloss die kleine Kammer, die Aufsicht über Versicherungsgruppen weniger umfassend zu regeln als dies der Bundesrat vorgesehen hatte: Nach dem Entwurf der SGK sollte das BAG nicht alle Zahlungen zwischen den einzelnen Versicherungszweigen innerhalb der Gruppe überprüfen können. Die Absicht des Bundesrates, zukünftig die Vermittlung von Kunden und die Werbung regeln zu können, ging der Kommissionsmehrheit zu weit, eine Minderheit Bruderer (sp, AG) beantragte jedoch, an der Bestimmung festzuhalten. Der Rat folgte der Minderheit äusserst knapp mit Stichentscheid des Präsidenten Lombardi (cvp, TI). Mit einer deutlichen Mehrheit stimmte die Kammer dagegen für einen Antrag ihrer Kommission, wonach die Grösse des Insolvenzfonds für die Kassen weiterhin durch deren gemeinsame Einrichtung bestimmt werden soll. Der Bundesrat hatte eine Ausrichtung nach den tatsächlich abzudeckenden Risiken vorgesehen, was eine massive Aufstockung des Fonds verlangt hätte. In der Gesamtabstimmung hiess der Rat das neue Aufsichtsgesetz mit 31 zu 4 Stimmen bei 7 Enthaltungen gut. Die Beratung im Nationalrat fand in der Wintersession statt. Hier waren die Divergenzen deutlich ausgeprägter als im Ständerat. So beantragte die von den Mitteparteien unterstützte Kommissionsmehrheit, das Geschäft nach Eintreten mit dem Antrag an den Bundesrat zurückzuweisen, eine Ergänzung und Verbesserung der Aufsicht mit einer Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vorzunehmen und auf die Schaffung eines neuen Gesetzes zu verzichten. Dabei solle er die betroffenen Kreise einbeziehen. Eine Minderheit Bortoluzzi (svp, ZH) beantragte Nichteintreten, eine Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH) die Ablehnung des Rückweisungsantrages. Die Mehrheit argumentierte, der Entwurf überschneide sich inhaltlich mit jenem zur Rückerstattung der zu viel bezahlten Prämien, was bei der Anwendung zu Interpretationsschwierigkeiten führen werde. Er schaffe eine Überreglementierung in einem ohnehin sehr stark beschränkten Wettbewerb und führe zu zusätzlicher Bürokratie. Zudem würde die vorgängige Genehmigung und nachträgliche Korrektur der Prämien durch den Staat de facto zu staatlichen Prämien führen, was das System einer Einheitskasse annähere. Die Minderheit Bortoluzzi vertrat die Ansicht, das bisherige

System der Krankenversicherung habe gute Dienste erwiesen und die derzeitigen Instrumente für die Aufsicht seien ausreichend, würden sie denn konsequent genutzt werden. Der vorliegende Entwurf diene primär der Besänftigung der Befürworter einer Einheitskasse. Schliesslich trat der Rat mit 132 gegen 46 Stimmen bei 8 Enthaltungen auf das Geschäft ein und wies es anschliessend mit 98 zu 83 Stimmen bei 6 Enthaltungen an den Bundesrat zurück. Für die Rückweisungen stimmten SVP und BDP sowie die Mehrheit der FDP und der CVP. Die Antwort des Ständerates auf die Rückweisungsabsicht stand im Berichtsjahr noch aus.²⁴

POSTULAT
DATUM: 02.06.2015
FLAVIA CARONI

Ein in der Sommersession 2015 im Nationalrat beratenes Postulat Lehmann (cyp, BS) behandelte das Thema einer **obligatorischen Pflegekostenversicherung**. Es beauftragt den Bundesrat, Szenarien für verschiedene Modelle zur Finanzierung der Alterspflege vorzulegen und deren politische Umsetzbarkeit zu eruieren. In der Frühjahrsession war das Postulat noch durch Bortoluzzi (svp, ZH) bekämpft und die Behandlung daher verschoben worden. Auch in der Sommersession sprach sich der Gesundheitspolitiker dafür aus, auf die Schaffung einer neuen Sozialversicherung für die Pflegefinanzierung zu verzichten und stattdessen die bereits verfügbaren Institutionen zu nutzen. Der Rat folgte diesem Einwand jedoch nicht und überwies das Postulat mit 130 zu 53 Stimmen gegen den Willen der geschlossen stimmenden SVP-Fraktion.²⁵

Parteien, Verbände und Interessengruppen

Parteien

Grosse Parteien

An ihrer Delegiertenversammlung im August beschloss die SVP mit grosser Mehrheit die Ja-Parole zum Elektrizitätsmarktgesetz. Gemäss einer Repräsentativuntersuchung stimmten die SVP-Sympathisanten dann allerdings klar gegen die Elektrizitätsmarktliberalisierung. Im Mittelpunkt der Debatten stand jedoch die geplante **Krankenkasseninitiative "für tiefere Prämien"**. Nachdem der im Januar verabschiedete, auf dem Dreisäulenmodell basierende Entwurf in der über Internet durchgeführten Vernehmlassung abgelehnt worden war, weil er einer unsozialen Dreiklassenmedizin Vorschub leistete, sah die überarbeitete Version des Begehrens die heutige Zweiteilung der Krankenversicherung in einen obligatorischen und einen fakultativen Teil vor. Die Grundversicherung soll nur die absolut notwendigen Leistungen abdecken; der Rest wird, falls gewünscht, über eine Zusatzversicherung bezahlt. Verlangt wird ausserdem die Aufhebung des Vertragszwangs für Ärzte und die Entflechtung der Spitalfinanzierung. Toni Bortoluzzi räumte ein, dass die Volksinitiative im wesentlichen Reformvorschläge aufnehme, welche sich bereits in der parlamentarischen Beratung befinden; im Berichtsjahr ist das Volksbegehren noch nicht lanciert worden.²⁶

POSITIONSPAPIER UND PAROLEN
DATUM: 26.08.2002
MAGDALENA BERNATH

-
- 1) AB NR, 2000, S. 1193 und 1534 (Mugny); AB SR, 2000, S. 110 f. (Spoerry).
 - 2) AB NR, 2000, S. 62 ff., 351 ff. und 459; AB SR, 2000, S. 102 ff. und 226
 - 3) Pa.lv. 10.431.
 - 4) AB StR, 1999, S. 655 ff. und 724 ff.; AB NR, 1999, S. 1592 ff. und 1756; AB NR, 1999, S. 1596 f.
 - 5) Amtl. Bull. NR, 1992, S. 2423 ff. und 2451 ff.; NZZ, 18.4., 26.5. und 18.11.92; Presse vom 9.12. und 10.12.92.
 - 6) AZ, 24.7.03; SoZ, 27.7.03; Presse vom 13.9.03; NZZ, 2.12.03.
 - 7) AB NR, 2008, S. 1281 ff.
 - 8) Kommissionsbericht SGK-NR vom 22.2.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 26.4.13; Medienmitteilung SGK-SR vom 27.8.13
 - 9) AB NR, 2018, S. 923 ff.; Kommissionsbericht SGK-NR vom 22.2.18
 - 10) BBI 2019, S. 2679 f.; NZZ, 11.6.15; TA, 19.12.18; SGT, 27.3.19; NZZ, 10.4.19; NZZ, TG, 29.4.19; TA, 4.6.19
 - 11) AB SR, 2019, S. 988 f.; Bericht SGK-SR vom 3.9.19 (16.3350)
 - 12) AB SR, 2019, S. 988 f.; Bericht SGK-SR vom 3.9.19 (12.414)
 - 13) AB NR, 1999, S. 736 ff., 740 ff. und 792 ff.; CHSS, 1999, S. 315-317.
 - 14) AB NR, 2000, S. 1197.; AB NR, 2000, S. 370f.; AB NR, 2000, S. 374.
 - 15) BBI, 2002, S. 5121; BBI, 2002, S. 5919ff.; BBI, 2002, S. 785ff.; Lib., 7.2.02.; NZZ, 14.10.02.; NZZ, 27.5.02; WoZ, 30.5. und 21.11.02; Bund, 18.3.02; TA, 10.10.02; Presse vom 14.1., 30.4. und 26.8.; Presse vom 6.2.02.; TA, 14.8.02; 24h, 6.9.02; LT und TG, 10.9.02; TG, 21.10.02.; TA, 15.1.02; NZZ, 8.6.02
 - 16) AB NR, 2006, S. 486; AB SR, 2006, S. 675.
 - 17) AB NR, 2006, S. 535 ff. und 1148.
 - 18) AB SR, 2007, S. 1019 und 1211; AB NR, 2007, S. 1946 ff. und 2075 f.; BBI, 2008, S. 3 ff.
 - 19) AB SR, 2008, S. 10 ff., 590 ff. und 778; AB NR, 2008, S. 746 ff., 1167 ff. und 1469 f.
 - 20) AB NR, 2009, S. 1782 ff.
 - 21) BO CN, 2011, p. 129 ss., 1322 ss., 1620 ss., 1806 s., 1865 s.; BO CE, 2011, p. 344 ss., 770 ss., 1030 s. et 1034 ; Lib., 15.9.11 ; SGT, 6.10.11.
 - 22) BO CN, 2011, p. 2029 s.
 - 23) BBI, 2013, S. 7801 ff.; AB NR, 2013, S. 1987 ff.

- 24) BBl, 2012, S. 1941 ff.; AB SR, 2013, S. 201 ff.; AB NR, 2013, S. 1998 ff., 2031 ff.; NZZ, 18.3. und 19.3.13.
25) AB NR, 2015, S. 811
26) Presse vom 26.8.02.