

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	18.04.2024
Thema	<b>Keine Einschränkung</b>
Schlagworte	<b>Krankenversicherung</b>
Akteure	<b>Bischof, Pirmin (cvp/pdc, SO) SR/CE, Bruderer Wyss, Pascale (sp/ps, AG) SR/CE</b>
Prozesstypen	<b>Keine Einschränkung</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2021</b>

# Impressum

## Herausgeber

Année Politique Suisse  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss)

## Beiträge von

Bühlmann, Marc  
Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja  
Schubiger, Maximilian

## Bevorzugte Zitierweise

Bühlmann, Marc; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Schubiger, Maximilian 2024.  
*Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Krankenversicherung, 2013 – 2020*. Bern:  
Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 18.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	1
<b>Grundlagen der Staatsordnung</b>	1
Institutionen und Volksrechte	1
Parlamentsmandat	1
<b>Sozialpolitik</b>	2
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	2
Ärzte und Pflegepersonal	2
Sozialversicherungen	2
Ergänzungsleistungen (EL)	3
Krankenversicherung	4

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>FINMA</b>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>EL</b>	Ergänzungsleistungen
<b>GRECO</b>	Staatengruppe gegen Korruption
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>ATSG</b>	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
<b>MiGeL</b>	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
<b>WEKO</b>	Wettbewerbskommission

---

<b>AVS</b>	Assurance-vieillesse et survivants
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>FINMA</b>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
<b>AI</b>	Assurance-invalidité
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>PC</b>	Prestations complémentaires
<b>GRECO</b>	Group d'états contre la corruption
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>LPGA</b>	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
<b>LiMA</b>	Liste des moyens et appareils de AOS
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
<b>COMCO</b>	Commission de la concurrence

# Allgemeine Chronik

## Grundlagen der Staatsordnung

### Institutionen und Volksrechte

#### Parlamentsmandat

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 31.12.2017  
MARC BÜHLMANN

Seit der sogenannten «Kasachstan-Affäre» waren einige Monate vergangen und im Parlament schien das Thema **Lobbying im Jahr 2017** – mit Ausnahme einer parlamentarischen Initiative Berberat (sp, NE) mit der Forderung nach transparenterem Lobbying, die von den Räten wie eine heisse Kartoffel hin- und hergeschoben wurde – an Priorität verloren zu haben. Dies sah in der gesellschaftlichen Debatte allerdings etwas anders aus.

Im Frühling sorgte eine Idee von Pierre-Yves Maillard (VD, sp) und Mauro Poggia (GE, mcg) für Schlagzeilen. Die beiden Regierungs- und ehemaligen Nationalräte wollten mit einer Volksinitiative dafür sorgen, dass Parlamentsmitglieder nicht mehr im Verwaltungsrat einer Krankenkasse sitzen oder anderweitig mit einer solchen verbunden sein dürfen. Damit sollten die steigenden Krankenkassenprämien gebremst werden. Die Idee stiess bei betroffenen Parlamentsmitgliedern auf Gegenwehr: Konrad Graber (cvp, LU), Verwaltungsrat der CSS, und Heinz Brand (svp, GR), Präsident des Krankenkassen-Dachverbandes Santésuisse, hielten die Idee für nicht zielführend. Es handle sich um eine «Verunglimpfung der Krankenkassen», gaben sie der Luzerner Zeitung zu Protokoll. Die Unterschriftensammlung für das Begehren wurde im Oktober 2017 gestartet.

Mitte März legte die Staatengruppe gegen die Korruption (Greco), bei der die Schweiz seit 2006 Mitglied ist, einen Bericht vor, der mehrere Schwachstellen im Schweizer Lobbyismussystem aufzeigte und Empfehlungen abgab. Unter anderem sollten Parlamentsmitglieder verpflichtet werden, bei Ratsverhandlungen Interessenkonflikte aktiv offenzulegen. Das Register der Interessenbindungen reiche nicht aus. Zudem müssten finanzielle Interessen von Parlamentarierinnen und Parlamentariern transparent gemacht werden. Dies ist in der Schweiz nach wie vor freiwillig. Die Organisation Lobbywatch veröffentlichte eine Liste, mit der aufgezeigt wurde, dass lediglich 37 Parlamentsmitglieder die Einkünfte aus ihren Mandaten vollständig deklarierten.

Eine Analyse von Forschern der Universitäten Lausanne und Genf um André Mach wurde Mitte Mai von der Sonntags-Zeitung breit aufgemacht. Erstens zeigten die Daten, dass sich die relevanten Interessenbindungen von Parlamentsmitgliedern zwischen 1992 und 2015 mehr als verdoppelt hatten, zwischen 2007 – seit dann müssen auf der Basis des 2002 revidierten Parlamentsgesetzes alle Interessenbindungen obligatorisch angegeben werden – und 2015 haben sie um 20 Prozent zugenommen. Für die Analyse gilt eine Verbindung dann als relevant, wenn ein Mandat einem Sachgebiet zugeordnet werden kann, zu dem das Parlamentsmitglied einen Bezug hat, etwa weil es in einer entsprechenden Kommission sitzt. Zugenommen haben laut der Studie insbesondere Verbindungen zu Interessenverbänden, welche die Parlamentarierinnen und Parlamentarier für Sitzungen, die laut Sonntags-Zeitung auch in Sitzungszimmern im Bundeshaus selber stattfanden, mit «vielen Tausend Franken pro Jahr» entschädigten – der Sonntags-Blick sprach von CHF 20'000 für vier Sitzungen, die Parlamentsmitglieder etwa von der Groupe Mutuel erhalten haben sollen. Der Austausch von Expertenwissen sei zwar für Milizparlamentarier wichtig, allerdings sei nicht klar, weshalb dies entlohnt werden müsse, fragte die Sonntags-Zeitung rhetorisch. Die Zunahme der Bindungen könne freilich durchaus auch als Zeichen für mehr Transparenz gelesen werden, befanden die Forscher. Früher habe Interessenvertretung eher informell und im vorparlamentarischen Prozess stattgefunden. Heute sei die Einflussnahme während des parlamentarischen Prozesses wohl auch aufgrund des grösseren Parteienwettbewerbs wichtiger und werde hier auch etwas transparenter.

Eine Analyse der NZZ, die auf den gleichen Daten des «Observatoriums der Schweizer Eliten (Obelis)» beruhte, brachte ein weiteres Argument für ein zunehmend professionalisiertes Lobbying ins Spiel. Die Zeitung zeigte auf, dass sich die Wirtschaft in den letzten 60 Jahren stark von der Politik entflechtet habe. Vor 60 Jahren habe jedes vierte Parlamentsmitglied ein Spitzenamt in der Wirtschaft belegt, was heute nicht mehr so sei. Die Überlegung liegt nahe, dass das damalige unmittelbare Lobbying durch eine stärker mittelbares und organisierteres abgelöst wurde.

Auf Antrag von Thomas Minder (parteilos, SH) wurde in der Sommersession 2017 von den Parlamentsdiensten eine «Lobbyistenzählung» durchgeführt, wie dies der «Blick» betitelte. Zugang zum Parlament erhält, wer einen der beiden Dauerzutrittsausweise (Badges) besitzt, die jedes Parlamentsmitglied vergeben darf, oder wer einen Tagesausweis erhält, der ebenfalls von Parlamentsmitgliedern ausgestellt werden kann. Während der 11 Tage der Sommersession wurden 127 Lobbyierende mit Dauerzutritt und 386 mit Tagesausweis gezählt. Während die einen die Zahl als «an der oberen Grenze» beurteilten (Pirmin Bischof; cvp, SZ), fanden Lobbyistenkreise die rund 50 Personen pro Tag angemessen (z.B. Andreas Hug; CEO eines Beratungsbüros). Zu reden gab aber die hohe Zahl an Tageskarten. Damit würden die Transparenzregeln unterlaufen, befürchtete Didier Berberat in der Zeitung Le Temps.

Dass Interessengruppen gezielt auf Kommissionsmitglieder zugehen, zeigte eine Mitte Juli 2017 veröffentlichte Untersuchung des Sonntags-Blick zur Gesundheitspolitik. Allerdings – so das Sonntagsblatt – seien es nicht so sehr die Krankenkassen, sondern die Ärzte, Spitäler und Patientenorganisationen sowie die Pharmaindustrie, die viele Mandate vergeben hätten. «Die Genossen mit den Ärzten, die Liberalen mit der Pharma, die CVP mit allen» fasste der Sonntagsblick den Befund zusammen, «wer mit wem im Krankenbett» stecke.<sup>1</sup>

## Sozialpolitik

### Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

#### Ärzte und Pflegepersonal

In einem Postulat Heim (sp, SO) wurde der Bundesrat aufgefordert, gemeinsam mit den Kantonen zu prüfen, wie das Problem der **Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte** gelöst werden könnte. Grundsätzlich soll die Wahlfreiheit betreffend Pflegeplatz für Bedürftige gewährleistet werden. Konkreter steht das Tilgen einer entstehenden Restfinanzierung bei allfälligen Wohnsitzwechseln Pflegebedürftiger im Fokus. Davon seien auch Empfänger von Ergänzungsleistungen betroffen. Der Bund solle unterstützend auftreten, um Lösungen mit den Kantonen herbeizuführen. In einem ähnlich lautenden Postulat Bruderer (sp, AG) (Po. 12.4099) wurde die Klärung dieser Problematik ebenfalls aus dem Ständerat gefordert. Unter Bekräftigung, dass entsprechende Regelungen im Krankenversicherungsgesetz untergebracht werden sollen, beantragte der Bundesrat die Annahme dieser beiden Postulate. Beide Räte folgten ihrer jeweiligen Postulantin und dem Bundesrat und überwiesen die Geschäfte. (Vgl. hier)<sup>2</sup>

### Sozialversicherungen

#### Sozialversicherungen

In der Herbstsession 2018 behandelte der Ständerat die **Revision des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG)**. Für die SGK-SR erklärte Pirmin Bischof (cvp, SO), dass es sich dabei um eine «Klammergesetzgebung» handle, deren Regeln mit Ausnahme der beruflichen Vorsorge für alle Sozialversicherungszweige gelten würden. Das ATSG sei seit seiner Inkraftsetzung 2003 nicht überarbeitet worden, daher sollten nun diverse Revisionsanliegen umgesetzt werden. Ohne Gegenantrag trat die kleine Kammer auf die Vorlage ein. Die SGK-SR hatte sich bei ihren Behandlungen der Vorlage im Frühling und Sommer 2018 mehrheitlich zufrieden gezeigt und mit deutlichen 10 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) vor allem einen grösseren Änderungsantrag geschaffen: Die Bundesversammlung sollte nicht die Kompetenz erhalten, internationale Sozialversicherungsabkommen mit einem einfachen Bundesbeschluss genehmigen zu können. Kommissionssprecher Bischof erklärte, es spiele eben durchaus eine Rolle, ob ein Abkommen zum Beispiel mit Deutschland oder mit der Dominikanischen Republik abgeschlossen werde, da Bestimmungskategorien nicht in allen Staaten gleich beurteilt werden könnten. Deshalb reiche es für die Beurteilung eines Abkommens nicht aus, dass eine ähnliche Bestimmung in einem anderen Abkommen bereits existiere. Gesundheitsminister Berset wies insbesondere darauf hin, dass ein Verzicht auf diese Kompetenzübertragung nicht den Spielraum des Bundesrates, sondern des Parlaments einschränken würde. Stillschweigend folgte die kleine Kammer ihrer Kommission. Zudem entschied sich der Ständerat, den Versicherten nicht die vollständigen Kosten, die durch Überwachungen bei einem ungerechtfertigten Leistungsbezug entstanden

POSTULAT  
DATUM: 22.03.2013  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 18.09.2018  
ANJA HEIDELBERGER

sind, aufzuerlegen, sondern diese auf die «angemessenen Mehrkosten» zu beschränken. Daneben sorgte auch ein Minderheitsantrag Bruderer Wyss (sp, AG) für Diskussionen; mit diesem sollten die neu geschaffene Kostenpflicht bei den Verfahren gestrichen und Kosten wie bisher nur bei mutwilligem oder leichtsinnigem Verhalten einer Partei auferlegt werden. Im IV-Bereich, wo die Kostenpflicht bereits bestehe, habe diese zu einer stärkeren Belastung der Kantone geführt, erklärte die Minderheitsführerin dem Rat. So habe die Anzahl «aussichtsloser» Beschwerden nicht ab-, die Anzahl Gesuche um Gewährung einer unentgeltlichen Prozessführung jedoch zugenommen. Dennoch folgte der Ständerat dem Mehrheitsantrag auf Zustimmung zum bundesrätlichen Entwurf mit 29 zu 14 Stimmen. In der Gesamtabstimmung nahm der Ständerat die Revision des ATSG schliesslich ohne Gegenstimme mit 38 Stimmen und 2 Enthaltungen an.<sup>3</sup>

### **Ergänzungsleistungen (EL)**

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 31.05.2017  
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2017 behandelte der **Ständerat als Erstrat die Reform der Ergänzungsleistungen**. Gemäss Konrad Graber (cvp, LU) waren die Hauptziele der Reform die Optimierung des Systems, die Verwendung von Eigenmitteln für die Altersvorsorge sowie die Reduktion der Schwelleneffekte. Dies alles solle so umgesetzt werden, dass das Niveau der Ergänzungsleistungen grundsätzlich erhalten bleibe. Da jedoch die EL-Ausgaben sowie der Anteil des Bundes gegenüber demjenigen der Kantone stark angestiegen seien, müsse hier Gegensteuer gegeben werden. Weil die Ergänzungsleistungen die Schnittstelle zwischen AHV und Sozialhilfe darstellen, müssten aber die Auswirkungen von allfälligen Änderungen gut durchdacht werden, damit zum Schluss nicht die Sozialhilfe für die Einsparungen aufkommen müsse. Auf Wunsch von Josef Dittli (fdp, UR) wurde seine thematisch mit der Reform verbundene Motion zur Stärkung der Ergänzungsleistungen durch klare Zuordnung der Kompetenzen losgelöst von dieser Reform behandelt.

Der Entwurf des Bundesrates würde bei Bund und Kantonen zu Einsparungen von ungefähr CHF 367 Mio. führen, was jedoch einigen Ständerätinnen und Ständeräten zu wenig weit ging. Josef Dittli zum Beispiel erklärte, dass die Vorlage ein erster Optimierungsschritt sei, danach aber noch eine weitere Reform der Ergänzungsleistungen folgen müsse. Paul Rechsteiner (sp, SG) betonte, dass insbesondere die IV-Rentnerinnen und -Rentner betroffen seien, bei denen mit 45 Prozent fast die Hälfte auf Ergänzungsleistungen angewiesen sei, während dieser Anteil bei den Altersrenten nur etwa 12 Prozent betrage. Dies sei unter anderem auf den Leistungsabbau bei der IV zurückzuführen.

In der Detailberatung waren vor allem die Erhöhung der Höchstbeiträge für anrechenbare Mietzinsen sowie die Möglichkeiten des Kapitalbezugs des Altersguthabens umstritten. Das Thema der Mietzinsmaxima war im Nationalrat bereits mit dem Geschäft 14.098 diskutiert und an die SGK-NR zur Detailberatung zurückgewiesen worden. Diese hatte sich einverstanden erklärt, dass der Ständerat diese Frage im Rahmen der EL-Reform behandle. Inhaltlich entschied sich der Ständerat diesbezüglich gegen je einen unter und über dem Vorschlag der SGK-SR liegenden Minderheitsantrag und erhöhte die Beträge für die Mietzinse gegenüber dem geltenden Recht je nach Wohnregion, die ebenfalls neu geschaffen wurden, um bis zu 300 Franken. Auch die Zusatzbeträge für rollstuhlgängige Wohnungen wurden deutlich erhöht. Eine Systemänderung bezüglich der Festlegung des Betrags für persönliche Ausgaben wünschte sich eine Minderheit Bruderer Wyss (sp, AG), welche diese Kompetenz dem Bund übertragen und so die grossen kantonalen Unterschiede beseitigen wollte. Dieser Vorschlag scheiterte jedoch am Mehrheitsantrag der SGK-SR, welche diese Kompetenz bei den Kantonen belassen wollte. Bezüglich der Anrechnung von Erwerbseinkommen des Ehegatten folgte der Ständerat der SGK-SR, die im Gegensatz zum Bundesrat nur 80 Prozent des Erwerbseinkommens anrechnen wollte, um so einen Erwerbsanreiz zu schaffen. Insgesamt wollten aber sowohl der Bundesrat als auch die SGK-SR die Vermögen stärker berücksichtigen und senkten daher den Freibetrag für Alleinstehende auf CHF 30'000 und für Verheiratete auf CHF 50'000. Beibehalten wurde die Regelung, wonach bei Personen, die selbst oder deren Ehepartner in einer Eigentumswohnung respektive einem Eigenheim wohnen, nur der CHF 112'500 übersteigende Wert einer Liegenschaft beim Vermögen zu berücksichtigen sei. Solange eine betroffene Person oder ihr Partner also eine Liegenschaft noch bewohnen kann, soll diese nicht verkauft werden müssen. Zudem befürwortete die Mehrheit des Ständerats eine von der SGK-SR vorgeschlagene Verschärfung des bundesrätlichen Vorschlages bezüglich der übernommenen Krankenkassenprämien: Der Bundesrat hatte vorgeschlagen, dass die EL in Zukunft die tatsächliche

Krankenkassenprämie vergüten solle, wenn diese tiefer zu liegen komme als die durchschnittliche Prämie. Der Ständerat beschränkte die Vergütung der Prämien jedoch auf die Höhe der Prämie des drittgünstigsten Krankenversicherers im Kanton beziehungsweise in der Region. Im Anschluss an die Beratung dieses Geschäfts überwies der Ständerat jedoch ein Postulat, das den Bundesrat beauftragte, die Folgen eines vollständigen Einbezuges der Krankenkassenprämien in die Berechnung der EL zu prüfen.

Besonders umstritten war die Frage, ob ein vollständiger oder teilweiser Kapitalbezug des Altersguthabens für den obligatorischen Teil der beruflichen Vorsorge im Vorsorgefall möglich sein soll oder nicht. Diesbezüglich war man sich im bürgerlichen Lager nicht einig. Die Mehrheit der SGK-SR wollte die Wahlmöglichkeit zwischen Kapitalbezug, Rente und Mischform streichen und für den obligatorischen Teil nur noch eine Rente ermöglichen. Dies darum, weil es heute möglich sei und auch vorkomme, dass Personen ihre Vorsorgegelder nach dem Kapitalbezug zum Beispiel verspielten oder durch Betrügereien verlören und in der Folge auf Ergänzungsleistungen angewiesen seien. Möglich solle daher lediglich ein Kapitalbezug für den Erwerb von Wohneigentum sein. Mehrere Ständeräte von FDP, CVP, BDP und SVP widersprachen dieser Ansicht und setzten sich für Wahlfreiheit und Selbstverantwortung der Bürger ein. Wegen einiger schwarzer Schafe sollten nicht alle Rentnerinnen und Rentner bestraft werden – so ihr Votum. Hannes Germann (svp, SH) kritisierte dabei die Mehrheit der bürgerlichen Ständeräte, die sonst für Eigenverantwortung plädierten, hier aber von diesem Grundsatz nichts wissen wollten. Thomas Hefti (fdp, GL) reichte einen Antrag ein, wonach zumindest die Hälfte des Altersguthabens bezogen werden können solle, zog diesen aber wegen eines Formulierungsfehlers zugunsten des Antrags Luginbühl (bdp, BE), der sich für eine Beibehaltung des geltenden Rechts und somit der Wahlmöglichkeit einsetzte, zurück. Kommissionssprecher Graber rechnete daraufhin vor, dass bereits die Erhöhung der Mietzinsmaxima die geplanten Einsparungen um CHF 200 Mio. reduziert hatte und dass mit einer Annahme des Antrags Luginbühl gegenüber dem aktuellen Recht kaum noch Einsparungen gemacht würden. In der Folge lehnte der Ständerat den Antrag Luginbühl deutlich ab. Schliesslich stellte sich die Frage, ob der vorzeitige Kapitalbezug zur Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit möglich sein solle. Hier einigte man sich auf einen Kompromissvorschlag: Das bis zum 50. Altersjahr erwirtschaftete Kapital soll bezogen werden können, da dies etwa der Hälfte des insgesamt gesparten Alterskapitals entspricht. In der Gesamtabstimmung nahm der Ständerat die Vorlage einstimmig mit 31 Stimmen bei 12 Enthaltungen an.<sup>4</sup>

## Krankenversicherung

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.<sup>5</sup>

POSTULAT  
DATUM: 18.03.2013  
FLAVIA CARONI

Die kleine Kammer überwies in der Frühlingssession ein Postulat Bruderer (sp, AG) zur **Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten**. Es beauftragt den Bundesrat, gemeinsam mit den Kantonen Lösungen zu finden, damit die Zuständigkeitsfrage möglichst schnell analog zu den Bestimmungen im Gesetz über die Ergänzungsleistungen auch im KVG geregelt werden kann. In der Vergangenheit hatten Unklarheiten immer wieder zu Streitigkeiten zwischen den Kantonen geführt. In derselben Session überwies auch die grosse Kammer ein ähnlich lautendes Postulat (12.4051) Heim (sp, SO), in welchem die Postulantin betont, es habe sich gezeigt, dass interkantonale Vereinbarungen in diesem Bereich schwer zu erreichen seien, weshalb der Bund unterstützend einzugreifen habe.<sup>6</sup>

**MOTION**  
DATUM: 02.03.2016  
FLAVIA CARONI

Ständerat Bischofberger (cvp, AI) hatte Ende 2015 eine Motion eingereicht, mit der er darauf hinwirken wollte, dass die **Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung künftig der Kostenentwicklung angepasst werden**. Dies sollte insbesondere für die tiefste Franchise gelten, die aktuell CHF 300 beträgt, aber auch für die anderen Franchisestufen, welche sich zwischen CHF 500 und CHF 2'500 bewegen. Mittels der Erhöhung der Eigenverantwortung sollte das Kostenwachstum im Gesundheitswesen gedämpft werden, so die Begründung. Dieses beträgt rund vier Prozent pro Jahr und übersteigt damit deutlich das Wachstum der Löhne und Renten; angesichts medizinischer und demografischer Entwicklungen ist eine Abschwächung in nächster Zeit nicht zu erwarten. Der Urheber des Vorstosses erhoffte sich, mittels einer Erhöhung der Minimalfranchise die Anzahl der Mehrfachuntersuchungen und der unnötigen Arztbesuche wegen Bagatellfällen vermindern zu können.

Der Bundesrat beantragte die Ablehnung der Motion. Er halte es zwecks einfacheren Kostenvergleichs durch die Versicherten für angebracht, die Franchisen in runden Beträgen festzulegen. Die Franchisenhöhen würden regelmässig überprüft und wenn notwendig angehoben, was in den letzten Jahren auch mehrmals vorgekommen sei, namentlich mit einer zweimaligen Erhöhung der Minimalfranchise und der Anhebung der Maximalfranchise von CHF 1'500 auf CHF 2'500. Seit der Einführung des KVG sei die von den Versicherten geleistete Kostenbeteiligung (dazu gehört auch der Selbstbehalt von 10%) sogar leicht stärker angestiegen als die von den Versicherungen vergüteten Leistungen.

Im März 2016 entschied der Ständerat, einem Ordnungsantrag Bruderer (sp, AG) folgend, die Motion seiner SGK zur Vorprüfung zu unterbreiten. Dabei sollten weitere Abklärungen bezüglich der technischen Detailfragen vorgenommen werden, welche sich insbesondere aus der Stellungnahme des Bundesrates ergaben.<sup>7</sup>

**POSTULAT**  
DATUM: 13.06.2016  
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2016 beantragte der Bundesrat im Rahmen seines Berichts über die Motionen und Postulate 2015 die Abschreibung der Postulate von Pascale Bruderer Wyss (sp, AG; Po. 12.4099) zur **Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten** sowie von Bea Heim (sp, SO; Po. 12.4051) zur **Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte**. Mit der Veröffentlichung des Berichts und mit Verweis auf die Gesetzesvorlage, die das Parlament aufgrund der parlamentarischen Initiative Egerszegi-Obrist (fdp, AG; Pa.lv. 14.417) in Arbeit hatte, erachtete der Bundesrat beide Postulate als erfüllt. Obwohl die SGK-NR den Nutzen der entsprechenden Arbeiten anerkannte, schlug sie ihrem Rat vor, auf eine Abschreibung des Postulats Heim zu verzichten, «da das schwierige Thema die Kommission noch intensiv beschäftigen» werde. Der Nationalrat folgte dieser Argumentation zwar in der Sommersession 2016, der Ständerat entschied sich hingegen für Abschreiben. Diskussionslos und stillschweigend wurde das Postulat Bruderer Wyss abgeschrieben.<sup>8</sup>

**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.Liberale-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.<sup>9</sup>

**MOTION**  
DATUM: 12.12.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2018 reichte die SGK-SR eine Motion zur **Einschränkung der Vermittlerprovisionen in der OKP** ein. Der Bundesrat sollte die Möglichkeit erhalten, eine entsprechende Branchenlösung unter Sanktionen bei Nichteinhaltung für allgemeinverbindlich zu erklären. Die Branchenlösung sollte ein Verbot der telefonischen Kaltaquise – also des Kontakts zu Personen, zu denen ein Unternehmen eine bestimmte Zeit lang keine Geschäftsbeziehungen unterhalten hatte – sowie Pflichten zu einem von beiden Seiten unterzeichneten Beratungsprotokoll und umfangreichen Ausbildungen für Vermittler beinhalten.

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat die Kommissionsmotion zusammen mit einer Motion von Prisca Birrer-Heimo (sp, LU; Mo. 17.3956), die zukünftig «unverhältnismässige» Ausgaben für Vermittlungsprovisionen verhindern wollte, und einer Standesinitiative des Kantons St. Gallen, die Vermittlungsprovisionen in der OKP gänzlich verbieten wollte. Pascale Bruderer Wyss (sp, AG) erklärte dem Rat für die Kommission, dass mit der Kommissionsmotion die Selbstregulierung der Branche untermauert werden solle, indem Verbindlichkeiten und Sanktionsmöglichkeiten geschaffen würden. Dabei sollte jedoch zwischen Grundversicherung und Zusatzversicherung unterschieden werden, denn obwohl die Branche die Verbindlichkeit auf die Zusatzversicherungen ausweiten wollte, sprach sich die Kommission nach Anhörung der Finma und der Weko aus Angst vor Wettbewerbsverzerrungen dagegen aus. Da die Kommissionsmotion das Anliegen der Motion Birrer-Heimo weitgehend aufnehme, sei diese abzulehnen, erklärte Bruderer Wyss, die eine gleichlautende Motion nach Einreichung der Kommissionsmotion zurückgezogen hatte. Auch die Standesinitiative des Kantons St. Gallen sei abzulehnen, da diese deutlich weiter gehe als die Kommissionsmotion. Gesundheitsminister Berset ergänzte die Ausführungen der Kommissionssprecherin um die aktuelle Situation bezüglich der Branchenlösungen. Die Branche bereite seit Anfang 2018 eine gemeinsame neue Vereinbarung vor, welche die Forderungen der Kommissionsmotion aufnehme. In der Folge nahm der Ständerat stillschweigend die Kommissionsmotion an, lehnte die Motion Birrer-Heimo ab und gab der Standesinitiative des Kantons St. Gallen keine Folge.<sup>10</sup>

**MOTION**  
DATUM: 12.12.2018  
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat die Motion Birrer-Heimo (sp, LU) **gegen unverhältnismässige Ausgaben für Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung** zusammen mit einer Kommissionsmotion, welche die Selbstregulierung der Branche vom Bundesrat für allgemeinverbindlich erklären wollte, und einer Standesinitiative des Kantons St. Gallen, die Vermittlungsprovisionen in der OKP gänzlich verbieten wollte. In der Zwischenzeit hatte Pascale Bruderer Wyss (sp, AG) ihre gleichlautende Motion zugunsten der Kommissionsmotion zurückgezogen. Wie von der SGK-SR vorgeschlagen, entschied sich die kleine Kammer stillschweigend, die Kommissionsmotion, welche einen Grossteil der Forderungen der Motion Birrer-Heimo aufnahm, anzunehmen und letztere abzulehnen.<sup>11</sup>

Zu Beginn einer weiteren Behandlungsrunde zur **Zulassung von Leistungserbringenden** fasste Pirmin Bischof (cvp, SO) in der Wintersession 2019 im Ständerat die Situation aus Sicht der Kommission zusammen: Zwar gebe es in der Kommission keine Minderheiten und beinahe alle Beschlüsse seien einstimmig gefasst worden, jedoch bestünden **noch immer grosse Differenzen zum Nationalrat** sowie teilweise zum Bundesrat.

Wie Bischof gehofft hatte, bereinigte der Ständerat in der Wintersession dann einige Differenzen zum Erstrat: So lenkte er bezüglich der sprachlichen Voraussetzungen zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten auf das Konzept des Nationalrates ein, das eine grosszügigere Anerkennung von Vorkenntnissen vorsah und entsprechend zu weniger Sprachprüfungen führen würde. Zudem stimmte er dem Nationalrat zu, der eine Gabelung der Rechtswege verhindern wollte: Wie bis anhin sollen folglich gesundheitspolitische Verfügungen vor Bundesgericht und sozialversicherungsrechtliche Verfügungen vor dem Bundesverfassungsgericht angefochten werden können. Über seinen Schatten sprang der Ständerat bezüglich der Frage, ob Kantone zur Einschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden sollen oder nicht, ob also die vom Bundesrat vorgeschlagene Kann-Formulierung in eine Muss-Formulierung geändert werden soll. Hatte der Ständerat dies zuvor deutlich abgelehnt, willigte er nun in eine Muss-Formulierung ein, zumal 22 von 26 Kantonen bereits solche Einschränkungen kennen würden.

Die grossen Differenzen der Vorlage blieben jedoch auch nach der ständerätlichen Behandlung bestehen. So konnte die SGK-SR in Rücksprache mit den Kantonen dem neuen nationalrätlichen Vorschlag zur Rollenverteilung zwischen Krankenversicherungen und Kantonen nichts abgewinnen. Die grössere Rolle, die der Nationalrat den Krankenversicherungen bei der Frage zur Aufsicht über die Qualität und Wirtschaftlichkeit habe zukommen lassen wollen, beanspruchten die Kantone sowie die GDK für sich, betonte Bischof. Sie erachteten diesen Vorschlag als «Casus Belli». Die Kommission habe daher einstimmig beschlossen, an ihrer Position festzuhalten und die Sanktionsmöglichkeiten bei Verstössen gegen die Qualitätsauflagen auch bei den kantonalen Behörden zu belassen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dem Antrag auf Festhalten seiner Kommission zu.

Auch einen zwingenden Zulassungsstopp bei einem überdurchschnittlichen Kostenanstieg in einem medizinischen Fachgebiet lehnte der Ständerat ab. Ein solcher würde die Zahl der Spezialisten in den Städten reduzieren, tatsächlich könne er aber auch zu Versorgungsproblemen bei Kinderärzten führen, kritisierte Bischof. So dürfte ein Kanton, der über zu wenige Kinderärzte verfügt, keine solchen mehr einstellen, wenn dies zu Kostensteigerungen gegenüber dem Vorjahr führen würde.

Des Weiteren lehnte der Ständerat die Ausweitung des Beschwerderechts für die Krankenversicherungen gegenüber Beschlüssen der Kantonsregierungen bezüglich der Bandbreiten und Höchstzahlen zugelassener Ärztinnen und Ärzte ab. Damit riskiere man eine Blockade des Systems, befürchtete Bundesrat Berset. Auch diesen Punkt erachte die GDK zudem als Kampfansage an die Kantone, welche die Regeln grösstenteils bereits umsetzen.

«Wahrscheinlich die wichtigste Differenz in der ganzen Vorlage», wie es der Kommissionssprecher formulierte, behandelte der Ständerat zum Schluss – die Verknüpfung der Vorlage mit der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS). Die Kantone liessen sich ungern mit einer Verknüpfung unter Druck setzen, betonte Bischof. EFAS sei «eigentlich noch nirgends» und es brauche noch einige Zeit, damit ein Kompromiss zustande kommen könne. Die Inkraftsetzung der Zulassungsvorlage dulde jedoch keine Verzögerung mehr. Folglich hielt der Ständerat auch bei diesem Aspekt an seiner Position fest und lehnte eine Verknüpfung mit EFAS weiterhin ab.<sup>12</sup>

Noch in derselben Session behandelte auch der Ständerat die Vorlage zur **Zulassung von Leistungserbringenden** ein drittes Mal. Das Geschäft sei «auf gutem Weg», betonte Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO), zumal der Nationalrat mit dem Verzicht auf die Verknüpfung mit EFAS «einen wesentlichen Stolperstein mit den Kantonen aus dem Weg geräumt» habe. Dennoch zeigte sich die SGK-SR nicht bereit, alle Differenzen auszuräumen, und nahm damit eine Einigungskonferenz in Kauf. Zwar lenkte sie bezüglich der Kompetenzverschiebungen zu den Versicherungen im Bereich der Qualitätsprüfung ein – zukünftig sollen somit die Kantone für die Erstzulassung der Leistungserbringenden zuständig sein, während die Krankenversicherungen anschliessend die laufenden Kontrollen über die Qualität der Leistungserbringung übernehmen. Stillschweigend stimmte der Ständerat diesem Entgegenkommen zu. Beim Beschwerderecht für Krankenversicherungen zu kantonalen Erlassen über die Festlegung und Berechnung der Höchstzahlen beharrte die Kommission, und mit ihr die kleine Kammer, jedoch auf ihrer Position. Obwohl die Differenzen in der Frage der

Sprachvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte bereits bereinigt waren, kam die Kommission zudem nach Rücksprache mit den Parlamentsdiensten zur Interpretationsklärung noch einmal auf diesen Punkt zurück. Diesbezüglich seien in den beiden Räten unterschiedliche Äusserungen getätigt worden, erklärte Bischof diesen Schritt. Dieser Artikel sei so zu verstehen, dass zum Beispiel ein Zürcher mit schweizerischer Maturität mit Französisch als Grundlagenfach, wie es in der Schweiz üblich sei, und einem Ärztediplom auch in der Romandie als Arzt arbeiten dürfe. Eine deutsche Ärztin mit Abitur ohne Französisch als Grundlagenfach müsse jedoch in Genf zuerst eine Sprachprüfung ablegen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dieser Klärung zu. Somit wurde bezüglich des Beschwerderechts für Krankenversicherungen sowie der Klärung der Sprachvoraussetzungen eine Einigungskonferenz nötig – anders als erwartet konnte diese aber aufgrund des Sessionsabbruchs nicht mehr in der Frühjahrsession 2020 stattfinden.<sup>15</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 09.09.2020  
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2020 behandelte der Ständerat das von der SGK-NR geschaffene **Paket 1a des Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**, das die weniger umstrittenen Teile des ersten Massnahmenpakets des Bundesrats beinhaltet. Nachdem er ohne Gegenantrag auf die Vorlage eingetreten war, schuf er einige Differenzen zum Erstrat.

Nur eine kleine Änderung gegenüber der nationalrätlichen Version nahm der Ständerat, in Übereinstimmung mit seiner Kommission, bei der Frage der **Rechnungsstellung** im Tiers payant-System vor. Hier ergänzte er stillschweigend einen Passus, wonach die Versicherungen und die Leistungserbringenden abmachen können, dass die Versicherung für die Übermittlung der Rechnungen zuständig sein soll. Mit der Änderung des Nationalrats, wonach die Rechnungen auch elektronisch verschickt oder auf einem Webportal hinterlegt werden können, zeigten sich die Ständerätinnen und Ständeräte hingegen einverstanden.

Für deutlich mehr Diskussionen sorgte die Frage der **Behandlungstarife**, insbesondere die Patientenpauschaltarife bei ambulanten Behandlungen, gemäss Kommissionssprecher Pirmin Bischof (cvp, SO) «ein Herzstück der Vorlage». Neu sollen gemäss Bundesrat vereinbarte Patientenpauschaltarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen, erklärte Bischof. Die Tarife müssten zwar nicht schweizweit identisch sein, wohl aber die in der Rechnung aufgeführten Teile einer Behandlung. Dies habe den Vorteil, dass die Rechnungen gesamtschweizerisch vergleichbar seien. Nachteilig sei hingegen, dass kantonale Differenzen in der Struktur nicht mehr möglich seien. Der Vorteil dieser Änderung liege gemäss Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) auch darin, dass man damit das Risiko einer Mengenausweitung reduzieren könne. «Je mehr man verrechnet, desto mehr verdient man.» Eine Minderheit Müller (fdp, LU) beantragte, auf die Schaffung dieser Patientenpauschalen zu verzichten. Bereits heute gebe es solche Pauschalen und sie würden auch bei ambulanten Behandlungen angewendet. Da sich die Behandlung aber zwischen den verschiedenen Patientinnen und Patienten stark unterscheide, würde eine Vereinheitlichung zu einer Übervergütung von einfachen und zu einer Untervergütung von komplizierten Fällen, welche häufig bei kränkeren und sozial schwächeren Patientinnen und Patienten auftreten, führen. Obwohl die Minderheit Müller in der Kommission mit 8 zu 3 Stimmen (bei 1 Enthaltung) unterlegen war, meldeten sich mit Briggitte Häberli-Koller (cvp, TG), Erich Ettlín (cvp, OW), Hannes Germann (svp, SH) und Josef Dittli (fdp, UR) deutlich mehr Kommissionsmitglieder im Namen der Minderheit zu Wort. Einen ganz anderen Aspekt der Regelung stellte Gesundheitsminister Berset in den Mittelpunkt: Für ihn liege der zentrale Unterschied zur heutigen Regelung darin, dass der Bundesrat neu subsidiär eingreifen könne, wenn sich die Tarifpartner nicht auf eine Tarifanpassung einigen könnten. Mit 22 zu 21 Stimmen setzte sich die Minderheit in dieser Frage jedoch knapp durch, der Ständerat lehnte damit die Schaffung einer Patientenpauschale ab.

Eine weitere offene Frage bezüglich der Behandlungstarife betraf die Schaffung einer nationalen Tariforganisation im ambulanten Bereich, entsprechend der Swiss DRG im stationären Bereich, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen zuständig sein sollte. Hier sei man sich mehrheitlich einig, betonte Bischof, offen sei lediglich noch die Frage der Organisationshoheit. Sollte der Bundesrat über die Organisationsform entscheiden, dabei erst eine Konsultation durchführen oder gar nur subsidiär zuständig sein, wenn sich die Leistungserbringenden und Versicherungen nicht einigen können? Letzteres schlug die SGK-SR vor. Bundesrat Berset stellte zudem in seiner Antwort auf eine Frage von Charles Juillard (cvp, JU) fest, dass ausschliesslich Tarifpartner in der Organisation vertreten sein würden und die Kantone somit darin erst mitwirken könnten, wenn EFAS angenommen worden sei und die Kantone somit ebenfalls für die ambulante Behandlung zuständig wären. Stillschweigend folgte der

Ständerat in diesem Punkt dem Vorschlag seiner Kommission.

Ein weiterer umstrittener Aspekt der Tarifffrage betraf die Finanzierung von Rechnungsprüfungen, welche die Patientenorganisationen durchführen sollten, durch das EDI. Die Kommissionmehrheit wollte diesen vom Nationalrat eingefügten Punkt aus der Vorlage streichen, eine Minderheit Carobbio Guscetti wollte ihn beibehalten. Natürlich sollten sich Patientinnen und Patienten von externen Organisationen beraten lassen können, der Bund solle sich dabei aber nicht an der Finanzierung dieser Dienstleistung beteiligen, zumal eine solche Finanzhilfe nur eine zusätzliche Kontrolleinheit bedeuten würden, erklärte Kommissionssprecher Bischof. Minderheitensprecherin Carobbio Guscetti betonte hingegen, dass die anfangs eingesetzte Expertengruppe einen ähnlichen Vorschlag gemacht habe und die GDK das Anliegen unterstütze. Nicht abgeneigt gegenüber der Finanzierung zeigte sich auch Bundesrat Berset, für den die Massnahme nicht im Widerspruch zur Strategie des Bundesrates stand. Mit 28 zu 13 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Ständerat aber gegen die Finanzierung aus und schuf damit eine weitere Differenz zum Nationalrat.

Schliesslich stand noch der **Experimentierartikel** im Raum, gemäss Bischof der «zweite Kernartikel dieser Vorlage». Die SGK-SR wollte den nationalrätlichen Vorschlag um die Möglichkeit, experimentelle Projekte zur Förderung der Digitalisierung durchführen zu können, ergänzen. Streichen wollte sie hingegen Projekte zur Einschränkung der freien Arztwahl. Eine weitere Minderheit Müller schlug indes vor, vollständig auf den Katalog mit möglichen Bereichen, in denen Projekte durchgeführt werden können, zu verzichten. Ohne Katalog könnten auch Projekte durchgeführt werden, welche Grundrechtseingriffe enthielten, erklärte Bischof den Widerstand der Kommissionmehrheit gegen diesen Vorschlag. Die betroffenen Patientinnen und Patienten hätten keine Möglichkeit, sich gegen die Projekte zu wehren. Gesundheitsminister Berset sprach sich vehement gegen den Minderheitsantrag und die Streichung des Katalogs aus. Der Bundesrat und die Verfassungsrechtsexperten des Bundes seien sich einig, dass dies gegen Artikel 5 Absatz 1 der Bundesverfassung verstosse, wonach das Recht Grundlage und Schranke staatlichen Handelns darstelle. Damit würden die möglichen Experimente keine Grenzen kennen. So könnten zum Beispiel für die Bevölkerung eines Kantons die Hälfte des Leistungskatalogs gestrichen, die Franchise auf CHF 10'000 erhöht oder risikobezogene Prämien eingeführt werden. Paul Rechsteiner (sp, SG) kritisierte des Weiteren, dass die freie Arztwahl auf der Liste möglicher Projekte aufgeführt sei: Die Einschränkung der freien Arztwahl sei ein fundamentaler Systemeingriff, der Grundrechtsdimensionen betreffe und entsprechend per Gesetz zu entscheiden sei. Man solle den «Akteuren im Gesundheitswesen [nicht] per Gesetz abschliessend vorschreiben, wo sie experimentieren können», betonte hingegen Minderheitensprecher Müller. Innovation entstehe «relativ chaotisch», ergänzte Erich Ettl (cvp, OW). Zudem könne ja das EDI die Pilotprojekte bewilligen, müsse es aber nicht. Mit diesen Argumenten setzte sich die Kommissionminderheit durch: Mit 23 zu 19 Stimmen sprach sich der Ständerat gegen die Einschränkung der Experimente auf einen Katalog aus. Im Anschluss bat Bischof den Nationalrat, in seiner nächsten Sitzung diese vom Ständerat geänderte Bestimmung etwas abzuschwächen und ihr eine Ausnahme für Grundrechtsverletzungen anzufügen. Mit 31 zu 0 Stimmen (bei 12 Enthaltungen) nahm der Ständerat das Gesetz in der Gesamtabstimmung ohne Gegenstimme an. Die Enthaltungen stammten von sechs Mitgliedern der SP- sowie von je drei Mitgliedern der SVP- und der Grünen-Fraktion.<sup>14</sup>

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 18.12.2020  
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2020 **bereinigte das Parlament die Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials**. Einstimmig bestätigte der Ständerat die vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen und löste die Ausgabenbremse, nachdem Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO) im Namen der Kommission die Annahme der Vorlage empfohlen hatte. Auf Einzelantrag von Peter Hegglin (cvp, ZG) und Bitte von Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) schloss der Rat – ebenfalls einstimmig – zudem eine Lücke, welche der Gesetzestext bis dahin noch aufgewiesen hatte: So war man davon ausgegangen, dass alle Beträge, die bisher vergütet worden waren, auch zukünftig vergütet würden. Tatsächlich wären durch die geplante Änderung aber Materialien, die ausschliesslich vom Pflegefachpersonal angewendet werden, sich aber nicht auf der MiGeL befinden, weder von der OKP noch von den Kantonen vergütet worden. Um dies zu verhindern, stimmte der Rat dem Antrag Hegglin zu, wonach die entsprechenden Mittel und Gegenstände während eines Jahres ab Inkrafttreten der Änderung weiterhin nach dem bisherigen Recht vergütet werden sollten. Damit habe man Zeit, die entsprechenden Güter auf die MiGeL zu setzen. Diese Lösung hatte auch Bundesrat Berset zuvor im Rahmen der Debatte unterstützt. Einstimmig (41 zu 0 Stimmen) verabschiedete der Ständerat das Gesetz in der Gesamtabstimmung.

Gegen diese Änderung hatte auch der Nationalrat nichts einzuwenden, stillschweigend nahm er die Differenz an und stimmte dem Gesetz in den Schlussabstimmungen (195 zu 0 Stimmen) genauso einstimmig zu wie der Ständerat (41 zu 0 Stimmen).<sup>15</sup>

---

1) LZ, SGT, 15.3.17; AZ, 16.3.17; TA, 8.5.17; SoZ, 14.5.17; TG, 15.5.17; BaZ, 27.5.17; SGT, 6.6.17; Blick, 16.6.17; SGT, 17.6.17; LZ, 23.6.17; LT, 30.6.17; So-Bli, 16.7.17; LZ, 6.9.17; NZZ, 12.9.17; CdT, Lib, TG, 4.10.17; WW, 26.10.17; So-Bli, 10.12.17

2) (Heim): AB NR, 2013, S. 510; (Bruderer): AB SR, 2013, S. 225 f.

3) AB NR, 2018, S. 666 ff.; Medienmitteilung SGK-SR vom 23.3.18; Medienmitteilung SGK-SR vom 29.6.18

4) AB SR, 2017, S. 366 ff.; BBl, 2016, S. 7465 ff.; TA, 31.5.17; AZ, BZ, CdT, LZ, Lib, NZZ, TA, 1.6.17; TA, 3.6.17

5) 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.

6) AB SR, 2013, S. 225 f.; AB NR, 2013, S. 510.

7) AB SR, 2016, S. 58 f.

8) AB NR, 2016, S. 912 ff.; AB SR, 2016, S. 443 ff.; Bericht über Motionen und Postulate 2015

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

10) AB SR, 2018, S. 1035 ff.

11) AB SR, 2018, S. 1035 ff.

12) AB SR, 2019, S. 1045 ff.

13) AB SR, 2020, S. 93 f.

14) AB SR, 2020, S. 707 ff.

15) AB NR, 2020, S. 2523; AB NR, 2020, S. 2729; AB SR, 2020, S. 1285 ff.; AB SR, 2020, S. 1439