

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Krankenversicherung
Akteure	Schmid-Federer, Barbara (cvp/pdc, ZH) NR/CN, Forster-Vannini, Erika (fdp/plr, SG) SR/CE
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 – 01.01.2022

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Krankenversicherung, 2006 – 2017*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Medikamente	1
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	1

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EL	Ergänzungsleistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
DFI	Département fédéral de l'intérieur
PC	Prestations complémentaires
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Medikamente

MOTION
DATUM: 28.09.2007
MARIANNE BENTELI

Zu recht viel Unmut hatte 2005 der Entscheid des EDI geführt, fünf provisorisch in den Pflichtleistungskatalog nach KVG aufgenommene ärztliche **Alternativmethoden** (Phytotherapie, Homöopathie, traditionelle chinesische Medizin, anthroposophische Medizin und Neuraltherapie) wieder zu streichen, da deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich habe nachgewiesen werden können. Vorstösse zur Korrektur dieses Entscheids wurden denn auch eingereicht. Gegen dessen Willen verpflichtete der Ständerat den Bundesrat mit einer mit 19 zu 3 Stimmen deutlich angenommenen Motion Forster (fdp, SG), bis Ende 2008 anhand von wissenschaftlichen Methoden, nicht aber zwingend nach den Kriterien der Schulmedizin, noch einmal zu untersuchen, ob die aus der obligatorischen Krankenversicherung ausgeschlossenen Therapieformen Homöopathie, anthroposophische Medizin und traditionelle chinesische Heilkunde den Nachweis der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG erbracht haben. Sollte dies für eine oder mehrere Methoden der Fall sein, so seien diese definitiv in den Grundleistungskatalog aufzunehmen.¹

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 19.09.2006
MARIANNE BENTELI

Die Kostensteigerungen und die mangelnde Kostentransparenz im Pflegebereich hatten 1998 dazu geführt, dass als Übergangslösung zeitlich befristete Rahmentarife für Pflegeleistungen eingeführt worden waren. Um diese Zwischenlösung durch eine definitive Regelung zu ersetzen, hatte der Bundesrat 2005 eine **Neuordnung der Pflegefinanzierung** vorgeschlagen. Demnach sollten medizinisch bedingte Leistungen vollumfänglich von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden; im Gegenzug sollten die Versicherten nur noch einen Beitrag an die Grundpflege zu leisten haben. Die dadurch längerfristig resultierende finanzielle Mehrbelastung der Pflegebedürftigen sollte durch einen erleichterten Zugang zur Hilflosenentschädigung der AHV und zu den EL kompensiert werden.

Gleich wie schon bei der Spitalfinanzierung erarbeitete die SGK-SR auch hier eine alternative Lösung. Anstatt zwischen Grund- und Behandlungspflege zu unterscheiden, sollen die von der obligatorischen Grundversicherung zu vergütenden Pflegekosten vom Bundesrat bezeichnet und gestützt darauf nach Pflegebedarf abgestufte Frankenbeträge festgelegt werden. Insgesamt soll die Gesamtbelastung der Krankenversicherer von heute CHF 1,4 Mrd. dadurch nicht verändert werden. Wie die Restbeträge finanziert werden, sollen die Kantone entscheiden. Zustimmung fand der Vorschlag des Bundesrates, bereits bei einer Hilflosigkeit leichten Grades eine Hilflosenentschädigung auszurichten sowie die Aufhebung des Höchstbetrages für den Bezug von EL im Fall der Pflegebedürftigkeit.

Im Plenum wurde in der Herbstsession weiter am Entwurf gefeilt. Eine Kommissionsmehrheit wollte die Freibeträge bei Einkommen und Liegenschaftswert für den Bezug von Ergänzungsleistungen erhöhen; die EL-Bezüger sollten ihr Vermögen nicht derart verzehren müssen, dass sie im Extremfall zu Sozialhilfebezügern werden und auch ihr Haus verkaufen müssen. Mit Rücksicht auf die Globalbilanz des NFA votierte eine Minderheit erfolgreich für ein Verbleiben bei den heutigen Ansätzen und setzte sich mit 24 zu 19 Stimmen durch. Mit einem Minderheitsantrag verlangte Leuenberger (sp, SO), den Beitrag der Versicherten gesetzlich auf höchstens 20% zu begrenzen. Forster (fdp, SG) erklärte namens der Kommissionsmehrheit, dass man nicht von Bundesseite her festlegen wolle, wer wie viel der Restkosten zu bezahlen habe; dies sei Sache der Kantone und Gemeinden. Mit 28 zu 10 Stimmen wurde der Antrag der Minderheit abgelehnt. In der Gesamtabstimmung hiess der Rat das Gesetz mit 28 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen gut.²

MOTION

DATUM: 19.09.2006
MARIANNE BENTELI

Mit seinem Einverständnis wurde der Bundesrat mit einer Motion Forster (fdp, SG) im Ständerat beauftragt, die Einführung einer **Säule 3c** zur freiwilligen und steuerbegünstigten Generierung eines Guthabens für die Finanzierung der individuellen (Langzeit-) **Pflege im Alter** zu prüfen und dem Parlament einen entsprechenden Umsetzungsvorschlag zu unterbreiten. Die Modalitäten dieser Säule 3c sollen sich an den Vorgaben der bereits bestehenden Säule 3a ausrichten. Die während einer limitierten Periode geäußerten zweckgebundenen Guthaben sollen sowohl für die Finanzierung der im eigenen Haushalt erbrachten Pflegeleistungen als auch für die Bezahlung von Pflegeheimkosten verwendet werden können. Trotz einem allgemeinen Missbehagen bezüglich Sozialpolitik über Steuererleichterungen, die oft in erster Linie den eher vermögenden Bevölkerungsschichten Vorteile bieten, wurde die Motion mit 21 zu 8 Stimmen überwiesen.

Im Nationalrat wurde eine gleich lautende Motion (06.3271) der FDP-Fraktion von Goll (sp, ZH) bekämpft und deshalb vorderhand der Diskussion entzogen. Mit 96:60 Stimmen gab der Nationalrat einer parlamentarischen Initiative (05.416) Fehr (sp, SH) für die Einführung einer Erbschafts- und Schenkungssteuer, deren Bundesertrag vollumfänglich für die Finanzierung der Langzeitpflege verwendet werden sollte, keine Folge.³

MOTION

DATUM: 04.10.2007
MARIANNE BENTELI

Der Ständerat hatte im Vorjahr eine Motion Forster (fdp, SG) angenommen, welche eine steuerbegünstigte 3. Säule zur Äufnung eines Guthabens zur Finanzierung der **Pflege im Alter** verlangt, allerdings nicht ohne Bedenken bezüglich einer Sozialpolitik über Steuererleichterungen, welche in erster Linie wohlhabenden Personen zugute komme. Obgleich der Bundesrat nach wie vor bereit war, die Motion anzunehmen, wurde diese auf Antrag seiner Kommission vom Nationalrat mit 100 zu 38 Stimmen verworfen, weil der Kreis der Begünstigten zu klein wäre.⁴

POSTULAT

DATUM: 27.09.2013
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat überwies ohne Diskussion ein Postulat Schmid-Federer (cvp, ZH), das den Bundesrat beauftragt, die **Auswirkungen der Franchise auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen** zu prüfen. Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Frage gelegt werden, ob untere Einkommensklassen und kinderreiche Familien hohe Franchisen wählen, um Prämien zu sparen und dann eher auf medizinische Leistungen verzichten.⁵

BERICHT

DATUM: 28.06.2017
ANJA HEIDELBERGER

Ende Juni 2017 veröffentlichte der Bundesrat in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer (cvp, ZH) einen Bericht zu den **Auswirkungen der Franchisenhöhe auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen**. Darin stütze er sich hauptsächlich auf eine wissenschaftliche Studie von B,S,S, eines privaten Forschungsinstituts. Die Studie stellte fest, dass nur die ordentliche und die Maximalfranchise für die Versicherten finanziell attraktiv seien. Obwohl die übrigen Franchisen immer seltener verwendet würden, käme es häufig vor, dass Personen trotz geringer Leistungsbezüge die ordentliche Franchise wählten. Insgesamt entschieden sich „vor allem Versicherte mit schlechter Gesundheit und tiefem Einkommen“ für die ordentliche Franchise, so der Bundesrat in seinem Bericht. Dass die Versicherer bei zunehmender Franchisenhöhe tiefere Nettoleistungen erbringen müssen, liege gemäss der Studie insbesondere an der Selbstselektion: Gesundere Personen wählten üblicherweise die höchste Franchise. Verhaltensänderungen der Versicherten sowie eine Verlagerung der Kosten auf die Versicherten durch eine höhere Kostenbeteiligung würden zur Senkung der Nettoleistungen beitragen, seien jedoch sekundär. Keinen Anklang bei den Versicherten fand gemäss einer im Bericht zitierten Umfrage von Ecoplan die Idee der parlamentarischen Initiative Borer (Brand), nur mehrjährige Wahlfranchisen zu erlauben. Dies solle verhindern, dass eine Person aufgrund einer erwarteten hohen Leistung vorübergehend eine tiefere Franchise wählt.

Insgesamt betonte der Bundesrat in seinem Bericht, dass die Befunde der Studien eine grundsätzliche Befürwortung des aktuellen Systems nahelegen. Es sei aber sinnvoll, bei den mittleren Franchisen einige Korrekturen anzubringen, um diese finanziell attraktiver zu machen. Dazu müsste „der Franchiserabatt in Abhängigkeit der Franchisenhöhe abgestuft werden“. Der Maximalrabatt solle daher bei den höchsten Franchisen nur noch 50 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos betragen und entsprechend um CHF 440 pro Jahr reduziert werden. Die Rabatte der übrigen Franchisen würden abgestuft, so dass der Rabatt der niedrigsten Franchise weiterhin

bei 80 Prozent zu liegen komme. Dies sei insofern gerechtfertigt, als gemäss der B,S,S-Studie die Einsparungen der Krankenversicherer für die höheren Franchisen nicht aufgrund von Verhaltensänderungen, sondern aufgrund der Selbstselektion der gesunden Personen zustande komme. Dieser Entscheid stiess in den Medien, aber auch bei den Krankenversicherern, auf grosse Kritik, wobei insbesondere die möglichen negativen Auswirkungen durch eine seltenere Wahl der höchsten Franchise sowie die Schwächung der Selbstverantwortung kritisiert wurden.⁶

1) AB SR, 2007, S. 796 ff. Zur Kontroverse um den Ausschluss der fünf komplementärmedizinischen Methoden vgl. SPJ 2005, S. 183. Im NR sind noch eine Pa.Iv. und eine Motion (Geschäfte 07.424 und 07.3274) hängig, die eine stärkere Berücksichtigung der Alternativmedizin im KVG verlangen. Siehe auch oben (Epidemien).

2) AB SR, 2006, S. 642 ff.

3) AB SR, 2006, S. 661 ff.; AB NR, 2006, S. 994 ff. und S. 1572.

4) AB NR, 2007, S. 1692.

5) AB NR, 2013, S. 1744.

6) Bericht des Bundesrates; Kurzbericht Ecoplan; Schlussbericht BSS; AZ, BZ, LMD, LT, LZ, NZZ, SGT, TA, TG, 29.6.17; BaZ, TA, 30.6.17; NZZ, 1.7.17