

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	19.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	AHV-Revision, Internationale Abkommen, Krankenversicherung
Akteure	Schenker, Silvia (sp/ps, BS) NR/CN, 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
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Käppeli, Anita
Rohrer, Linda
Schnyder, Sébastien
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Bernath, Magdalena; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Käppeli, Anita; Rohrer, Linda; Schnyder, Sébastien; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: AHV-Revision, Internationale Abkommen, Krankenversicherung, 1999 – 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 19.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Aussenpolitik	1
Beziehungen zu internationalen Organisationen	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Ärzte und Pflegepersonal	1
Suchtmittel	1
Sozialversicherungen	2
Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)	3
Ergänzungsleistungen (EL)	5
Krankenversicherung	7
<hr/>	
Parteien, Verbände und Interessengruppen	14
Parteien	14
Grosse Parteien	14

Abkürzungsverzeichnis

UNO	Organisation der Vereinten Nationen
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
IV	Invalidenversicherung
EL	Ergänzungsleistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SRF	Schweizer Radio und Fernsehen
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

ONU	Organisation des Nations unies
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
AI	Assurance-invalidité
PC	Prestations complémentaires
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
RTS	Radio Télévision Suisse
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales

Allgemeine Chronik

Aussenpolitik

Beziehungen zu internationalen Organisationen

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 23.12.2011
ANITA KÄPPELI

Die beiden Räte berieten 2011 den **Bundesbeschluss über die Genehmigung und die Umsetzung des UNO-Feuerwaffenprotokolls**. Durch diese Vorlage sollte der illegale Waffenhandel wirksamer bekämpft sowie die Herstellung von illegalen Waffen eingedämmt werden. Im Ständerat war das Geschäft unumstritten und der Beschluss wurde einstimmig angenommen. In der grossen Kammer hingegen forderte eine Minderheit Bortoluzzi (svp, ZH) Nichteintreten, weil das Bundesgesetz über Waffen, Waffenzubehör und Munition nach 2007 bereits wieder abgeändert werden müsste. Der Antrag Bortoluzzi erhielt jedoch nur aus dem SVP- und vereinzelt aus dem FDP-Lager Unterstützung und wurde abgelehnt. In der Schlussabstimmung wurde der Beschluss auch vom Nationalrat mit 140 zu 52 Stimmen angenommen.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

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 14.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrsession 2019 beriet der Nationalrat die **Revision des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG)** und hatte eingangs einen Rückweisungsantrag von Silvia Schenker (sp, BS) zu klären. Da das ATSG generell in allen Sozialversicherungszweigen ausser der beruflichen Vorsorge zur Anwendung komme, hätten die Entscheidungen zu diesem eine Hebelwirkung, betonte sie. Die Vorlage sei aber sehr einseitig auf die Missbrauchsbekämpfung ausgerichtet, führe zu einschneidenden Verschlechterungen für die Betroffenen und beschneide die Rechte der Versicherten in Verfahren. Zudem fehle die Koordination mit den übrigen, bisher beschlossenen Missbrauchsmassnahmen – ein entsprechender Gesamtplan sei nicht vorhanden. Mit 133 zu 51 Stimmen sprach sich der Nationalrat gegen den Willen der SP- und der Grünen-Fraktion für Eintreten aus. In der Folge reichte Silvia Schenker eine Reihe von Minderheitsanträgen ein: Sie verlangte eine Streichung der engeren Frist für die Rückforderungsansprüche der Versicherten, da diese gemäss Behindertenverbänden für die Versicherer bereits jetzt sehr grosszügig sei. Sie wehrte sich gegen die Schaffung einer Kostenpflicht bei den Verfahren, da die Einführung einer solchen bei der IV gezeigt habe, dass die Anzahl Beschwerden dadurch nicht sinke. Stattdessen steige die Arbeit für die Gerichte, weil dadurch mehr Anträge auf unentgeltliche Rechtspflege eingereicht würden. Zudem lehnte sie die Schaffung einer Möglichkeit für eine vorsorgliche Einstellung von Leistungen ab, wenn eine Person die Meldepflicht verletzt, einer Lebens- oder Zivilstandskontrolle nicht fristgerecht nachkommt oder ein begründeter Verdacht auf unrechtmässig bezogene Leistungen besteht. Unter anderem sei unklar, wann ein begründeter Verdacht vorliege – wie auch die Diskussion in der Kommission gezeigt habe. Auf ihr Argument, dass diese Regelung viele Härtefälle schaffe, entgegnete Gesundheitsminister Berset, dass das Interesse der Versicherer, Verfahren und grosse Schadensrisiken zu vermeiden, Vorrang vor dem Interesse der Versicherten habe, nicht in eine vorübergehende Notlage zu geraten. Alle Minderheitsanträge fanden ausschliesslich bei der SP- und der Grünen-Fraktion Anklang und wurden folglich vom Nationalrat abgelehnt.

Angenommen wurde hingegen ein Minderheitsantrag von Thomas Aeschi (svp, ZG), mit dem die Kann-Bestimmung zur Einstellung von Geldzahlungen mit Erwerbscharakter während des Strafvollzugs zu einer Muss-Bestimmung geändert wurde. Umstritten war ansonsten nur noch die Frage, wie genau die Regelung zur Auferlegung der Kosten für Observationen beim Bezug von Versicherungsleistungen aufgrund von unwahren Angaben ausgestaltet werden sollte. Silvia Schenker wollte die Auferlegung der Kosten auf «wissentlich unwahre Angaben» beschränken oder – wenn möglich – den Absatz ganz streichen. Bea Heim (sp, SO) beantragte eine Beschränkung der Klausel auf die Auferlegung «angemessener Mehrkosten» und Thomas Aeschi wollte auch hier die Kann- in eine Muss-Formulierung umwandeln. In der Folge setzte sich jedoch die Version der Kommission durch, wodurch der Rat eine Differenz zum Ständerat schuf, der die Klausel, wie von Bea Heim vorgeschlagen, auf «angemessene Mehrkosten» beschränkt hatte.⁵

Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.03.2008
LINDA ROHRER

Die Kommission des **Nationalrates** hatte mit 9 zu 4 Stimmen beschlossen, dem Plenum zu empfehlen, **nicht auf die Vorlage einzutreten**. Der Kommissionsprecher Bortoluzzi(svp, ZH) begründete diesen Entscheid damit, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Lösung als nicht geeignet erachtet wurde, weil die Leistungen im freien Personenverkehr gelegentlich „exportiert“ werden müssten. Zwar präzisierte die Botschaft, dass die Vorruhestandsleistung bedarfsabhängig sei und daher unter gewissen Umständen vom Auslandexport ausgeschlossen werden könne, der Nationalrat verzichtete aber im Anschluss an die Erklärung seiner Kommission darauf, sich zu der Vorlage zu äussern und beschloss diskussionslos das Nichteintreten.⁶

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 07.09.2015
FLAVIA CARONI

Nachdem die Räte im Jahr 2014 eine Motion zur Befreiung von Babysitting und Hausdienstarbeit von AHV-Beiträgen überwiesen hatten, beschäftigten sie sich bereits im Folgejahr wieder mit dem Thema. Anlass war eine parlamentarische Initiative Pieren (svp, BE), welche einen **AHV-Freibetrag für Babysitting** forderte. Konkret sollte die Tätigkeit von Babysittern, sofern mit weniger als CHF 3'000 jährlich entlohnt, nicht mehr als Erwerbstätigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne gelten und damit von jeglichen Sozialabgaben befreit sein. Begründet wurde dies insbesondere durch den grossen administrativen Mehraufwand, welche eine Anmeldung aller Babysitter bei der AHV sowohl für die regionalen AHV-Stellen als auch für die als Arbeitgeber fungierenden Eltern bedeuten würde. Zudem zeige die aktuelle Situation, in der sich Babysitter und Eltern oft unabsichtlich in der Illegalität befinden, dass die betreffenden Regeln schikanös seien. Im Januar gab die SGK des Nationalrates der Initiative Folge. Nachdem die ständerätliche Schwesterkommission dem Entscheid ihre Zustimmung einstimmig versagt hatte, gelangte der Vorstoss in der Herbstsession in den Nationalrat. Eine Kommissionsminderheit Schenker (sp, BS) beantragte, keine Folge zu geben, während die Mehrheit bei ihrem positiven Votum blieb. Die Initiatorin führte aus, seit Anfang Jahr müssten Hausdienstarbeiten, welche von Personen unter 25 Jahren und bis zu einem Jahreslohn von CHF 750 ausgeführt würden, nicht mehr bei der AHV gemeldet werden. Diese Geste löse jedoch das Problem nicht, welches insbesondere für Babysittingjobs bestehe. Der Vorstoss befasse sich bewusst nur mit dieser Tätigkeit, da Babysitting im Gegensatz zu Reinigungsarbeiten nicht als Vollzeitbeschäftigung mit mehreren Arbeitgebern ausgeführt werde und damit auch bei einer Erhöhung der Lohnobergrenze keine Missbrauchsgefahr bestehe. Die ablehnende Kommissionsminderheit kritisierte, im Initiativtext sei weder eine Altersgrenze für die Babysitter enthalten, noch gehe hervor, ob die CHF 3'000 als Gesamtlohn oder als Lohn pro Arbeitgeber zu verstehen seien. Auch die Definition von Babysitting sei nicht klar, z.B. im Fall, dass die beschäftigte Person nebenbei noch Hausarbeiten erledige. Von dieser Argumentation unbeeindruckt gab die grosse Kammer der parlamentarischen Initiative mit 104 zu 74 Stimmen bei 5 Enthaltungen Folge.⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 26.09.2016
ANJA HEIDELBERGER

Rund ein Jahr, nachdem sich der Ständerat ausführlich mit der **Reform der Altersvorsorge 2020** beschäftigt hatte, lag der Ball beim Nationalrat. Die Aufmerksamkeit war gross, das SRF übertrug die Eintretensdebatte live. Nationalrat Aeschi (svp, ZG) stellte einen Antrag, die Vorlage in verschiedenen Teilen zu beraten und damit dem Volk die Möglichkeit zu geben, einzeln zu den Reformelementen Stellung zu nehmen. In einem ersten Paket sollen demnach die gemäss dem Antragsteller unbestrittenen Elemente wie die Erhöhung des Rentenalters der Frauen auf 65 Jahre oder die Flexibilisierung des Referenzalters behandelt werden. Die übrigen Fragen sollten an die Kommission zurückgewiesen werden, die diese in einem zweiten und dritten Massnahmenpaket weiterführen sollte. Nach dem „voraussehbaren Nein an der Urne“ – so der Antragsteller – wüsste man sonst wieder nicht, welche Elemente das Volk befürworte, respektive ablehne. Der Freiburger Nationalrat Jean-François Steiert (sp, FR) hingegen argumentierte, dass durch diese „Salamitaktik“ das Rentenalter der Frauen angehoben würde, ohne dass ihre durchschnittlich um CHF 250'000 tiefere Rente kompensiert werde. Dies könne lediglich durch die Behandlung der Vorlage als Gesamtpaket verhindert werden. Der Nationalrat lehnte den hauptsächlich von Parlamentarierinnen und Parlamentariern der SVP unterstützten Antrag Aeschi mit 54 zu 129 Stimmen (bei 10 Enthaltungen) ab.

Die Eintretensdebatte war geprägt von der Abstimmung zur AHVplus-Initiative, die nur Tage zuvor mit 41 zu 59 Prozent abgelehnt worden war. Insbesondere wurde darüber gestritten, ob dieses „Nein“ als allgemeine Ablehnung einer Erhöhung der AHV-Rente –

als welche sie zum Beispiel Bruno Pezzatti (fdp, ZG) oder Lorenz Hess (bdp, BE) darstellten – verstanden werden kann oder nicht. In der Detailberatung, bei der die Vorlage in sieben thematischen Blöcken behandelt wurde, schuf der Nationalrat zahlreiche Differenzen zum Ständerat. Im ersten Block wurden insbesondere das Referenzalter und die Flexibilisierung des Rentenalters sowie die Bestimmungen zur Berechnung der AHV-Rente behandelt. Besonders umstritten war hier die Frage der Erhöhung des Referenzalters für Frauen. Zwei Minderheiten Feri (sp, AG) beantragten dem Nationalrat, auf diese Erhöhung zu verzichten, was die Antragstellerin damit begründete, dass Männer beim flexiblen Rentenalter bevorzugt würden, weil Frauen ihr Leben lang unbezahlte Arbeit leisteten und für die bezahlte Arbeit schlechter entlohnt würden. Dies solle durch die Beibehaltung des Referenzalters von 64 Jahren für Frauen anerkannt werden. Der Nationalrat entschied sich jedoch mit 137 zu 57 Stimmen (0 Enthaltungen) für die Angleichung des Referenzalters der Frauen auf 65 Jahre, wobei sich – im Unterschied zum Ständerat – die SP- und Grünen-Fraktionen geschlossen gegen die Erhöhung aussprachen.

Im zweiten Block unterschieden sich die Mehrheiten im Nationalrat mehrmals von denjenigen im Ständerat: So beschloss der Nationalrat, Personen mit Anrecht auf Altersrenten keine Kinderrenten auszuzahlen sowie Witwen- und Witwerrenten nur noch auszubezahlen, wenn eine Person ein Kind mit Anspruch auf Waisenrente hat. Die Waisenrenten an Pflegekinder schränkte er insofern ein, als sie in Zukunft nur noch ausbezahlt werden, wenn die Pflegekinder ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben.

Hitzig diskutiert wurde vor allem der dritte Block, in dem sich der Nationalrat der Zusatzfinanzierung der AHV, dem Interventionsmechanismus und dem Bundesbeitrag – gemäss Ruth Humbel (cvp, AG) die Kernpunkte der Vorlage – widmete. Den Bundesbeitrag legte der Nationalrat bei 20 Prozent der jährlichen Ausgaben der Versicherung fest, während sich der Ständerat noch für den bisherigen Betrag von 19.55 Prozent ausgesprochen hatte. Diese Erhöhung machte eine Abstimmung zur Schuldenbremse nötig, wobei das qualifizierte Mehr erreicht wurde. Anschliessend folgten die Abstimmungen zum Sargnagel der Vorlage, wie es wiederum Ruth Humbel formuliert hatte: dem Interventionsmechanismus. Zur Überwachung des finanziellen Gleichgewichts lagen verschiedene Massnahmen vor. So stand eine Zustimmung zum Beschluss des Ständerats – also zu einer einstufigen Verpflichtung zu nicht-automatischen Stabilisierungsmassnahmen, wenn der Stand des AHV-Ausgleichsfonds unter 80 Prozent einer Jahresausgabe sinken sollte – (Mehrheit der SGK-NR), eine Ergänzung dieses einstufigen Vorgehens durch einen automatischen Solidaritätsbeitrag der Rentner und Rentnerinnen sowie durch eine temporäre Beitragserhöhung (Minderheit I Humbel), eine Ergänzung durch eine automatische Erhöhung des Referenzalters pro Kalenderjahr um 6 Monate auf maximal 24 Monate (Minderheit III de Courten (svp, BL)) sowie eine gänzliche Streichung des Interventionsmechanismus (Minderheit II Weibel (glp, ZH)) zur Debatte. Der Einzelantrag Pezzatti (fdp, ZG) sah zudem vor, den Interventionsmechanismus in eine separate Vorlage auszulagern, um die Gesamtvorlage nicht zu gefährden. Die Minderheit II (Weibel), geschlossen unterstützt von der BDP und GLP, war gegenüber dem bundesrätlichen Vorschlag chancenlos (180 zu 14 Stimmen). Dieser unterlag jedoch genauso wie die Minderheiten I (Humbel, unterstützt von SP, GPS, CVP und BDP) und III (de Courten, unterstützt von der SVP) dem Mehrheitsantrag (grösstenteils unterstützt von FDP und SVP). Vor die Wahl gestellt, den Interventionsmechanismus im Rahmen der Altersvorsorge 2020 oder in einer separaten Vorlage umzusetzen, entschied sich der Nationalrat grossmehrheitlich für letztere Option und nahm den Einzelantrag Pezzatti mit 187 zu 9 (GLP- oder CVP-) Stimmen an. Als letzte Frage dieses Blocks wurde die maximal mögliche Höhe der Anhebung der Mehrwertsteuersätze behandelt. Hier schwankten die Vorschläge zwischen 0.3 Prozentpunkten (Minderheit II Frehner (svp, BS)), 0.6 Prozentpunkten (Mehrheit der SGK-NR) und 1 Prozentpunkt (Ständerat, Minderheit I Humbel). Der Nationalrat entschied sich für den Mittelweg und schuf mit der Erhöhung um 0.6 Prozentpunkte erneut eine Differenz zum Ständerat.

Der vierte Block umfasste Massnahmen in der zweiten Säule, konkret den Mindestumwandlungssatz und die Ausgleichsmassnahmen im BVG. Dabei pflichtete der Nationalrat dem Erstrat mit 141 zu 51 Stimmen (3 Enthaltungen) gegen den Willen der SP und der Grünen deutlich bei und senkte den Mindestumwandlungssatz von 6.8 auf 6 Prozent. Um eine Kompensation des tieferen Umwandlungssatzes innerhalb des BVG zu ermöglichen, entschied sich der Nationalrat relativ knapp zur Abschaffung des Koordinationsabzugs (100 zu 89 Stimmen bei 7 Enthaltungen) sowie für eine Reduktion der gestaffelten Altersgutschriften auf zwei Ansätze (25-44: 9%, 45-Referenzalter:

13.5% des versicherten Lohns). Letztere soll zusätzlich der Diskriminierung älterer Arbeitnehmenden auf dem Arbeitsmarkt entgegenwirken. Hingegen verzichtete er trotz Anpassung des Mindestumwandlungssatzes auf eine Garantie des Leistungsniveaus der Übergangsgeneration (Personen über 40 (Bundesrat) respektive 50 Jahren (Ständerat)) im Rahmen des Sicherheitsfonds.

Im fünften Block standen die Ausgleichsmassnahmen in der AHV sowie der Ehepaarplafonds zur Debatte. Bei der Höhe der Vollrenten sprach sich der Nationalrat für die Beibehaltung des geltenden Rechts aus und schuf damit eine gewichtige Differenz zum Ständerat, der die Altersrente als Kompensation für die Reduktion des Umwandlungssatzes um 70 Franken erhöhen wollte. Auch die Erhöhung des Ehepaarplafonds von 150 auf 155 Prozent (Ständerat, Minderheiten I (Humbel) und IV (Ferli)) respektive auf 160 Prozent (Minderheit II Humbel), die sowohl von Befürwortern als auch von Gegnern im Nationalrat als Reaktion auf die Volksinitiative gegen die Heiratsstrafe empfunden wurde, lehnte die grosse Kammer ab. Um dem Lohnunterschied zwischen den Geschlechtern gerecht zu werden, hatte die Mehrheit der SGK-NR zudem vorgeschlagen, die Summe der Erwerbseinkommen der Frauen mit einem Zuschlag zu belegen, „der dem nach objektiven Kriterien nicht erklärbaren Anteil am allgemeinen Lohnunterschied entspricht“. Dies scheiterte jedoch am Widerstand von FDP, Die Liberalen und SVP sowie vereinzelt anderen Parlamentarierinnen und Parlamentariern.

Der sechste Block beinhaltete institutionelle Massnahmen, der siebte Block weitere zu klärende Details. Hier entschied sich der Nationalrat unter anderem dafür, Risikobeiträge nach individuellen Grundsätzen zu berechnen (139 zu 53 bei 1 Enthaltung), während der Ständerat einen Passus zu kollektiven Grundsätzen ergänzt hatte. Des Weiteren lehnte der Nationalrat eine Erhöhung der Beiträge der Selbständigerwerbenden mit 129 zu 65 Stimmen ab.

In den Gesamtabstimmungen zu den drei Vorlagen (Bundesgesetz über die Reform der Altersvorsorge 2020, Bundesbeschluss über die Zusatzfinanzierung der AHV durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer und Bundesbeschluss über die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts der AHV) zeigten sich nur die FDP, Die Liberalen und die Grünliberalen mit allen drei Vorlagen einverstanden. Die Reform der Altersvorsorge 2020 lehnten die Fraktionen der SP und der Grünen in der Gesamtabstimmung ab, da der Nationalrat gemäss Silvia Schenker (sp, BS) in den letzten Tagen ein Massaker angerichtet habe. Auch bei der CVP- und BDP-Fraktion fand die Vorlage kaum noch Zustimmung, ein Grossteil von ihnen enthielt sich der Stimme. Die Zusatzfinanzierung der AHV durch eine Mehrwertsteuererhöhung hingegen wurde von einer Minderheit der SVP-Fraktion abgelehnt, die meisten übrigen SVP-Parlamentarierinnen und -Parlamentarier enthielten sich zusammen mit denjenigen der SP und der Grünen der Stimme. Am umstrittensten war der Bundesbeschluss zum finanziellen Gleichgewicht der AHV, bei dem es um den Interventionsmechanismus ging: Hier standen sich 99 Ja-Stimmen aus der SVP-, FDP- und GLP-Fraktion und 90 Nein-Stimmen aus der SP-, CVP-, GPS- und Teilen der BDP-Fraktion gegenüber. Somit entschied sich der Nationalrat auch hier insgesamt knapp für die zuvor beschlossenen Änderungen.⁸

Ergänzungsleistungen (EL)

In der Frühjahrssession 2018 behandelte der **Nationalrat die Reform der Ergänzungsleistungen**, die er ob ihrer Länge in drei Blöcke unterteilte. Er schuf zahlreiche Differenzen zum Ständerat, insbesondere bezüglich der Voraussetzungen für den EL-Bezug. So beantragte die SGK-NR die Einführung einer Vermögensschwelle in der Höhe von CHF 100'000 für Alleinstehende, CHF 200'000 für Verheiratete und CHF 50'000 bei Kindern: Übersteigt das Vermögen diese Schwelle, sollen keine Ergänzungsleistungen beantragt werden können. Davon ausgeschlossen sollen jedoch von den Betroffenen oder ihren Partnern bewohnte Liegenschaften sein, sofern die Betroffenen ein hypothekarisch gesichertes Darlehen zulasten des Wohneigentums und zugunsten der EL-Stelle aufnehmen. Silvia Schenker (sp, BS) sprach sich in ihrem Minderheitsantrag gegen eine solche Änderung aus – nicht weil sie eine Vermögensschwelle prinzipiell ablehne, sondern weil dieser Antrag nicht in der Vernehmlassung war und daher noch zahlreiche Fragen dazu offen seien. Mit dieser Ansicht standen die SP- und die Grünen-Fraktion jedoch alleine da, mit 137 zu 52 Stimmen nahm der Nationalrat die Einführung einer Vermögensschwelle an. Eine weitere Differenz bei den Voraussetzungen schuf der Nationalrat, indem er gegen zwei Minderheitsanträge einem Antrag der SGK-NR folgte, wonach ein Verbrauch von mehr

als 10 Prozent des Vermögens pro Jahr ab Entstehung des Anspruchs auf EL bei der IV, bei der AHV ab zehn Jahren vor der Pensionierung, als Vermögensverzicht gelten solle, sofern der Verbrauch „ohne wichtigen Grund“ erfolge (94 zu 86 Stimmen bei 9 Enthaltungen; 136 zu 53 Stimmen bei 1 Enthaltung). Für den Bezug von Ergänzungsleistungen beantragte die Mehrheit der SGK-NR überdies eine zehnjährige Karenzfrist, während der sich die Betroffenen ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben müssen. Es setzte sich jedoch eine Minderheit I Aeschi durch, die den Bezug stattdessen von einer mindestens zehnjährigen Beitragsdauer in die AHV abhängig machen wollte (104 zu 83 Stimmen, 4 Enthaltungen).

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

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

In der Gesamtabstimmung nahm der Rat seine neue Version zur Reform der Ergänzungsleistungen mit 125 zu 53 Stimmen bei 13 Enthaltungen an. Unzufrieden zeigten sich die SP- und die Grünen-Fraktion, während sich ein Drittel der CVP-Fraktion sowie einzelne Mitglieder der GLP- und der BDP-Fraktion der Stimme enthielten.⁹

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.¹⁰

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.¹¹

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 aufgegleiteten 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.¹²

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 Gutzwiler (fdp, ZH) diskussionslos angenommen, worauf sich der Ständerat ebenfalls ohne Gegenstimme anschloss.¹³

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 08.05.2006
MARIANNE BENTELI

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 (Ip, 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.¹⁴

**DIREKTER GEGENVORSCHLAG ZU
VOLKSINITIATIVE**
DATUM: 06.12.2007
MARIANNE BENTELI

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.¹⁵

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 04.03.2008
LINDA ROHRER

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

Kommissionsmehrheit 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 Kommissionsmehrheit 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 Kommissionsmehrheit 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.¹⁶

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 24.09.2009
LINDA ROHRER

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.¹⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 03.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

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.¹⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 24.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Les chambres ont traité une initiative parlementaire de la CSSSP-CN visant à modifier la LAMal afin d'accorder des compétences supplémentaires au Conseil fédéral dans la **tarification des prestations** si les parties usuellement en charge de la fixation des prix n'arrivent pas à s'entendre. Cette mesure fait suite au constat des nombreux blocages des négociations dans la mise à jour des tarifs, alors que certaines structures tarifaires ne correspondent plus aux exigences de la LAMal. Lors des discussions de commission, la CSSP-CN a adopté par 11 voix contre 10 l'introduction d'une disposition obligeant les fournisseurs de prestations à transmettre aux assureurs les données des patients sous forme codée. Au Conseil national, une minorité Schenker (ps, BS) s'y opposant en raison de l'atteinte à la protection des données a été rejetée par 103 voix contre 64, seule la gauche l'ayant soutenue. La disposition a eu un écho particulièrement fort dans les médias, les préposés cantonaux à la protection des données, H+ et la FMH se sont inquiétés d'une attaque contre le secret médical. Au vote d'ensemble, les députés ont adopté la loi par 159 voix contre 5. Au Conseil des Etats, les sénateurs ont rejeté par 17 voix contre 13, une minorité Maury Pasquier (ps, GE) recommandant de supprimer la disposition obligeant le transfert systématique de données pour des raisons de protection de la personnalité. Au vote sur l'ensemble, les sénateurs ont adopté le projet par 17 voix contre 1 et 8 abstentions. Lors d'une procédure d'élimination des divergences, le Conseil national a maintenu sa position relative à une divergence minime à laquelle le Conseil des Etats s'est finalement rallié. Au vote final, la chambre basse a adopté la loi par 159 voix contre 1 et la chambre haute par 34 voix contre 1. L'organisation alémanique de protection des patients, Patienten.ch, a lancé le référendum contre la loi.¹⁹

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.²⁰

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.²¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.03.2013
FLAVIA CARONI

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 börsennotierte 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.²²

POSTULAT
DATUM: 02.06.2015
FLAVIA CARONI

Ein in der Sommersession 2015 im Nationalrat beratenes Postulat Lehmann (cvp, 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.²³

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 leiste, 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.²⁴

1) AB SR, 2011, S. 853 ff. und 1310; AB NR, 2011, S. 1914 ff. und 2284.

2) AB NR, 2000, S. 62 ff., 351 ff. und 459; AB SR, 2000, S. 102 ff. und 226

3) Pa.Iv, 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) AB NR, 2019, S. 328 ff.

6) AB NR, 2008, S. 321 ff. und 379.

7) AB NR, 2015, S. 1347_164.1_20150907; TA, 8.9.15

8) AB NR, 2016, S. 1603 ff.; AB NR, 2016, S. 1658 ff.; SGT, 23.9.16; TA, 24.9.16; 24H, AZ, LMD, NZZ, 26.9.16; LMD, NZZ, 27.9.16;

- BZ, 28.9.16; AZ, BZ, LMD, TG, 29.9.16; AZ, BaZ, NZZ, 30.9.16
- 9) AB NR, 2018, S. 427 ff.; AB NR, 2018, S. 438 ff.; AB NR, 2018, S. 502 ff.; LZ, NZZ, TA, 16.3.18
- 10) AB NR, 1999, S. 736 ff., 740 ff. und 792 ff.; CHSS, 1999, S. 315-317.
- 11) AB NR, 2000, S. 1197.; AB NR, 2000, S. 370f.; AB NR, 2000, S. 374.
- 12) BBI, 2002, S. 512f; 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
- 13) AB NR, 2006, S. 486; AB SR, 2006, S. 673.
- 14) AB NR, 2006, S. 535 ff. und 1148.
- 15) AB SR, 2007, S. 1019 und 1211; AB NR, 2007, S. 1946 ff. und 2075 f.; BBI, 2008, S. 3 ff.
- 16) AB SR, 2008, S. 10 ff., 590 ff. und 778; AB NR, 2008, S. 746 ff., 1167 ff. und 1469 f.
- 17) AB NR, 2009, S. 1782 ff.
- 18) 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.
- 19) FF, 2011, p. 6801; BO CN, 2011, p. 1671 ss., 2072 s. et 2283; BO CE, 2011, p. 1103 ss., 1215 s. et 1310; 24h, 1.6.11; BZ, 12.12.11.
- 20) BO CN, 2011, p. 2029 s.
- 21) BBI, 2013, S. 7801 ff.; AB NR, 2013, S. 1987 ff.
- 22) BBI, 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.
- 23) AB NR, 2015, S. 811
- 24) Presse vom 26.8.02.