

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	23.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagnote	AHV-Revision, Krankenversicherung
Akteure	Schenker, Silvia (sp/ps, BS) NR/CN, Sauter, Regine (fdp/plr, ZH) NR / CN, Carobbio Guscetti, Marina (sp/ps, TI) 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

Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Schneuwly, Joëlle
Schnyder, Sébastien

Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien 2024.
Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: AHV-Revision, Krankenversicherung, 2011 - 2019. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.
www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Ärzte und Pflegepersonal	1
Sozialversicherungen	2
Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)	3
Ergänzungsleistungen (EL)	5
Krankenversicherung	7

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
IV	Invalidenversicherung
WHO	World Health Organization
EL	Ergänzungsleistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
BV	Bundesverfassung
SRF	Schweizer Radio und Fernsehen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
FH	Fachhochschule
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
AI	Assurance-invalidité
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PC	Prestations complémentaires
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
Cst	Constitution fédérale
RTS	Radio Télévision Suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
HES	Haute école spécialisée
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Ärzte und Pflegepersonal

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 17.12.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Im Dezember 2019 nahm sich der Nationalrat der **Pflegeinitiative und dem von der SGK-NR ausgearbeiteten indirekten Gegenvorschlag** an. Das Begehren des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer hatte laut Initiativtext «eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität», die Sicherstellung von genügend diplomierten Pflegefachpersonen und einem ihrer Ausbildung und ihren Kompetenzen entsprechenden Einsatz zum Ziel.

Die Parlamentarierinnen und Parlamentarier waren sich darüber einig, dass die aktuelle Situation problematisch sei und durch das steigende Alter der Bevölkerung der Pflegebedarf erhöht werde. So rechne man zwischen 2017 und 2035 unter anderem mit einem Anstieg von rund 200'000 auf 360'000 über 80-Jährigen, die allenfalls pflegebedürftig würden, erklärte Ruth Humbel (cvp, AG). Gemäss Philippe Nantermod (fdp, VS) würden gegenwärtig lediglich 43 Prozent des erforderlichen Personals ausgebildet und 2030 würden hierzulande 65'000 Pflegenden fehlen. Um den Mangel zu beheben, würden Pflegefachpersonen aus dem Ausland rekrutiert, was nicht nur ethisch fragwürdig sei – da die Ausbildung von einem Staat bezahlt werde, der nicht von dieser Investition profitiere –, sondern auch kostspielig werden könnte, erwäge doch die WHO, eine Steuer zur Entschädigung der Ausbildungsländer einzuführen, so Greta Gysin (gp, TI). Darüber dass Handlungsbedarf bestehe, herrschte Konsens. Der Rat war sich jedoch uneinig, ob die Pflegeinitiative das richtige Mittel sei, um der Problematik zu begegnen.

Von den Unterstützerinnen und Unterstützer der Initiative hervorgehoben wurde, dass der Beruf nicht die Anerkennung erhalte, die er verdiene. Zudem komme ihm laut Barbara Gysi (sp, SG) im Krankenkassengesetz nach wie vor der «Status eines Hilfsberufs» zu. Christian Lohr (cvp, TG), Dozent an verschiedenen Fachhochschulen für Pflegeberufe, unterstrich die Wichtigkeit der Pflegequalität, der Ausbildungsförderung und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Es müsse auch etwas gegen die 46 Prozent Berufsaussteigerinnen und -aussteiger unternommen werden, zu denen sie selber auch gehöre, erklärte Manuela Weichelt-Picard (al, ZG). Die Sicherheit und das Leben der Bevölkerung stehe auf dem Spiel, so Franziska Ryser (gp, SG). Betont wurde von den Gegnerinnen und Gegnern der Initiative hingegen, dass das Regeln einzelner Berufsgruppen in der Verfassung nicht angezeigt sei und die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen in Frage gestellt würde. Zudem sei die medizinische Grundversorgung bereits in Artikel 117a BV erwähnt, was in den Augen von Verena Herzog (svp, TG) genüge, um die Pflege zu stärken.

Der von der SGK-NR ausgearbeitete Gegenentwurf kam im Nationalrat besser an als die Volksinitiative. Jedoch gab es auch bezüglich Gegenvorschlag einige Abänderungswünsche bzw. Uneinigkeiten. Um dem Beruf Attraktivität zu verleihen, beabsichtigte eine Mehrheit der SGK-NR, den Pflegefachpersonen die selbständige Erbringung und Abrechnung einiger vom Bundesrat festgelegter Leistungen zu Lasten der OKP, die ohne ärztliche Anweisung erfolgen könne, einzuräumen. So könnten pro Jahr CHF 13 Mio. eingespart werden, erläuterte Benjamin Roduit (cvp, VS). Gegen diese Forderung sprachen sich neben dem Bundesrat auch die SVP und die FDP aus. Es bestehe die Gefahr, dass dadurch ein Präjudiz geschaffen würde und durch die grössere Zahl an Leistungserbringenden die Kosten für das Gesundheitssystem nicht abnehmen, sondern stiegen, was höhere Prämien zur Folge hätte. Eine Mehrheit der grossen Kammer liess sich allerdings nicht von diesen Worten überzeugen. Auf Anregung von Pierre-Yves Maillard (sp, VD) lehnte der Nationalrat ausserdem den Mehrheitsantrag der SGK-NR ab, dass entsprechende Leistungen Gegenstand von Vereinbarungen mit Versicherern sein müssten.

Weiter wurde bezüglich Ausbildungsförderung beschlossen, dass die Kantone den Krankenhäusern, Pflegeheimen und Spitex-Organisationen eine bestimmte Anzahl Ausbildungsplätze, die diese zur Verfügung stellen müssen, vorgeben sollen. Ebenfalls gutgeheissen wurde die Forderung, dass die Kantone dazu verpflichtet werden sollen, den angehenden Pflegefachpersonen an einer Höheren Fachschule oder Fachhochschule mit Ausbildungsbeiträgen zur Seite zu stehen. Der Bund soll die Kantone während acht Jahren für die beiden ebengenannten Punkte mit CHF 469 Mio. unterstützen. Betreffend Ausbildungsbeiträge hätten die SVP und die FDP gerne Einschränkungen auf hilfs- und unterhaltsbedürftige Personen vorgenommen. Regine Sauter (fdp, ZH) betonte, es gebe neben den Pflegestudiengängen HF oder FH auch

andere Berufsbereiche, wo eine Weiterbildung anzustreben sei, dort werde allerdings auf die Eigenverantwortung der Studierenden gezählt. Damit konnte sie die Mehrheit ihrer Ratskolleginnen und -kollegen jedoch nicht überzeugen, gegen die Beiträge zu stimmen.

In der Gesamtabstimmung wurde der indirekte Gegenvorschlag mit 124 zu 68 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) angenommen. Abgesehen von der SVP und einer Mehrheit der FDP stimmten alle Parteien dem Gegenentwurf zu. Die Pflegeinitiative konnte die Mehrheit des Nationalrates indes nicht überzeugen und so empfahl er dem Volk und den Ständen das Begehren mit 107 zu 82 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) zur Ablehnung, wobei die SP, die Grünen, aber auch vereinzelt Mitglieder der FDP.Liberalen-, der GLP- sowie der Mitte-Faktionen für Annahme der Initiative plädierten.¹

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

In der Frühjahrssession 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.²

Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

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 Hausdienstleistungen, 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.³

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

(Feri) 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.⁴

Ergänzungsleistungen (EL)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 15.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

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

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

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

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

In der Gesamtabstimmung nahm der Rat seine neue Version zur Reform der Ergänzungsleistungen mit 125 zu 53 Stimmen bei 13 Enthaltungen an. Unzufrieden zeigten sich die SP- und die Grünen-Fraktion, während sich ein Drittel der CVP-Fraktion sowie einzelne Mitglieder der GLP- und der BDP-Fraktion der Stimme enthielten.⁵

Krankenversicherung

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.⁶

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 minimale 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.⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 04.03.2014
FLAVIA CARONI

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

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

Bereits in der folgenden Woche schloss sich der Nationalrat dem Beschluss des Ständerates an und verzichtete auf eine Rückweisung an den Bundesrat. Das Geschäft ging damit an die SGK-NR zur Detailberatung. In der Herbstsession gelangte das Gesetz erneut in den Nationalrat. Die Debatte stand im Zeichen der knapp drei Wochen später stattfindenden Abstimmung über eine öffentliche Krankenkasse und gestaltete sich äusserst ausführlich. Während die bürgerliche Mehrheit ihren grundsätzlichen Widerstand gegen das neue Gesetz angesichts der drohenden Einführung einer Einheitskasse aufgab, scheiterten zahlreiche linke Anträge auf Verschärfung der Aufsicht. Die Kommissionsmehrheit ging mit Bundes- und Ständerat einig in der Absicht, die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung im neu zu schaffenden

Krankenversicherungsaufsichtsgesetz KVAG zu regeln. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) setzte sich dagegen weiter für eine Integration einiger ihrer Ansicht nach wesentlicher Bestimmungen des Entwurfes in das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Fallenlassen der restlichen Artikel ein. Dazu wollte sie das Geschäft erneut an die Kommission zurückweisen. Die bestehenden Aufsichtsinstrumente seien bei konsequenter Anwendung absolut ausreichend, so die Begründung. Alle Fraktionen bis auf jene der SVP betonten jedoch die Wichtigkeit des neuen Aufsichtsgesetzes und seiner sofortigen Beratung, woraufhin der Rückweisungsantrag mit 144 zu 40 Stimmen abgelehnt wurde und die Detailberatung begann. In der umstrittenen Frage der Kontrolle von Versicherungsgruppen folgte der Nationalrat dem Ständerat gegen den Antrag des Bundesrates und einer Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH): Das BAG soll demnach innerhalb einer Gruppe, welche verschiedene Versicherungsprodukte wie Zusatzversicherungen, Taggeldversicherungen und Pensionskassen anbietet, nur jene Geschäftsbeziehungen kontrollieren können, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffen. Linke und Grünliberale warnten vor neuen Missbrauchsmöglichkeiten, unterlagen jedoch bei allen diese Problematik berührenden Artikeln den bürgerlichen Fraktionen, die ausführten, es sei nicht die Aufgabe des BAG, ausserhalb der Krankenversicherung liegende Versicherungsbereiche zu kontrollieren. Diese Kontrolle liege in der Zuständigkeit der FINMA, mit der es keine Konflikte zu schaffen gelte. Ein linker Minderheitsantrag Carobbio (sp, TI), der die Publikation von Prämien vor deren Genehmigung durch das BAG verbieten wollte, wie es der Bundesrat vorgesehen und der Ständerat beschlossen hatte, scheiterte an der bürgerlichen Mehrheit im Rat. Diese folgte der Kommissionsmehrheit in ihrem Beschluss, die provisorischen Prämien dürften mit Hinweis auf deren noch ausstehende Genehmigung veröffentlicht werden. Ebenso klar scheiterten zwei Minderheitsanträge de Courten (svp, BL): Der erste wollte den Passus streichen, wonach das BAG die Genehmigung von Prämien verweigern kann, falls diese zur Bildung übermässiger Reserven führe. Der zweite wollte im Gesetz festschreiben, dass während der Dauer eines Beschwerdeverfahrens zwischen dem BAG und einer Krankenkasse über die Prämienhöhe automatisch die höhere der beiden vorgeschlagenen Prämien zur Anwendung kommen sollte. Die Anträge wurden nur von der SVP- und der BDP-Fraktion unterstützt. Einen wichtigen Teil des neuen Gesetzes bilden die Bestimmungen über die Rückerstattung zu hoher Prämien. Der Rat folgte seiner Kommission diskussionslos darin, den Prämienausgleich für die Kassen freiwillig zu erklären: Der Versicherer "kann" gemäss diesem Beschluss einen Prämienausgleich vornehmen. Die Rückerstattung erfolgt dabei an alle im fraglichen Jahr bei der Kasse versicherten Personen, auch wenn diese inzwischen den Kanton oder die Kasse gewechselt haben, und er erfolgt im Folgejahr. Der Ständerat hatte sich noch für einen zwingenden Ausgleich ausgesprochen, der im übernächsten Jahr an jene Personen erfolgen sollte, die nach wie vor bei der Kasse versichert sind. Bundesrat und Ständerat hatten die Möglichkeit einer Regulierung der Werbekosten und der Provisionen für Vermittler durch die Regierung vorgesehen. Im Gegensatz dazu wollte der Nationalrat lediglich die aktuell fehlende gesetzliche Grundlage für eine Branchenvereinbarung zur Regelung der Telefonwerbung und der Vermittlerprovisionen schaffen. Ebenfalls gegen die Version von Bundes- und Ständerat sowie einer nur von der SVP-Fraktion gestützten Minderheit de Courten (svp, BL) folgte der Rat seiner Kommissionsmehrheit darin, die Kassen zum gesonderten Ausweisen von Werbe- und Vermittlerkosten in der Jahresrechnung zu zwingen. Eine Abschwächung des Entwurfs zugunsten der Kassen beschloss der Nationalrat bei der Offenlegung der Entschädigungen für die Mitglieder der leitenden Organe: Während Bundes- und Ständerat sowie eine Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH) eine Offenlegung sämtlicher Entschädigungen des Verwaltungsrats und der höchsten Entschädigung der Geschäftsleitungsmitglieder jeweils unter Namensnennung anstrebten, folgte der Rat seiner Kommissionsmehrheit darin, auf die Namensnennung zu verzichten. Die linke Minderheit hatte argumentiert, ihre Version folge Richtlinien der Economiesuisse und es gelte, das Vertrauen der Bevölkerung in die Krankenkassen wieder zu stärken. Sie unterlag der bürgerlichen Mehrheit, welche gleiche Regeln wie bei den übrigen obligatorischen Sozialversicherungen schaffen wollte. Ein Minderheitsantrag Pezzatti (fdp, ZG) war erfolgreich, der im Falle besonderer Überprüfungen durch die externe Revisionsstelle die Kosten nur dann der geprüften Kasse anlasten will, falls ein Verdacht auf schwere Mängel besteht. Bei der Kontrolle durch von der Aufsichtsbehörde herangezogene Dritte gewann die Kommissionsmehrheit gegen eine Minderheit Carobbio (sp, TI) mit ähnlichem Resultat: Die Kosten sollen den Kassen nur dann angelastet werden können, wenn tatsächlich Unregelmässigkeiten festgestellt werden. Die Minderheit wollte angesichts der Unsicherheit über zukünftige Entwicklungen keine abschliessende Aufzählung der Fälle, in denen diese Möglichkeit besteht, die Mehrheit dagegen argumentierte mit Klarheit und Rechtssicherheit. Seiner Kommissionsmehrheit gegen eine Minderheit Steiert (sp,

FR) folgend, beschloss der Nationalrat auch, im Gesetz die möglichen sichernden Massnahmen, welche die Aufsichtsbehörde gegen die Kassen verfügen kann, abschliessend aufzuzählen. Zudem sollten diese nur bei schwerwiegenden Verletzungen der Bestimmungen des KVAG oder des KVG anwendbar sein und vom BAG formell verfügt werden. In der Gesamtabstimmung sprachen sich alle Fraktionen bis auf jene der SVP geschlossen für das neue Gesetz aus. Durch die SVP-Fraktion zog sich ein Röstigraben: Während die Deutschschweizer Mitglieder sich gegen das neue Gesetz aussprachen, stimmten alle welschen und Tessiner Mitglieder dafür oder enthielten sich ihrer Stimme. Es resultierten 139 Stimmen für und 40 gegen das neue Gesetz (8 Enthaltungen).

Bereits in der Folgewoche gelangte das Geschäft zur zweiten Runde der Differenzbereinigung erneut in den Ständerat. Die Debatte war verhältnismässig kurz, und völlig unkontrovers – der Rat folgte in allen Punkten ohne Gegenvoten seiner Kommission. Die Differenzen zum Nationalrat wurden mehrheitlich, jedoch nicht vollständig behoben. So wurde am Verbot der Publikation noch nicht genehmigter Prämien festgehalten, ebenso an der Bestimmung, wonach die betroffenen Kassen die Kosten der speziellen Prüfung durch eine externe Revisionsstelle zu bezahlen haben und dies auch dann, wenn kein Verdacht auf schwere Mängel besteht. Gemäss der vom Ständerat gewählten Version kann das BAG die Kosten aber in Ausnahmefällen ganz oder teilweise erlassen. Auch in der Frage der sichernden Massnahmen wollte der Ständerat nicht von seinem Beschluss abrücken: Diese sollen bei jeglichen, und nicht nur bei schwerwiegenden, Verletzungen des KVG und KVAG sowie ohne formelle Verfügung des BAG anwendbar sein und im Gesetz nicht abschliessend aufgezählt werden.

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

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

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

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 05.03.2014
FLAVIA CARONI

In der Frühjahrsession 2014 beriet der Nationalrat als Zweitrat in einer umfassenden Debatte die Änderung des KVG zur **Korrektur der zwischen 1996 und 2011 bezahlten Prämien**. Im Vorjahr hatte der Ständerat abweichend vom Entwurf des Bundesrates beschlossen, eine Umverteilung im Umfang von CHF 800 Mio., aufgeteilt auf drei Jahre, vorzunehmen, welche je zu einem Drittel vom Bund, den Versicherern und den Versicherten zu bezahlen wäre. Zudem hatte die kleine Kammer das Geschäft mit jenem zum neuen Gesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung gekoppelt. In der grossen Kammer war Eintreten unbestritten. Wiederholt betonten die votierenden, die vorliegende Lösung sei alles andere als optimal, jedoch politisch notwendig, und es sei wichtig, ähnliche Verzerrungen zukünftig durch ein griffiges Aufsichtsgesetz zu verhindern. Damit die Rückerstattung möglichst schnell begonnen und abgeschlossen werden kann, sei jedoch auf eine Koppelung mit dem Aufsichtsgesetz zu verzichten, da der Zeitpunkt von dessen Inkrafttreten noch ungewiss sei, so die abgesehen von zwei Enthaltungen geschlossene auf tretende Kommission. Relativiert wurde in einem Votum das Ausmass der Verzerrungen: So hätten zum Beispiel im Kanton Zürich die Versicherten gerade einmal CHF 20 pro Jahr und Person zu viel bezahlt. In der Detailberatung beantragte die Kommissionsmehrheit, die Rückerstattung auf ein Zeitfenster von 1996 bis 2013 zu beziehen und damit nicht an das Aufsichtsgesetz zu koppeln, um zusätzliche Berechnungsschwierigkeiten zu vermeiden und die

Ausgleichszahlungen rasch vornehmen zu können. Eine Minderheit Carobbio (sp, TI) beantragte, die Kopplung an das Aufsichtsgesetz beizubehalten und die Rückerstattung bis auf das Datum von dessen Inkrafttreten auszudehnen, wie es der Ständerat vorgesehen hatte. Damit wähle man eine Lösung, die auch für die nähere Zukunft bis zum Inkrafttreten des Aufsichtsgesetzes Bestand habe, so die Minderheit, denn auch nach 2013 würde die ungleiche Prämienbelastung in den Kantonen weiterbestehen. Mit 118 zu 56 Stimmen bei einer Enthaltung folgte der Rat der Kommissionsmehrheit, womit sich eine Differenz zum Ständerat ergab. In allen weiteren Punkten folgte der Nationalrat der Position des Ständerates. In der Gesamtabstimmung nahm er den Entwurf mit 173 gegen 3 Stimmen ohne Enthaltungen an. In der Presse wurde in den folgenden Tagen die Ansicht geäußert, das weitgehende Einlenken des Nationalrats auf die Position des Ständerats sei darauf zurückzuführen, dass die bürgerliche Mehrheit im Rat angesichts der im Herbst anstehenden Abstimmung über eine öffentliche Krankenkasse die Bevölkerung beim Thema Krankenversicherung besänftigen und für möglichst wenig Unzufriedenheit sorgen wolle. Noch in der gleichen Session stimmte der Ständerat dem Beschluss des Nationalrats zu, die Vorlage von jener zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung zu entkoppeln. Dies angesichts des unerwartet schnellen Voranschreitens der Arbeiten am Aufsichtsgesetz. In der Schlussabstimmung wurde der Entwurf im Nationalrat mit 193 zu einer Stimme ohne Enthaltungen und im Ständerat einstimmig mit 42 Stimmen, ebenfalls ohne Enthaltungen, angenommen.⁹

STANDESINITIATIVE
DATUM: 17.03.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2016 entschied sich auch der Nationalrat deutlich mit 117 zu 54 Stimmen (bei 1 Enthaltung) auf Empfehlung der SGK-NR, der Standesinitiative des Kantons Tessin für eine **Neuregelung des Verfahrens zu Prämiengenehmigung** keine Folge zu geben. Die Kommission begründete ihre Entscheidung – gleich wie der Erstrat – damit, dass die Anliegen der Initiative bereits im neuen Aufsichtsgesetz umgesetzt worden seien. Eine Kommissionsminderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) hatte erfolglos auf Folge geben plädiert, da dies eine vertiefte Diskussion über den Abbau von übermässigen Reserven ermöglichen hätte.¹⁰

MOTION
DATUM: 08.12.2016
ANJA HEIDELBERGER

Die SGK-NR legte ihrem Plenum Ende 2016 eine Motion für **mehr unternehmerische Freiheit im Gesundheitswesen** vor, die sich trotz des allgemein formulierten Titels mit den Franchisen befasste. Der Vorstoss vereinte drei Anliegen: Erstens sollten die Franchisen-Wahlmöglichkeiten für die Versicherten mindestens beibehalten oder aber ausgebaut werden, zweitens sollten die Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mehr Freiheiten erhalten, um neue Versicherungsmodelle entwickeln und testen zu können, und drittens sollten die Franchisen an die Kostenentwicklung angepasst werden. Eine Minderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) beantragte, die Motion abzulehnen.

Der Nationalrat behandelte den Vorstoss in der Wintersession 2016 zusammen mit der Motion Bischofberger (cvp, AI; Mo. 15.4157). Minderheitensprecherin Carobbio Guscetti verwies in der Debatte auf die zahlreichen Vorstösse, in denen die in dieser Motion geäußerten Forderungen bereits enthalten waren, und wertete die zusätzliche Motion der Kommission als Versuch, Druck auszuüben, um die Solidarität im Gesundheitswesen weiter zu schwächen. Da die geforderten Massnahmen zudem bisher keine Wirkung gezeigt hätten, solle die Motion abgelehnt werden. Dennoch sprach sich der Rat mit 130 zu 55 Stimmen (bei 1 Enthaltung) für ihre Annahme aus.¹¹

MOTION
DATUM: 11.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2017 hatte der Bundesrat angekündigt, dass die durch höhere Franchisen erhältlichen Maximalrabatte nach Franchisenhöhe abgestuft und bei den höchsten Franchisen bei 50 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos begrenzt werden sollen. In der Folge reichten die SGK-NR und die SGK-SR zwei gleich lautende Motionen (Mo. 17.3633 bzw. Mo. 17.3637) ein, welche beantragten, die **Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen bei 70 Prozent** zu belassen. Durch die Bestrafung derjenigen Personen, die höhere Franchisen wählten, entsprechend eigenverantwortlich handelten und durch ihren Solidaritätsbeitrag substantiell zur „nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitssystems“ beitragen, würde der Anreiz zur Eigenverantwortung geschwächt. Der Bundesrat berief sich jedoch auf seinen Bericht in Erfüllung des Postulats Schmid-Federer, der verdeutlicht hatte, dass nur die ordentliche und die Maximalfranchise attraktiv seien. Um den Versicherten eine möglichst grosse Wahlfreiheit mit echter Auswahl zu präsentieren, müssten die Rabatte aller Franchisen versicherungsmathematisch den Einsparungen entsprechen, die aufgrund der niedrigeren Kosten für die Krankenkassen durch die höheren Kostenbeteiligung der

Versicherten, nicht aber durch die üblicherweise gute Gesundheit der Personen mit hohen Franchisen, entstehen. Eine Annahme dieser Motion würde aber entsprechende Diskussionen um die Franchisenstufen im Rahmen anderer Geschäfte (Mo. Bischofberger, pa.lv. Brand) torpedieren, weshalb sie der Bundesrat zur Ablehnung empfahl.

In der Debatte im Nationalrat betonte Bruno Pezzatti (fdp, ZG), dass der bundesrätliche Vorschlag die Solidarität überstrapazierte und zu „kontraproduktiven Auswirkungen auf die Gesundheitskosten“ führen könne. Im Namen der SP sah Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) die Kommissionsmotion als weiteren Versuch, durch die Stärkung der individuellen Verantwortung die Solidarität zwischen gesunden und kranken Menschen zu schwächen. Zudem könnten gemäss KVG nur Rabatte gewährt werden, die aus versicherungstechnischer Sicht sinnvoll sind – Gesundheit alleine sei somit kein Grund für einen Rabatt. Bundesrat Berset betonte abschliessend noch einmal, dass eine Annahme dieser Motion einer „Betonierung eines Systems“ mit faktisch nur zwei Franchisenstufen gleichkomme und bat die grosse Kammer entsprechend erneut um Ablehnung der Motion. Diesem Votum folgte der Nationalrat jedoch nicht, er stimmte der Motion – und damit gleichzeitig der Motion der SGK-SR – mit 118 zu 54 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) gegen den Widerstand von SP und Grünen zu.¹²

MOTION
DATUM: 07.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2016 lancierte die FDP.Libérale-Fraktion eine Offensive zum Thema «**Franchisen**», indem sie gleich drei entsprechende Motionen einreichte. Demnach sollten Franchisen zukünftig regelmässig angepasst werden (Mo. 16.3110) und die Maximal- (Mo. 16.3111) und Minimalfranchise (Mo. 16.3112) sollten erhöht werden.

Die Möglichkeit einer **Anpassung der Franchisenhöhe** sei bereits in der aktuellen Rechtslage gegeben; dies sei denn auch die Begründung für die Regelung der Franchisenhöhe der OKP auf Verordnungsstufe. Damit aber die Franchisen zukünftig regelmässig angepasst würden, solle der Bundesrat einen entsprechenden Mechanismus – zum Beispiel eine Bindung der Franchisenhöhe an die Lohn- und Preisentwicklung – vorsehen. Zur Stärkung der Eigenverantwortung und zur Entlastung des Gesundheitssystems soll zudem die **Maximalfranchise erhöht** oder eine neue maximale Franchisenstufe geschaffen werden. Dabei sei das zusätzlich übernommene finanzielle Risiko durch entsprechende Prämienrabatte auszugleichen. Dasselbe gelte für die Grundfranchise: Diese sei seit zwölf Jahren nicht angepasst worden, wodurch die positiven Anreize von höheren Franchisen – namentlich eine Steigerung des gesundheits- und kostenbewussten Verhaltens der Versicherten und eine Entlastung des Krankenkassensystems – nicht ausgenutzt werden könnten. Eine **Erhöhung der Grundfranchise** um CHF 100 bzw. CHF 200 würde zu Entlastungen von CHF 220 Mio. bzw. CHF 430 Mio. führen.

Der Bundesrat empfahl die drei Motionen grösstenteils aus denselben Gründen zur Ablehnung, die er bereits bei Beratung der Motion Landolt am gleichen Tag eingebracht hatte. So sei die Umsetzung der im Dezember 2016 angenommenen Motion Bischofberger in Arbeit, zudem sei die Kostenbeteiligung der Versicherten aufgrund zahlreicher Massnahmen wie der Verdoppelung der ordentlichen Franchise, der Anhebung des maximalen Selbstbehalts, dem Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthalts und der Verteuerung der höchsten Franchise leicht stärker gestiegen als diejenige der Versicherer. Des Weiteren, so der Bundesrat, müssten auch die finanzielle Tragbarkeit und die Entwicklung der verfügbaren Einkommen berücksichtigt werden: Die Kostenbeteiligungen der Versicherten seien um 111 Prozent angestiegen, die Nominallöhne jedoch nur um 23.6 Prozent. Bezüglich der Grundfranchise verwies der Bundesrat auf einen Bericht von Volken, Bopp und Rüesch zur Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dieser habe gezeigt, dass grösstenteils Personen, die selten Gesundheitsleistungen beanspruchten, die Maximalfranchise wählten. Eine Erhöhung der Maximalfranchise würde folglich noch mehr gesunde Personen anziehen, die dadurch eine grössere Prämienreduktion erfahren würden, während die OKP dadurch nicht entlastet würde. Dies würde in der Folge zu einem «bedeutenden Prämienanstieg» führen. Schliesslich wolle der Bundesrat auch den Bericht zum Postulat Schmid-Federer über die Auswirkungen der Franchisenhöhe abwarten, weshalb er die Anpassung der Verordnung über die Krankenversicherung sistiert habe. Folglich empfehle er die drei Motionen zur Ablehnung, erklärte der Bundesrat weiter.

In der Frühjahrssession 2018 behandelte der Nationalrat die drei Motionen gemeinsam. Dabei betonte Regine Sauter (fdp, ZH) für ihre Fraktion den Hintergrund der Vorstösse: Seit 1996 hätten sich die Bruttokosten zulasten der OKP mehr als verdoppelt. Ein Grund dafür liege darin, dass unnötige Leistungen beansprucht würden, da die eigene

Kostenbeteiligung unerheblich sei. Mit den drei Motionen solle eine Verhaltensänderung beim Einzelnen erreicht und die Gesamtsolidarität gestärkt werden. Gesundheitsminister Berset verwies noch einmal auf die angenommene Motion Bischofberger, zu welcher der Bundesrat in Kürze eine Botschaft vorlegen werde, und bat den Rat darum, die drei Motionen, «qui ne nous mèneront pas plus loin», abzulehnen. Die grosse Kammer nahm die drei Vorstösse jedoch deutlich an: Die Zustimmung zur regelmässigen Anpassung der Franchisen (Mo. 16.3110) und zur Erhöhung der Maximalfranchise (Mo. 16.3112) schnitten mit 140 zu 53 Stimmen respektive mit 138 zu 55 Stimmen ähnlich gut ab. Kritischer zeigte sich der Rat bezüglich der Erhöhung der Minimalfranchise (Mo. 16.3111), die er mit 118 zu 75 Stimmen guthiess. Hier sprach sich neben der SP- und der Grünen-Fraktion, die bereits die beiden ersten Motionen abgelehnt hatten, auch die Mehrheit der CVP-Fraktion gegen die Änderung aus.¹³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 26.11.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2018 nahm der Bundesrat zum Entwurf der SGK-NR im Rahmen der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) für eine **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG** Stellung. Er erklärte seine Unterstützung für den Minderheitsantrag Carobbio Guscetti (sp, TI) auf Nichteintreten, da das strategische Wechseln der Franchisen gemäss dem Bericht der SGK-NR nur in 0.17 Prozent der Fälle vorkomme und die Krankenversicherungen dadurch jährlich lediglich CHF 5 Mio. einsparen könnten. Diesem geringen Vorteil stünden jedoch zahlreiche Nachteile gegenüber, etwa eine Schwächung der Selbstverantwortung durch häufigere Wahl der Grundfranchise, Mehrkosten für EL und Sozialhilfe und somit auch für Kantone und Gemeinden sowie ein administrativer Mehraufwand für die Krankenversicherungen.

In der Wintersession 2018 behandelte der Nationalrat den Entwurf. Als Kommissionssprecher betonten Philippe Nantermod (fdp, VS) und Heinz Brand (svp, GR) noch einmal den Nutzen der Vorlage: Das opportunistische «Franchisenhüpfen» müsse gestoppt werden, auch wenn es sich dabei um ein untergeordnetes Problem handle. Barbara Gysi (sp, SG) kritisierte im Namen der Minderheit Carobbio Guscetti vor allem das Verhalten der Kommission, die trotz mehrheitlich negativer Vernehmlassungsantworten keinen der Kritikpunkte in die Vorlage aufgenommen hatte. Mit 111 zu 68 Stimmen bei einer Enthaltung sprach sich der Nationalrat für Eintreten auf die Vorlage aus. Während die SP- und die Grünen-Fraktion Eintreten geschlossen ablehnten, war die Situation aufseiten der Bürgerlichen weniger deutlich. Gespalten zeigte sich insbesondere die FDP-Fraktion, aber auch in der SVP- und der CVP-Fraktion lehnten einzelne Personen eine Behandlung der Vorlage ab. Knapper scheiterte der Antrag Grüter (svp, LU) auf Rückweisung an die Kommission: Mit 86 zu 81 Stimmen bei 13 Enthaltungen stimmte der Rat für die Behandlung der Vorlage, wobei hier die Fronten quer durch die meisten Fraktionen verliefen.

In der Detailberatung versuchte eine Minderheit Ruiz (sp, VD), eine Ausnahmeklausel für Personen, bei denen neu eine chronische oder schwere Krankheit diagnostiziert wurde, zu schaffen. Eine solche lehnte der Nationalrat jedoch mit 118 zu 56 Stimmen (bei 1 Enthaltung) ab. Ebenfalls abgelehnt wurde eine vom Bundesrat vorgeschlagene und von der Kommissionmehrheit unterstützte Pflicht für die Krankenversicherungen, die Versicherten zwei Monate vor Ablauf der Frist auf ihre Wahlmöglichkeit hinzuweisen. Mit 112 zu 62 Stimmen (3 Enthaltungen) folgte die grosse Kammer einer Minderheit Humbel (cvp, AG), welche unter anderem die Kosten für die Versicherungen «ohne Mehrwert für die Versicherten» scheute. Mit 113 zu 60 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) verabschiedete der Rat die Vorlage in der Gesamtabstimmung.¹⁴

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 26.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2019 behandelte der Nationalrat als **Erstrat** den Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Eine Kommissionsminderheit Gysi (sp, SG) hatte dem Rat Nichteintreten beantragt. Barbara Gysi betonte, dass die SP-Fraktion zwar eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen befürworte, aber diese Vorlage ablehne, da darin die «Meinung der Kantone in grossen Zügen missachtet» worden sei. Den Kantonen käme nur noch die Rolle der Zahlstelle zu, die Relevanz der Spitallisten würde stark reduziert. Überdies würde die Vorlage zu einer Besserstellung der Privatspitäler und Zusatzversicherten zulasten der OKP führen, kritisierte Gysi. Aufgrund der zahlreichen Mitglieder in der Subkommission, die Mandate bei Krankenversicherungen oder Krankenkassenverbänden hätten, und aufgrund der «getreuen» Umsetzung der Vorschläge von Curafutura begünstigte die Vorlage die Interessen der Krankenversicherungen. «Diese Vorlage stammt klar aus der Feder von Curafutura», fasste sie ihre Kritik zusammen. Ein Nichteintreten würde dem Bundesrat

zusammen mit den Kantonen eine neue Lösungsfindung ermöglichen.

Ruth Humbel (cvp, AG) betonte als Kommissionssprecherin, dass es den Krankenversicherungen nicht verboten sei, fachliche Inputs zu geben. Zudem seien die Privatspitäler ein «Nebenschauplatz». In erster Linie stärke die Vorlage die Steuerungsmöglichkeit der Kantone, indem sie neu den ambulanten und stationären Bereich planen könnten, einen Einsitz in Tarmed oder Tardoc erhielten und weiterhin die Tarife genehmigten oder erliessen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigten. Mit 136 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat in der Folge für Eintreten aus. Die ablehnenden Stimmen stammten aus der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von MCG-Mitglied Roger Golay (mcg, GE).

In der Detailberatung diskutierte der Nationalrat verschiedene technische Fragen, die jedoch, so die Auffassung der meisten Rednerinnen und Redner, hochpolitisch waren. So beriet die grosse Kammer die Berechnung der Kantonsbeiträge, bei der zwei Fragen umstritten waren: Soll erstens der Abzug der Risikoabgaben risikobasiert oder kostenbasiert erfolgen und sollen zweitens die Kostenbeteiligungen der Versicherten abgezogen werden, bevor die Kantonsbeiträge berechnet werden. Bei ersterer Frage sprach sich eine Kommissionsminderheit Nantermod (fdp, VS) für das risikobasierte Pauschalmodell aus. Dieses habe den Vorteil, dass nur die Risikokompensation und nicht die variablen Verwaltungskosten der Versicherungen berücksichtigt würden, erklärte Regine Sauter (fdp, ZH) für die Kommissionsminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenwahrheit entsprechen müssten. Somit könne man diese nicht «aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen» verteilen. Mit 111 zu 78 Stimmen sprach sich der Nationalrat für den Mehrheitsantrag der SGK-NR und somit für das kostenbasierte Modell aus: Eine Allianz aus SP-, Grünen- und SVP-Fraktion setzte sich diesbezüglich gegen die geschlossen stimmenden übrigen Fraktionen durch.

Eine weitere Minderheit Nantermod setzte sich dafür ein, dass die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also zum Beispiel die Franchisen, ebenfalls in die Berechnung des Kantonsanteils einfließen sollten. Nur dadurch würden Personen mit hohen Franchisen gleich behandelt wie Personen mit tiefen Franchisen. Mit dieser Berechnungsart müssten die Kantone den Versicherungen aber auch Geld für Kosten überweisen, die nicht von ihnen, sondern von den Versicherten bezahlt worden seien, kritisierte Gesundheitsminister Berset. Rechtlich sei es gemäss dem Bundesamt für Justiz zudem problematisch, wenn der Bund die Kantone zwingt, Kosten zu übernehmen, die nicht unter die OKP fielen, erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Weiter könne es nicht sein, dass die Eigenverantwortung, die den höheren Franchisen zugrunde liege, «an die Kantone delegiert werde». Mit 148 zu 33 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) respektive 141 zu 46 Stimmen (bei keiner Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Antrag des Bundesrates und die Berechnung der Kantonsbeiträge nach Abzug der Franchisen aus. Für die Minderheit hatten sich vor allem Teile der SVP- und der FDP.Liberalen-Fraktionen eingesetzt. Gleichzeitig entschied sich der Rat auch, den von den Kantonen übernommenen Mindestanteil von 22.6 Prozent auf 25.5 Prozent zu erhöhen, wie es der Bundesrat beantragt hatte.

Wie sich bereits in der Eintretensdebatte angekündigt hatte, war die Frage der Vergütungen an die Vertragsspitäler in der Detailberatung besonders umstritten. Diese liegt heute bei 45 Prozent, neu soll sie jedoch auf 74.5 Prozent erhöht werden. Dadurch würden Privatspitäler, die sich nicht an der Ausbildung oder am Grundversorgungsauftrag beteiligten, die besonders lukrative Fälle der übrigen Spitäler abwerben würden und deren Gewinne auf den Konten von ausländischen Investoren landeten, noch stärker aus der OKP abgegolten werden als bisher, kritisierte Barbara Gysi. Dadurch käme es zu einem Anstieg der Prämien der Grundversicherten, zu einer Mengenausweitung durch die Privatspitäler – bereits jetzt würden halbprivat oder privat versicherte Personen zum Beispiel 2.2-mal häufiger am Knie operiert als Grundversicherte – sowie zu einem Anstieg der Anzahl Privatspitäler. Schliesslich unterliefe dies auch die Spitalplanung der Kantone. Letzteren Punkt betonte auch Bundesrat Berset. Kommissionssprecherin Humbel entgegnete hingegen, dass Privatkliniken nicht per se teurer seien als öffentliche Spitäler und es überdies nur zehn davon gebe. Heute würden 45 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler durch die Kantone sowie 100 Prozent der ambulanten Leistungen durch die Versicherungen vergütet; mit einem Anteil von 74.5 Prozent wäre der Unterschied zu heute somit vernachlässigbar. Die grosse Kammer sprach sich in der Folge mit 132 zu 56 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) deutlich für den Antrag der Kommissionsmehrheit und die höhere Vergütung für die Vertragsspitäler aus.

Bei der Frage nach der zukünftigen Rolle der gemeinsamen Einrichtung der Versicherungen entschied sich der Rat gegen eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) und eine Minderheit Carobbio (sp, TI) dafür, dass die Einrichtung neu auch für die Aufteilung des

Kantonsbeitrags auf die Versicherungen zuständig sein soll. Sowohl Aeschi als auch Carobbio hatten mit ihren Anträgen beabsichtigt, die Rolle der Kantone in EFAS zu stärken; Thomas Aeschi wollte den Kantonen die Möglichkeit geben, das Geld selbst zu verteilen, während Marina Carobbio der gemeinsamen Einrichtung die Kontrolle über die Zahlungen übertragen wollte, damit die Kantone den Versicherungen nicht blind vertrauen müssten, wie Bea Heim (sp, SO) erklärte.

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.¹⁵

MOTION
DATUM: 12.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019, also noch bevor EFAS zum ersten Mal vom Parlament behandelt worden war, reichte die SGK-NR mit 11 zu 11 Stimmen und Stichtentscheid ihres Präsidenten Thomas de Courten (svp, BL) eine Motion ein, mit der sie den Bundesrat mit dem **Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen** beauftragen wollte, sobald die notwendigen Grundlagen, die zur Zeit im Rahmen eines Postulats (Po. 19.3002) erarbeitet werden, vorhanden seien. Der Bundesrat erklärte, er begrüesse den Einbezug der Pflegeleistungen in EFAS, da dies einer zentralen Forderung der Kantone entspreche, und empfahl die Motion zur Annahme. In der Wintersession 2019 debattierte der Nationalrat über die Motion. Mit dieser könne man verbindlich zeigen, dass man bereit sei, die Langzeitpflege in EFAS aufzunehmen, verdeutlichte Regine Sauter (fdp, ZH) die Kommissionsposition. Barbara Gysi (sp, SG) vertrat die Kommissionsminderheit aus Mitgliedern der SVP und der SP. Diese wehrte sich dagegen, die Kantone den Takt bezüglich EFAS vorgeben zu lassen, und wollte eine fixe Zustimmung zum Einbezug der Langzeitpflege vor Vorliegen der entsprechenden Grundlagen verhindern. Mit 70 zu 109 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat bei einstimmiger Ablehnung durch die SP- und die Grünen-Fraktion sowie grossmehrheitlicher Ablehnung durch die SVP-Fraktion gegen die Motion aus.¹⁶

1) AB NR, 2019, S. 2276 ff.; AB NR, 2019, S. 2291 ff.; AB NR, 2019, S. 2304 ff.; BBI 2018, S. 7653 ff.

2) AB NR, 2019, S. 328 ff.

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

4) 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

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

6) 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.

7) 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.

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

9) AB NR, 2014, S. 61 ff.; AB NR, 2014, s. 569; AB SR, 2014, S. 146 ff.; AB SR, 2014, S. 375; NZZ, TG, 6.3.14

10) AB NR, 2016, S. 527 f.; Bericht SGK-NR vom 23.10.15

11) AB NR, 2016, S. 2111 ff.

12) AB NR, 2017, S. 2043 ff.

13) AB NR, 2018, S. 273 f.; Volken, Bopp und Rüesch (2014)

14) AB NR, 2018, S. 1795 ff.; BBI 2018, S. 6733 ff.

15) AB NR, 2019, S. 1876 ff.; AZ, 4.4.19; LT, TA, TG, 9.8.19; SGT, 15.8.19; BaZ, 21.9.19; NZZ, 26.9.19; Lib, TA, TG, 27.9.19

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