

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	20.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Leistungen der Krankenversicherung
Akteure	Keine Einschränkung
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1989 - 01.01.2019

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Meyer, Luzius
Müller, Eva
Rinderknecht, Matthias
Rohrer, Linda
Schnyder, Sébastien

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Meyer, Luzius; Müller, Eva; Rinderknecht, Matthias; Rohrer, Linda; Schnyder, Sébastien 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Leistungen der Krankenversicherung, 1989 – 2018*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 20.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Gesundheitspolitik	1
Ärzte und Pflegepersonal	2
Medikamente	2
Medizinische Forschung	4
Suchtmittel	4
Sozialversicherungen	4
Krankenversicherung	5
<hr/>	
Parteien, Verbände und Interessengruppen	22
Parteien	22
Grosse Parteien	22
Liberale Parteien	23

Abkürzungsverzeichnis

EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
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
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
BASPO	Bundesamt für Sport
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
HMO	Health Maintenance Organization
IVF	In-vitro-Fertilisation
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
CNG	Christlichnationaler Gewerkschaftsbund (Vorgänger von Travail.suisse)
KVAG	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
KVAV	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG

DFJP	Département fédéral de justice et police
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
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OFSPo	Office fédéral du sport
TFA	Tribunal fédéral des assurances
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
HMO	Health Maintenance Organization
FIV	Fécondation in vitro
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
CSC	Confédération des syndicats chrétiens de Suisse (Prédécesseur de Travail.suisse)
LSAMal	Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
OSAMal	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale
IC LAMal	Institution commune LAMal

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 31.01.1990
MARIANNE BENTELI

Als **Gründe für die Kostenexpansion im Gesundheitswesen** nennen Fachleute das immer grössere Leistungsangebot in den Spitälern, die starke Zunahme der Zahl der Ärzte, den vermehrten Medikamentenkonsum, die steigenden Lohnkosten, die erhöhte Nachfrage nach therapeutischen Leistungen und die Alterung der Bevölkerung. Sie verweisen darauf, dass das Gesundheitswesen nicht nach Marktprinzipien funktioniert, ein Umstand, der preistreibend wirke, da sowohl für die Patienten wie für die Leistungsanbieter ein echter Anreiz zu kostengünstigeren Behandlungen fehlt.¹

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 25.08.1990
MARIANNE BENTELI

Lösungen, die aus der Kostenspirale herausführen sollen, sind nur in Ansätzen vorhanden und teilweise politisch recht brisant. **Alternative Krankenkassenmodelle** (HMO und Bonus-Versicherung) möchten die Patienten zu gesundheits- und kostenbewussterem Handeln anleiten, könnten aber auch zu einer wachsenden Entsolidarisierung zwischen den Versicherten führen. Eine Rationierung der Leistungen – beispielsweise die Verweigerung aufwendiger Therapien bei Patienten mit geringen Heilungschancen oder in fortgeschrittenem Alter – mag ökonomisch sinnvoll erscheinen, würde aber die Gesellschaft vor kaum lösbare menschliche und soziale Probleme stellen.²

MOTION
DATUM: 30.09.2002
MARIANNE BENTELI

Mit einer Motion wollte Nationalrat Gross (sp, TG) den Bundesrat verpflichten, eine gesetzliche Grundlage für den Ausgleich von Patientenschäden zu schaffen, die weder dem Arzt oder dem Spitalträger als haftpflichtig zugeordnet noch über die Leistungspflicht einer Sozialversicherung abgegolten werden können. Unter anderem regte Gross die Schaffung eines von Leistungserbringern und Versicherern finanzierten **Patientenfonds** an. Der Bundesrat verwies darauf, dass die Behebung eines durch eine Fehlleistung verursachten Gesundheitsschadens in den meisten Fällen eine normale KVG-Pflichtleistung darstellt. Er anerkannte, dass mit einem Patientenfonds das Verhältnis zwischen Arzt und Patient entschärft werden könnte, vertrat aber die Meinung, es sei Sache der Leistungserbringer resp. ihrer Branchenverbände und der Versicherer, allenfalls einen derartigen Fonds einzurichten. Auf seinen Antrag wurde der Vorstoss als Postulat überwiesen.³

POSITIONSPAPIER UND PAROLEN
DATUM: 05.10.2002
MARIANNE BENTELI

Ausgehend von einem Bericht über das Malaise im Pflegebereich, das sich unter anderem in einem ausgetrockneten Arbeitsmarkt ausdrückt, verlangte die **CVP** einerseits eine bessere soziale und finanzielle Anerkennung der Pflegeberufe, andererseits eine Neuregelung der **Finanzierung der Pflegeheime**. Im Hintergrund stand eine im Juli erlassene Verordnungsänderung, wonach die Pflegeheime die effektiven Pflegekosten transparenter ausweisen müssen. Bis anhin wurden zum Teil auch eigentliche Pflegeleistungen dem Bereich Hotellerie zugeordnet und den Pflegebedürftigen direkt verrechnet. Mit der konsequenten Ausscheidung der tatsächlichen Pflegekosten rechnen die Versicherer, auf mehrere Jahre verteilt, mit Mehrkosten von rund 1,2 Mia Franken, was zu einem Prämienschub von gegen 10% führen könnte. Ständerat und CVP-Präsident Stähelin (TG) verlangte deshalb den umgehenden Übergang von der dualistischen zur monistischen Spital- und Heimfinanzierung, wonach die Versicherer sämtliche tarifvertraglichen Leistungen für die Krankenpflege berappen müssten. Die freiwerdenden Mittel, mit denen die Kantone heute Spital- und Heimleistungen subventionieren, sollten in gleicher Höhe an die Krankenkassen überwiesen werden mit dem gezielten Auftrag, die Kinderprämien massiv zu verbilligen resp. ganz aufzuheben und die Langzeitpflege im Alter zu finanzieren. Falls die Mittel nicht genügend sollten, sah Stähelin nur noch einen Ausweg: die Einführung einer **Zusatzprämie ab dem 50. Altersjahr**. Diese sollte für alle Schichten tragbar sein und dürfte 10 Fr. pro Monat nicht übersteigen. Diese Idee nahm Santésuisse auf. Sie regte an, Leute ab 50 sollten verpflichtet werden, zusätzlich zur obligatorischen Krankenversicherung eine **Pflegeversicherung** abzuschliessen, um die künftige Lastenverteilung zwischen den Generationen wieder etwas zu entspannen. Der

Anteil der Ausgaben für eigentliche Pflegeleistungen (Spitex und Pflegeheime) sei vor allem für die Altersgruppe 75+ bedeutsam. (Eine Studie der ETH zeigte, dass die Überalterung der Bevölkerung die Prämien bis ins Jahr 2035 um jährlich 0,5% verteuern wird.) Mit einer monatlichen Durchschnittsprämie von knapp 50 Franken ab Alter 50 könnten die Seniorinnen und Senioren die anfallenden Kosten weitgehend selber finanzieren. Anlässlich der jährlichen Pressekonferenz zur Prämienentwicklung zeigte sich Bundesrätin Dreifuss sehr besorgt ob dem Vorschlag von Santésuisse, der ihrer Ansicht nach darauf abzielt, die mühsam aufgebaute Solidarität zu untergraben und das Land zwischen Jungen und Älteren aufzuspalten.⁴

MOTION
DATUM: 19.12.2007
MARIANNE BENTELI

Erfolg hatte Kiener Nellen (sp, BE) mit einer Motion, die den Bundesrat aufforderte, Budget und Finanzplan des Bundesamtes für Sport (Baspo) ab 2007 um mindestens 10 Mio Fr. zu erhöhen, damit – in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) – Umsetzungsprojekte zur Bewegungs- und Sportförderung sowie zur Förderung einer gesunden Ernährung für **Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren** realisiert werden können. Die Motionärin machte geltend, es gebe zahlreiche Hinweise darauf, dass ausreichend Bewegung und Sensibilisierung für eine gesunde Ernährung im Kindesalter einer sportlichen Betätigung und einer ausgewogenen Lebensweise auch im Erwachsenenalter Vorschub leisten können. Trotz des unbestrittenen Handlungsbedarfs war der Bundesrat jedoch der Ansicht, dass Umsetzungsprogramme für Kinder und Jugendliche nicht isoliert zu betrachten, sondern in einen gesamtheitlichen Kontext zu stellen sind, weshalb er Ablehnung dieser sehr eng gefassten Motion beantragte. Der Nationalrat war aber der Auffassung, Prävention habe gerade in einem frühen Entwicklungsstadium einen ganz hohen Stellenwert, weshalb er die Motion mit 118 zu 56 Stimmen an den Ständerat überwies. Abgelehnt wurde hingegen eine Motion Zisyadis (pda, VD) (Mo. 04.3779) auf Übernahme der Diätberatung bei Jugendlichen durch die obligatorische Krankenversicherung, da der BR geltend machte, anders als bei Erwachsenen sei im Kinder- oder Jugendalter der Nutzen einer Beratung nicht wissenschaftlich nachgewiesen.⁵

Ärzte und Pflegepersonal

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 20.06.1997
MARIANNE BENTELI

Nationalrat Rychen (svp, BE) versuchte mit seiner bereits unter dem Titel Spitex erwähnten **parlamentarischen Initiative** auch zu erreichen, dass der **Ausbau des Leistungskatalogs im Bereich der Grundversicherung** bis ins Jahr 2000 einem **Moratorium** unterstellt wird. Davon wären vor allem neue Leistungserbringer betroffen, insbesondere die nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Deren Zulassung zur sozialen Krankenversicherung war im Vorfeld der Abstimmung über das neue KVG zwar nicht unbestritten, aber dennoch in Aussicht gestellt worden. Die Aufnahme in den Katalog der Grundversicherung war dann in erster Linie an Querelen unter den Berufsverbänden der Psychologen gescheitert. Auch dieser Punkt der Initiative Rychen wurde vorläufig unterstützt und zu weiteren Abklärungen an die Kommission zurückgegeben. Kurz darauf überwies der Nationalrat allerdings auch ein Postulat Wiederkehr (ldu, ZH), welches den Bundesrat einlädt, rasch eine Verordnung zu erlassen, die es gut qualifizierten Psychologinnen und Psychologen – und nur diesen – ermöglicht, auf ärztliche Anordnung hin im Rahmen der Grundversicherung psychotherapeutische Behandlungen in der eigenen Praxis durchzuführen (Po. 97.3356).⁶

Medikamente

POSTULAT
DATUM: 09.10.1998
MARIANNE BENTELI

Immer mehr kommen neben medizinisch gerechtfertigten Medikamenten sogenannte "Life-style-drugs" auf den Markt. Im Berichtsjahr machte vor allem "**Viagra**", ein Mittel gegen Potenzstörungen, viel von sich reden. Oppositionslos nahm der Nationalrat ein **Postulat** Günter (sp, BE) an, welches den Bundesrat auffordert, derartige Präparate nicht in die Liste der kassenzulässigen Arzneien aufzunehmen.⁷

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 19.03.1999
MARIANNE BENTELI

Die **Eidg. Arzneimittelkommission** empfahl, das **Potenzmittel Viagra und die Antifett-Pille Xenical** für **kassenpflichtig** zu erklären. Dagegen protestierten umgehend mehrere Patienten-, Konsumenten- und Arbeitnehmerorganisationen, die im Einklang mit dem Konkordat der Krankenkassen diese beiden Medikamente als unnötige Lifestylemittel einstufen. Diese Meinung vertrat auch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zumindest teilweise und folgte damit erstmals nicht den Empfehlungen der Arzneimittelkommission: Viagra wurde wegen der enormen Missbrauchsgefahr nicht in die Liste der kassenpflichtigen Medikamente aufgenommen, Xenical nur für extrem Übergewichtige.⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 12.04.2005
MARIANNE BENTELI

In den ersten Monaten des Jahres entwickelte sich ein erbitterter Streit zwischen den Vertretern der Alternativmedizin und dem BAG. Hintergrund des Streits war der bis Ende Juni zu fällende Entscheid, ob fünf komplementärmedizinische Methoden (chinesische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin und Neuraltherapie) im Leistungskatalog der Grundversicherung nach KVG verbleiben sollten oder nicht. Diese waren 1999 unter dem Vorbehalt zugelassen worden, dass innerhalb von sechs Jahren die Komplementärmedizin zu beweisen habe, dass ihre Methoden den Grundkriterien für die Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) entsprechen. Dass sich das BAG weigerte, die Resultate und Daten der verschiedenen PEK-Studien (Programm Evaluation Komplementärmedizin) vor dem Entscheid zu veröffentlichen, wertete der Dachverband der Alternativmediziner als Versuch, die ihrer Auffassung nach „brisanten Ergebnisse“ betreffend die Kostengünstigkeit der Komplementärmedizin zu unterdrücken; das BAG wies diesen Vorwurf umgehend zurück.

Erwartungsgemäss strich Bundesrat Couchepin per 1. Juli die fünf komplementärmedizinischen Methoden aus dem **Grundkatalog der Krankenversicherung**. Er führte aus, die PEK-Studien hätten nicht den wiederholbaren Nutzen dieser fünf Behandlungsarten beweisen können, auch wenn die Methoden bei den Patienten sehr beliebt seien und im Einzelfall Linderung oder gar Heilung einer Krankheit bewirken könnten. Nicht von der Streichung betroffen sind die wichtigsten komplementärmedizinischen Medikamente, sofern sie bereits auf der Spezialitätenliste figurieren, und die Konsultationen und Gespräche, die im Hinblick auf eine alternativmedizinische Behandlung geführt werden.⁹

MOTION
DATUM: 28.09.2007
MARIANNE BENTELI

Zu recht viel Unmut hatte 2005 der Entscheid des EDI geführt, fünf provisorisch in den Pflichtleistungskatalog nach KVG aufgenommene ärztliche **Alternativmethoden** (Phytotherapie, Homöopathie, traditionelle chinesische Medizin, anthroposophische Medizin und Neuraltherapie) wieder zu streichen, da deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich habe nachgewiesen werden können. Vorstösse zur Korrektur dieses Entscheids wurden denn auch eingereicht. Gegen dessen Willen verpflichtete der Ständerat den Bundesrat mit einer mit 19 zu 3 Stimmen deutlich angenommenen Motion Forster (fdp, SG), bis Ende 2008 anhand von wissenschaftlichen Methoden, nicht aber zwingend nach den Kriterien der Schulmedizin, noch einmal zu untersuchen, ob die aus der obligatorischen Krankenversicherung ausgeschlossenen Therapieformen Homöopathie, anthroposophische Medizin und traditionelle chinesische Heilkunde den Nachweis der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gemäss Art. 32 KVG erbracht haben. Sollte dies für eine oder mehrere Methoden der Fall sein, so seien diese definitiv in den Grundleistungskatalog aufzunehmen.¹⁰

GERICHTSVERFAHREN
DATUM: 07.04.1993
MARIANNE BENTELI

Medizinische Forschung

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) bestätigte seine bereits früher geäusserte Auffassung, wonach **künstliche Befruchtung mit IvF und Embryotransfer nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen gehören**. Begründet wurde der neue Entscheid damit, dass trotz inzwischen offensichtlich gestiegenen Erfolgsquoten immer noch keine genügenden Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Methode vorliegen. Das EVG verwies auch auf den neuen Verfassungsartikel, welcher der Eidgenossenschaft die Kompetenz verleiht, die Fortpflanzungs- und Gentechnologie zu regeln. Damit liege es nun am Parlament, ein Bundesgesetz zu erlassen und darin die Leitplanken für die künstliche Befruchtung zu setzen. Dabei werde möglicherweise auch die Frage entschieden, ob die Kosten für IvF und Embryotransfer von den Krankenkassen zu übernehmen sind oder nicht.¹¹

MOTION
DATUM: 30.09.2002
MARIANNE BENTELI

Suchtmittel

Santésuisse hatte schon früher angekündigt, sie würde gegen die Kassenpflicht von Heroin rekurrieren. Vehement dagegen protestiert hatten auch Vertreter des rechtsbürgerlichen Lagers. Die SVP hatte die diesbezüglichen Absichten des BSV sogar zum Anlass genommen, in einer parlamentarischen Initiative zu verlangen, das Parlament solle anstelle des EDI den Grundleistungskatalog der Krankenversicherung regeln, doch war der Vorstoss im Nationalrat deutlich abgelehnt worden. Mehr Erfolg hatte im Berichtsjahr der Solothurner CVP-Abgeordnete Heim. Seine Motion für eine **Aufhebung der Kassenpflicht** wurde gegen den Willen des Bundesrates vom Nationalrat mit 95 zu 67 gutgeheissen. Heim argumentierte, die Heroinabgabe, die erwiesenermassen zu einem Rückgang der Beschaffungskriminalität geführt habe, sei weniger eine medizinische denn eine sozialpolitische Massnahme zur Verbrechensbekämpfung.¹²

MOTION
DATUM: 10.03.2003
MARIANNE BENTELI

Mit 25 zu 17 Stimmen lehnte der Ständerat eine im Vorjahr vom Nationalrat angenommene Motion Heim für eine **Aufhebung der Krankenkassenpflicht** der heroingestützten Behandlung ab. Die Befürworter der Motion aus CVP und SVP machten erneut geltend, die medizinisch kontrollierte Heroinabgabe sei weniger eine medizinische denn eine sozialpolitische Massnahme, weshalb sie über allgemeine Steuern zu bezahlen sei, die Gegner konterten, Opiatsucht sei eine international anerkannte Krankheit und deren Behandlung, in welcher Form auch immer, deshalb kassenpflichtig.¹³

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 27.11.2014
FLAVIA CARONI

Im Zuge der starken medialen und politischen Präsenz einerseits des Krankenversicherungs- und andererseits des Altersvorsorgesystems, und weil Ende Dezember die dreijährige Einführungsphase der neuen Pflegefinanzierung auslief, wurde im Jahr 2014 eine bereits früher geäusserte Forderung erneut breit diskutiert: Jene nach einer **obligatorischen Alterspflegeversicherung**. Einen konkreten Anlass dazu bieten die demographische Alterung und die Entwicklungen in der Medizin, welche die Kosten der Alterspflege stark ansteigen lassen: Manche Experten rechnen mit einer Verdoppelung der aktuellen Kosten bis ins Jahr 2030. Eine durchschnittliche Person in der Schweiz wird heute im Alter von 81 Jahren pflegebedürftig und muss dann für rund 950 Tage gepflegt werden, wobei sich die Kosten in einem Pflegeheim im Schnitt auf CHF 7'500 monatlich belaufen. Unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen müssen die Bewohnerinnen und Bewohner einen maximalen Anteil der Pflegekosten von CHF 26,60 täglich übernehmen, für den Rest kommen die Krankenversicherung und die öffentliche Hand auf. Die Kosten für Hotellerie und Betreuung gehen dagegen vollständig zulasten der Patientinnen und Patienten. Diese Kosten übersteigen die Möglichkeiten vieler Rentnerinnen und Rentner, welche in Folge auf Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV angewiesen sind. Aktuell trifft dies auf 53% der Personen in Alters- und Pflegeheimen zu. Die Kosten für EL haben sich seit dem Jahr 2000 fast verdoppelt und betragen gegenwärtig rund CHF 4,5 Mrd. jährlich, was in der Grössenordnung der Ausgaben für die Landesverteidigung liegt. Zudem werden Kantone und Gemeinden, welche sich an den Kosten ihrer Pflegeplätze beteiligen, stark belastet. Vor diesem Hintergrund wurden Forderungen nach verschiedenen Massnahmen

geäussert, um die bestehenden Sozialwerke und die Steuerzahlenden zu entlasten sowie die Finanzierung der Alterspflege auf eine nachhaltige Basis zu stellen. Die Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen schlug zwei Modelle für die Abdeckung dieses Risikos vor: Entweder könnten ab einem Alter von 40 oder 45 Jahren zusätzliche Beiträge an die Krankenversicherung entrichtet werden – hier sei mit individuellen Zusatzkosten von rund CHF 30 monatlich zu rechnen – oder es solle eine neue, durch Lohnabzüge finanzierte Pflegeversicherung eingerichtet werden. Auch der Direktor der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren sprach sich für eine obligatorische Pflegeversicherung aus. Im Juli veröffentlichte die liberale Denkfabrik „Avenir Suisse“ ein Buch, in dem sie unter anderem eine Versicherung nach dem Kapitaldeckungsprinzip vorschlug, in die alle älteren Bürgerinnen und Bürger einzahlen würden. Diese Versicherung sollte organisatorisch bei der Krankenversicherung angesiedelt werden. Ausgehend von einem Beitragsbeginn mit 55 Jahren und einer Beitragsdauer von 26 Jahren würde eine monatliche Prämie von rund CHF 300 resultieren – ein hoher Betrag, der jedoch zum Teil durch Einsparungen bei Krankenversicherungsprämien und Steuern kompensiert werden könnte. Ergänzt würde das Vorsorgekapital durch Zinserträge. Nicht aufgebrauchtes Kapital sollte nach dem Ableben vererbt werden können, um einen Anreiz für einen haushälterischen Umgang mit den Geldern zu schaffen, höhere Kosten sollten dagegen durch eine klassische Versicherung mit Risikoprämien gedeckt werden. Sämtliche geäusserten Ideen stiessen auf ein gemischtes Echo und erhielten eher pessimistische Prognosen betreffend ihrer politischen Durchsetzbarkeit. Während bürgerliche Kreise sich gegen die Schaffung eines neuen, eigenen Sozialwerkes stellen dürften, befürchteten andere eine Schwächung der Solidarität durch verstärkte Belastung der älteren Generation. Das Gesundheitssystem basiere auf der Kostenbeteiligung aller Versicherten. Auch wurde betont, die Finanzierung der Pflege über Steuern sei erwünscht, da sie höhere Einkommen stärker belaste als tiefere. Manche Sachverständige erwarten zudem mittelfristig eine Entspannung der Lage, da der Anteil von Rentnerinnen und Rentnern, welche Leistungen aus der seit 1985 obligatorischen beruflichen Vorsorge beziehen, zunimmt.¹⁴

Krankenversicherung

Ziemlich überraschend schickte das BSV im Juni das bereits bewilligte Gesundheitskassenmodell **HMO** (Health Maintenance Organization) und das bedeutend umstrittenere, von der Krankenkasse Grütli vorgeschlagene **Bonussystem** in eine breite Vernehmlassung. Während die probeweise Einrichtung von HMO-Praxen in den Kantonen und bei den Parteien allgemein auf ein eher positives Echo stiess, lehnten viele Kantone, die SVP, die SP, die Gewerkschaften und die Invalidenverbände das Bonussystem zum Teil vehement ab, da es zu einer krassen Entsolidarisierung im Kassenwesen führe. FDP und CVP konnten sich mit einem befristeten Versuch unter gewissen Bedingungen einverstanden erklären, forderten aber dessen wissenschaftliche Begleitung. Die meisten Krankenkassen – mit Ausnahme der Helvetia, die sich dem Grütli-Modell angeschlossen hat – zeigten wenig Begeisterung, erklärten aber, bei Einführung des Versuchs aus Konkurrenzgründen ebenfalls Bonus-Versicherungen anbieten zu wollen. Ende Dezember beschloss der Bundesrat, die beiden Modelle versuchsweise bis Ende 1995 zuzulassen. Am 01.01.1990 wurde in Zürich die erste HMO-Praxis eröffnet, weitere Praxen sind in Basel, Bern und Lausanne geplant. Das Bonus-System soll ab dem 01.07.1990 erlaubt werden.¹⁵

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 27.06.1989
MARIANNE BENTELI

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 04.12.1990
MARIANNE BENTELI

Im Sinn **weitergehender Massnahmen zur Kosteneindämmung** setzte der Bundesrat im Dezember die Jahresfranchise für Versicherte auf neu 150 Fr. fest, die traditionelle Quartalsfranchise von zuletzt 50 Fr. wurde abgeschafft, der Selbstbehalt von 10% des die Franchise übersteigenden Betrags beibehalten. Im Bereich der Kollektivversicherungen verfügte er, dass die Versicherten auch bei alters- oder invaliditätsbedingtem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben sowie bei Arbeitslosigkeit weiterhin mit ihren Familienangehörigen dem Kollektivvertrag angehören können. Weiter wurden die Beitragsunterschiede zwischen den einzelnen Regionalstufen und den Eintrittsaltersgruppen gleichmässiger auf alle Versicherten einer Kasse verteilt und festgehalten, dass die Prämien der Kollektivversicherung die Minimalprämien der Einzelversicherung nicht unterschreiten dürfen.¹⁶

Die von Ständerat Otto Schoch (fdp, AR) geleitete **Kommission** präsentierte ihren **Gesetzesentwurf** Mitte Dezember der Öffentlichkeit. Sie befürwortete eine **obligatorische Krankenpflegeversicherung** für die gesamte Bevölkerung, gleiche Prämien für Mann und Frau, für Junge und Alte, völlige Freizügigkeit für alle Versicherten und einen Lastenausgleich zwischen den einzelnen Kassen.

Im Bereich der Leistungen schlug die Kommission Verbesserungen für die Versicherten vor: Die Beschränkung der Leistungsdauer für Spitalpflegeaufenthalte – heute 720 Tage – sollte entfallen, Hauskrankenpflege, Prävention und Zahnbehandlungen im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen neu von den Kassen vergütet werden. Trotz Ausbau der Leistungen erachtete die Kommission ihren Gesetzesentwurf als Beitrag zur Kostendämpfung, da die Versicherten durch grössere Transparenz bei den Abrechnungen, einen auf 15% angehobenen Selbstbehalt und das Angebot alternativer Versicherungsformen (HMO) verantwortungsbewusster werden sollten. Im Gegenzug müssten sich die Anbieter – in erster Linie Ärzte und Spitäler – einer Kontrolle der Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen unterziehen.

Nach den Vorstellungen der Kommission soll die Krankenversicherung weiterhin durch Kopfprämien und Beiträge der öffentlichen Hand finanziert werden. Die Bundessubventionen sollen neu zu einem Drittel für Mutterschaftsleistungen und den Ausgleich der höheren Betagten-Kosten eingesetzt werden und zu zwei Dritteln für individuelle Prämienverbilligungen für Personen, deren Familienprämie einen bestimmten prozentualen Anteil ihres Einkommens und Vermögens übersteigt. Im Vordergrund der Diskussionen stand hier ein Prozentsatz von 7%, was heissen würde, dass über die Hälfte der Bevölkerung in den Genuss dieser Subventionen käme. Damit könnten auch sozial Schwächere die durch den Leistungsausbau notwendig werdende Erhöhung der Prämien um durchschnittlich 24% für Männer und 12% für Frauen verkraften.

Die Vorschläge der Kommission Schoch wurden von den Parteien recht freundlich aufgenommen. Für die FDP gingen die angestrebten Reformen in die richtige Richtung, auch wenn die relativ beschränkte Kostenkontrolle zu einem weiteren Anstieg der Gesundheitskosten führen werde. Die CVP begrüsst mit Blick auf den Solidaritätsgedanken das Obligatorium sowie die gezielte Prämienverbilligung durch den Bund. Dem Obligatorium skeptisch gegenüber stand hingegen die SVP, welche zudem bemängelte, kostendämpfende Elemente seien zu wenig berücksichtigt worden. Mit ihrer Kritik befand sie sich auf derselben Linie wie der Gewerbe- und der Arbeitgeber-Verband.

SP und Gewerkschaftsbund zeigten sich erfreut über die Einführung des Obligatoriums und die angestrebten Prämienentlastungen für einkommensschwache Personen. Sie bedauerten aber, dass mit der vorgeschlagenen Erhöhung des Selbstbehalts die Kostenfolgen erneut auf die Versicherten überwälzt würden und verlangten weitergehende gezielte Prämienverbilligungen. Zudem erinnerten sie daran, dass eine von ihnen 1986 eingereichte Volksinitiative "für eine gesunde Krankenversicherung", welche unter anderem die Kopfprämien durch Lohnprozente ersetzen will, nach wie vor hängig ist.

Bundesrat Cotti zeigte sich ebenfalls zufrieden mit der Arbeit der Kommission Schoch. Er kündigte an, dass ein Revisionsentwurf im Februar 1991 in die Vernehmlassung gehen soll. Die definitive Vorlage will der Bundesrat spätestens im Herbst 1991 präsentieren, also noch vor der Abstimmung über die beiden hängigen Krankenkassen-Initiativen (siehe hier und hier).¹⁷

Mit Ungeduld erwarteten die Krankenversicherer die Veröffentlichung der **neuen Leistungsverordnung**, befürchteten sie doch gewaltige Mehrkosten durch den vorgesehenen Ausbau der Pflichtleistungen in der **Grundversicherung**. Der vom EDI rund drei Monate vor Inkrafttreten des neuen KVG vorgelegte Katalog bemühte sich in erster Linie, bisherige Lücken zu schliessen. So wurden die Vorsorgeuntersuchungen bei Mutterschaft von vier auf acht angehoben, wobei allerdings die Ultraschall-Untersuchungen – ausser bei Risikoschwangerschaften – gestrichen wurden, da deren Wirksamkeit nicht erwiesen sei; die individuelle Prävention vor allem im Vorschulalter wurde verstärkt. Neu müssen in der Spitex-Pflege sämtliche Kosten für Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen von den Krankenversicherungen übernommen werden. Das EDI kam den Versicherern aber insofern entgegen, als die Kosten für die Haushalthilfe nicht entschädigt werden. Mit

rund 800 Mio. Fr. macht der Spitex-Ausbau dennoch knapp die Hälfte der gesamten geschätzten Mehrkosten von 1,7 Mia. Fr. aus.¹⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 31.05.1999
MARIANNE BENTELI

Im Nachgang an das „Visana-Debakel“ vom Vorjahr wollte Nationalrat Cavalli (sp, TI) mit einer parlamentarischen Initiative erreichen, dass der Bund einem Krankenversicherer die **Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung gesamtschweizerisch entziehen** kann, wenn er diese nicht in allen Kantonen anbietet. Zudem sollte ein Versicherer nur in jenen Kantonen im Zusatzversicherungsgeschäft tätig sein dürfen, in welchem er dies auch in der Grundversicherung ist. Der Initiant begründete sein Ansinnen damit, eine „Rosinenpickerei“ à la Visana bedeute eine Unterhöhnung des Solidaritätsprinzips und könne im Extremfall dazu führen, dass die obligatorische Grundversicherung in einigen Kantonen von keinem Versicherer mehr getragen wird. Die vorberatende Kommission wollte der Initiative mehrheitlich Folge geben. Das Plenum übernahm aber die Ansicht der bürgerlichen Kommissionsminderheit, wonach derartige Bestimmungen die Vertragsfreiheit tangieren und letztlich eine Vermengung von Grund- und Zusatzversicherung bedeuten würden, was vom Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des KVG klar abgelehnt worden sei. Mit 71 zu 69 Stimmen wurde die Initiative knapp verworfen.¹⁹

MOTION

DATUM: 18.06.1999
MARIANNE BENTELI

Eine **Motion** Guisan (fdp, VD) verlangte, dass die **Prämien der privaten Versicherungen kapitalisiert** und bei einem Kassenwechsel von einem Versicherer zum anderen transferiert werden können, sowie dass die Vorbehalte zum Eintritt in eine Zusatzversicherung möglichst restriktiv angewendet werden. Guisan wollte damit erreichen, dass die Prämien der Zusatzversicherungen gerade für ältere Versicherungsnehmer erschwinglich bleiben. Auf Antrag des Bundesrates, der erneut darauf hinwies, dass der Gesetzgeber die Zusatzversicherungen klar dem Privatrecht unterstellt habe, wurde der Vorstoss nur als Postulat angenommen.²⁰

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 04.10.1999
MARIANNE BENTELI

Oppositionslos wurde eine **parlamentarische Initiative** Scheurer (lp, NE) angenommen, welche verlangt, dass bei der Prämienfestsetzung für die Zusatzversicherung sowie im Fall einer Vertragserneuerung beim gleichen Versicherer das **Eintrittsalter** in die Versicherung **berücksichtigt** wird. Damit soll vermieden werden, dass Personen, die ein bestimmtes Alter erreicht haben, kaum noch Zusatzversicherungen abschliessen können.²¹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 04.10.1999
MARIANNE BENTELI

Die Zusatzversicherungen waren auch Gegenstand einer **parlamentarischen Initiative** der grünen Berner Nationalrätin Teuscher. Sie forderte ein **Verbot der Benachteiligung der Frauen** insbesondere bei der Prämiengestaltung in der Halbprivat- und Privatversicherung. Die Mehrheit der vorberatenden Kommission sprach sich dafür aus, der Initiative Folge zu geben. Eine von Borer (svp, SO) angeführte Minderheit plädierte hingegen für die strikte Beibehaltung der Freiheit der Versicherungen und der Versicherten in diesem Bereich. Mit 78 zu 77 Stimmen bei drei Enthaltungen wurde die Initiative äusserst knapp angenommen.²²

MOTION

DATUM: 08.10.1999
MARIANNE BENTELI

Aber auch Borer sah bei den Zusatzversicherungen einen gewissen Handlungsbedarf. Mit einer als Postulat überwiesenen **Motion** regte er an, es sei eine Stelle zu schaffen, welche die **Grund- und die Zusatzversicherung koordiniert**. Zudem sollten Versicherungsvorbehalte in den Zusatzversicherungen auf fünf Jahre beschränkt und leistungsfreie Zeiten (auch bei Vorversicherern) im Sinn eines Bonussystems zu Prämienermässigung führen.²³

MOTION

DATUM: 08.10.1999
MARIANNE BENTELI

Eine als Postulat überwiesene Motion Grobet (sp, GE) regte die Schaffung einer **zentralen Beschwerdestelle** gegen Entscheide der Krankenkassen an.²⁴

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 17.12.1999
MARIANNE BENTELI

Die im Vorjahr von den Gewerkschaften SGB und CNG gemeinsam lancierte **Volksinitiative „für ein sicheres Einkommen bei Krankheit (Taggeldinitiative)“** kam **nicht zustande**. Als Hauptgrund nannte der SGB sein gleichzeitiges Engagement für vier weitere sozialpolitische Initiativen in den Bereichen Krankenversicherung, Arbeitszeitverkürzung, Lehrlingsausbildung und Kapitalgewinnsteuer. Der CNG, der mit rund 16 500 gesammelten Unterschriften sein Plansoll einigermaßen erfüllt hatte, warf nach dieser Erklärung des SGB ebenfalls das Handtuch. Insgesamt waren bis Mitte September lediglich 26 000 Unterschriften zusammen gekommen.²⁵

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 11.07.2000
MARIANNE BENTELI

Zusammen mit elf anderen Behandlungen und Untersuchungen wurden Mitte Jahr die Kosten für die **Heroinabgabe in den Katalog der von den Krankenkassen** zu bezahlenden **Pflichtleistungen** aufgenommen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich das Volk in der Abstimmung vom Juni 1999 explizit für die ärztliche Verschreibung von Heroin ausgesprochen hat. Die Neuregelung umfasst alle medizinischen Leistungen, die in Zusammenhang mit der Abgabe von Heroin sowie dem bereits heute kassenpflichtigen Methadon resp. Buprenorphin (wie Methadon ein Ersatzstoff, jedoch mit kleinerem Suchtpotential) anfallen. Alle weiteren Begleitmassnahmen wie soziale Hilfe, Wohnungs- oder Arbeitsvermittlung sind davon getrennt und verursachen den Krankenkassen keine zusätzlichen Kosten. Diese Ausdehnung des Leistungskatalogs rief umgehend die SVP auf den Plan. Sie erklärte, wenn Bundesrätin Dreifuss weiterhin einer derart „kostentreibende“ Politik nachgehe, müsse man sich überlegen, dem EDI das Dossier zu entziehen und es entweder dem EJPD resp. dem Gesamtbundesrat oder dem Parlament zuzuweisen. Für ihre Entscheide fand Dreifuss hingegen die Unterstützung der restlichen Bundesratsparteien. Bei den traditionellen Von-Wattenwyl-Gesprächen im November wurde sie aber aufgefordert, zukünftig die **politischen Konsultationen zu intensivieren**, wenn es um Leistungen von grösserer Tragweite geht. Dabei wurde insbesondere an Präparate oder Behandlungen gedacht, die einen Wertestreit auslösen oder einen grösseren Kostenschub zur Folge haben könnten.²⁶

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 20.07.2000
MARIANNE BENTELI

In Erwartung des Inkrafttretens des Bundesgesetzes über die künstliche Fortpflanzung auf den 1.1.2001 stellte sich auch die Frage, ob die **Befruchtung im Reagenzglas**, die pro Zyklus zwischen CHF 5'000 und CHF 8'000 kostet, **kassenpflichtig** werden soll. Die eidgenössische Leistungskommission, die zuhanden des EDI Empfehlungen für die Kassenpflicht von Medikamenten und Behandlungen abgibt, entschied im Grundsatz bereits, dass die In-vitro-Fertilisation darunter fallen soll, konnte sich aber noch nicht über das Ausmass und die Bedingungen einigen.²⁷

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.²⁸

MOTION
DATUM: 19.09.2002
MARIANNE BENTELI

Gegen den Willen des Bundesrates, der Umwandlung in ein Postulat beantragte, nahm der Ständerat knapp (mit 16 zu 14 Stimmen) eine Motion Stähelin (cvp, TG) an, die im Sinn einer Kosteneindämmung eine **Überprüfung des Leistungskatalogs nach KVG** verlangt. Neue Leistungen sollen nicht mehr zugelassen werden, wenn sie sich nicht unmittelbar auf Therapie und Behandlung von Krankheiten beziehen, über das medizinisch Notwendige hinausgehen, Konsumcharakter haben, gegen geringfügige Gesundheitsstörungen eingesetzt werden oder wenig kosten und so das Haushaltsbudget nicht überlasten. Zudem verlangte Stähelin, der Leistungskatalog der ärztlichen Behandlungen sei positiv zu formulieren. Der Bundesrat verwies darauf, dass nach geltendem KVG nur jene Leistungen kassenpflichtig sind, die einerseits von zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden und andererseits wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Einen positiv formulierten Leistungskatalog lehnte er ab, weil er an seiner Klausursitzung vom Mai nach einer umfassenden Systemanalyse festgestellt hatte, dass die Kostensteigerungen nicht auf die medizinischen Leistungen an sich, sondern auf deren Mengenausweitung zurückzuführen sind. Eine positive Formulierung wäre auch nicht sachgerecht, da die ärztlichen Leistungen zu vielschichtig sind, um in einem Katalog abschliessend umschrieben zu werden.²⁹

MOTION
DATUM: 01.03.2004
MARIANNE BENTELI

2002 hatte der Ständerat, wenn auch knapp, eine Motion Stähelin (cvp, TG) angenommen, die eine umfassende **Überprüfung** und Verkleinerung **des Leistungskatalogs** in der Grundversicherung sowie die Erstellung einer „Positivliste“ verlangte. Im Nationalrat machte der Bundesrat erneut geltend, ein positiv formulierter Leistungskatalog wäre nicht sachgerecht, weil die ärztlichen Leistungen zu vielschichtig seien, als dass sie in einer Auflistung abschliessend umschrieben werden könnten. Zudem beruhten die steigenden Gesundheitskosten nicht so sehr auf der Anzahl der zugelassenen Leistungen, als vielmehr auf der Mengenausweitung. Die grosse Kammer folgte dieser Argumentation und überwies die Motion lediglich in Postulatsform.³⁰

MOTION
DATUM: 19.03.2007
MARIANNE BENTELI

Bei der Vergütung von Leistungen nach KVG erstellt der Bund eine Liste der unter die Bestimmungen fallenden **Mittel und Gegenstände** (Migel) und setzt Höchstbeträge für die Übernahme der Kosten durch die Kassen fest. Im Parlament wurde nun kritisiert, diese Regelung führe dazu, dass die Hersteller bei der Festsetzung der Preise grundsätzlich von diesem Maximum ausgingen, weshalb kein eigentlicher Wettbewerb stattfinde. Mit zwei ähnlich lautenden Motionen (05.3522, 05.3523) verlangten deshalb die Nationalrätinnen Heim (sp, SO) und Humbel Näf (cvp, AG), die Preise seien in Tarifverträgen zwischen Lieferanten und Versicherern festzusetzen. Der Bundesrat vertrat die Auffassung, die periodische Überprüfung durch das BAG sei ein wirksameres Instrument der Kostendämpfung und beantragte Ablehnung der Vorstösse. Der Nationalrat ortete aber Handlungsbedarf, worauf der Bundesrat seine Opposition nicht länger aufrecht erhielt und der Rat die beiden Motionen diskussionslos überwies.³¹

MOTION
DATUM: 19.03.2007
MARIANNE BENTELI

2005 waren drei völlig identische Motionen aus der CVP (05.3590), der GP (05.3592) und der SP (05.3589) bezüglich der **Leistungen bei Mutterschaft** eingereicht worden. Sie bemängelten, dass gemäss KVG die Leistungen bei einer unkomplizierten Schwangerschaft vom Selbstbehalt ausgenommen sind, nicht aber bei einer Risikoschwangerschaft, resp. dass der Gesetzestext unklar formuliert sei, weshalb es im Ermessen der Krankenversicherer liege, wie sie diese Leistungen abrechnen. Obgleich der Bundesrat bereit gewesen war, die Motionen anzunehmen, waren sie aus der SVP bekämpft und vorderhand der Diskussion entzogen worden. 2006 hatte der Rat indessen eine ebenfalls gleich lautende Motion aus der FDP angenommen. Der Form halber wurden nun die drei pendenten Vorstösse ebenfalls von beiden Räten überwiesen.³²

MOTION
DATUM: 25.09.2007
MARIANNE BENTELI

Ständerat Frick (cvp, SZ) wollte mit einer Motion den Bundesrat verpflichten, zur Verhinderung der „**Billigkassen**“ eine Ergänzung des KVG vorzulegen, wonach Krankenkassen unter einheitlicher Leitung (Konzern, Kassenkonglomerate und dergleichen) für die obligatorische Grundversicherung in derselben Prämienregion jeweils dieselbe Prämie festlegen müssen. Im Plenum konnte Santésuisse-Präsident Brändli (svp, GR) mit einem Ordnungsantrag erreichen, dass der Vorstoss zur weiteren Vorbereitung an die Kommission zurückgegeben wurde.³³

MOTION
DATUM: 04.10.2007
MARIANNE BENTELI

Der Ständerat hatte im Vorjahr eine Motion Forster (fdp, SG) angenommen, welche eine steuerbegünstigte 3. Säule zur Äufnung eines Guthabens zur Finanzierung der **Pflege im Alter** verlangt, allerdings nicht ohne Bedenken bezüglich einer Sozialpolitik über Steuererleichterungen, welche in erster Linie wohlhabenden Personen zugute komme. Obgleich der Bundesrat nach wie vor bereit war, die Motion anzunehmen, wurde diese auf Antrag seiner Kommission vom Nationalrat mit 100 zu 38 Stimmen verworfen, weil der Kreis der Begünstigten zu klein wäre.³⁴

POSTULAT
DATUM: 05.10.2007
MARIANNE BENTELI

Mit einem überwiesenen Postulat machte Graf-Litscher (sp, TG) auf die Praxis aufmerksam, dass Arbeitnehmer, welche durch ihren bisherigen Arbeitgeber zu günstigen Konditionen kollektiv für **Krankentaggeld** versichert waren, zwar bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses einen gesetzlichen Anspruch darauf haben, diese Versicherungsform individuell weiter zu führen, dass sie dafür aber Prämien zu entrichten haben, die oft ein Vielfaches der bisherigen betragen. Dies sollte nach Ansicht der Postulantin geändert werden.³⁵

STANDESINITIATIVE
DATUM: 05.03.2008
LINDA ROHRER

Eine Standesinitiative des Kantons Genf forderte, dass die medizinisch notwendigen **Transportkosten** sowie die Rettungskosten auch von der Krankenversicherung übernommen werden müssen, wie dies bereits im Rahmen der Unfallversicherung der Fall ist. Die Kommission des Nationalrates beantragte mit 13 zu 10 Stimmen, die Initiative abzulehnen. Dies, weil sie keinen Bedarf sah für eine Änderung, da im Rahmen der Krankenversicherung Notfalltransporte viel seltener sind als im Rahmen der Unfallversicherung. Der Ständerat hatte die Initiative bereits 2006 mit 23 zu 7 Stimmen abgelehnt. Auch eine Mehrheit des Nationalrates wollte die Krankenkassen nicht zu neuen Leistungen verpflichten und lehnte die Standesinitiative ebenfalls ab.³⁶

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 05.06.2008
LINDA ROHRER

Eine parlamentarische Initiative der Nationalrätin Menétrey-Savary (gp, VD) verlangte, dass bei **Arztkonsultationen von fremdsprachigen Patientinnen und Patienten** die Kosten für Dolmetscher von der öffentlichen Hand oder von der Grundversicherung zu übernehmen sind. Die Kommission des Nationalrates hatte dies im Herbst 2007 zwar noch befürwortet, änderte aber ihre Meinung wieder, nachdem die Ständeratskommission zu einem anderen Schluss gekommen war. Sie empfahl mit 14 zu 8 Stimmen der Initiative keine Folge zu leisten, da das Anbieten von Dolmetscherdiensten eine sozialpolitische Aufgabe sei und eine Verankerung dieses Anspruchs im KVG zusätzliche Kosten zur Folge hätte. Eine Minderheit wies darauf hin, dass das Verständnis zwischen Ärzten und Patienten eine der fundamentalen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung sei. Dank diesen Dolmetscherdiensten könne nicht nur die Qualität im Gesundheitswesen verbessert, sondern auch Kosten gespart werden. Der Nationalrat folgte der Meinung der Mehrheit seiner Kommission und lehnte die parlamentarische Initiative mit 56 zu 99 Stimmen ab.³⁷

MOTION
DATUM: 02.10.2008
LINDA ROHRER

Eine Motion Frick (cvp, SZ) wollte den Bundesrat beauftragen, eine Ergänzung des KVG vorzulegen, wonach die Krankenkassen unter einheitlicher Führung und Leitung für die obligatorische Grundversicherung in derselben Prämienregion jeweils dieselbe Prämie festlegen müssen. Die Motion bezweckte, die Jagd nach sogenannten guten Risiken und den Aufbau von **Billigkassen** zu unterbinden. Dem Bundesrat erschien der Vorschlag, eine einheitliche Prämie festzulegen, nicht der richtige Weg, um gegen diese Kassen vorzugehen. Er beantragte daher die Ablehnung der Motion. Die Kommission des Ständerates sprach sich hingegen mit 8 zu 3 Stimmen für deren Annahme aus, um den notwendigen Druck aufrechtzuerhalten, um gegen Billigkassen vorgehen zu können. Der Ständerat nahm die Motion knapp mit 18 zu 17 Stimmen an.³⁸

STUDIEN / STATISTIKEN

DATUM: 25.10.2008
LINDA ROHRER

Da Versicherer seit drei Jahren verpflichtet sind, ihre Leistungen zu sistieren, sobald sie in einem Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt haben, waren im Berichtsjahr faktisch 120'000 bis 150'000 Versicherte ohne Versicherungsschutz. Weil diese Personen trotzdem medizinische Leistungen in Anspruch nahmen, entstanden offene Spitalrechnungen im Umfang von über CHF 80 Mio. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der Krankenkassenverband Santésuisse fanden nun eine gemeinsame Lösung für das Problem dieser **unbezahlten Spitalrechnungen**. Während die Kantone in Zukunft 85% der Kosten übernehmen, welche Grundversicherte nicht bezahlen können, zahlen die Kassen die restlichen 15% und wollen in jedem Fall die Leistungserbringung gewährleisten.³⁹

ANDERES

DATUM: 31.12.2008
LINDA ROHRER

Bereits erfüllt war eine parlamentarische Initiative Maury Pasquier (sp, GE), welche verlangte, dass die **Geburtshäuser** in das KVG aufgenommen werden, damit die Krankenkassen die Kosten für die Schwangerschafts- und Geburtsbegleitung auch hier übernehmen. Der Nationalrat hatte die parlamentarische Initiative bereits 2006 angenommen. Im Rahmen der Vorlage zur Spitalfinanzierung waren auf Antrag der Kommission des Nationalrates die Geburtshäuser in das KVG aufgenommen worden. Damit war das Anliegen der Initiative bereits erfüllt und beide Ratskammern lehnten diese aus formellen Gründen ab.⁴⁰

**VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS**

DATUM: 30.01.2009
LINDA ROHRER

Trotz heftiger Proteste der Ärzte senkte der Bundesrat auf Mitte Jahr die **Labortarife**. Damit sollen jährlich CHF 200 Mio. eingespart werden. Die Ärzterverbindung FMH wehrte sich gegen die Senkung und warnte vor einschneidenden Folgen für die Patienten. Das geltende Tarifmodell war seit 1994 nicht mehr angepasst worden, obwohl heute dank technischem Fortschritt Analysen automatisiert und damit kostengünstiger durchgeführt werden können. Die Schweizer Labortarife waren zudem massiv höher als im umliegenden Ausland. Diese Sparmassnahme sorgte nicht nur bei den Ärzten für sehr viel Widerstand, sondern auch bei Gesundheitspolitikern aus verschiedenen Lagern. Neben den Hausärzten forderten auch die Patienten den Bund auf, die Labortarife nicht zu senken. Ein Ärztestreik in den Kantonen Waadt und Genf gegen die höheren Labortarife war ausserdem gut befolgt worden. Wenig später folgte ein landesweiter Ärzteprotest, bei dem viele Hausärzte ihre Praxen für einige Stunden schlossen und zu Manifestationen in die Kantonshauptstädte zogen.⁴¹

MOTION

DATUM: 19.03.2009
LINDA ROHRER

Eine Motion Humbel Näf (cvp, AG) forderte den Bundesrat auf, die Voraussetzungen zu schaffen, damit die Pflegeleistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz und die **Hilflosenentschädigung** zur AHV/IV mit dem gleichen Bedarfsabklärungsinstrument bestimmt werden. Ziel sei die Vereinfachung der Administration, insbesondere für Pflegeinstitutionen wie Spitex und Pflegeheime. Der Bundesrat beantragte zuerst die Ablehnung der Motion mit der Begründung, dass sich die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und die Pflegeleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz in grundsätzlicher Hinsicht von einander unterscheiden. Seit seiner ersten Stellungnahme hatten sich einige Voraussetzungen verändert und er war deshalb bereit, die Motion in Form eines Postulates anzunehmen. Dem folgte der Nationalrat aber nicht, indem er die Motion als solche mit 109 zu 71 Stimmen annahm.⁴²

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 06.04.2009
LINDA ROHRER

Weitere Sparvorschläge kamen von den Gesundheitsdirektoren der Kantone. Diese wollten die Einrichtung von effizienten Ärztenetzwerken forcieren. Der Anreiz, ein **Managed Care Modell** zu wählen, könnte beispielsweise für gesundheitlich angeschlagene Patienten dadurch erhöht werden, dass sie keinen Selbstbehalt mehr bezahlen müssten.⁴³

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 21.04.2009
LINDA ROHRER

Bei einem Gesundheitsgipfel im Frühjahr forderte Bundesrat Couchepin die Einführung einer **Praxisgebühr** von CHF 30, um unnötige Arztbesuche zu verhindern. Diese finanzielle Hürde sollte die Patienten davon abhalten, wegen Bagatellen die Krankenkasse zu beanspruchen. Die Belastung chronisch Kranker wurde dabei allerdings begrenzt. Der Vorschlag stiess auf sehr viel Kritik: Einzig der Krankenkassenverband Santésuisse stand der vorgeschlagenen Praxisgebühr positiv gegenüber. Neben der Praxisgebühr stellte Couchepin wenig später noch weitere Massnahmen vor, um die angekündigten massiven Prämien erhöhungen zu stoppen.

Einerseits sollte eine Telefonberatung eingeführt werden, welche alle Versicherer kostenlos erbringen müssen. Andererseits wollte der Bundesrat die Kompetenz erhalten, die Senkung der Arzttarife bei einer überdurchschnittlichen Kostensteigerung beschliessen zu können. Mit Leistungsaufträgen sollten die Kantone zudem dazu gebracht werden, die Kosten bei den Spitalambulatorien zu senken. Für die Verbilligung von Krankenkassenprämien forderte Couchepin zudem den Einsatz von mehr Bundesmitteln.⁴⁴

MOTION

DATUM: 04.06.2009
LUZIUS MEYER

Durch einen Ordnungsantrag war im Vorjahr eine Motion Stähelin (cvp, TG) an die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit zurückgewiesen worden. Die Motion forderte, dass Personen, welche aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation in der Lage sind, ihre Krankenkassenprämien zu bezahlen, dies aber trotzdem nicht tun, auf einer **Liste** erfasst werden, welche nur den Leistungserbringern, Gemeinden und Kantonen zugänglich ist. Die Kommission des Ständerates beantragte einstimmig, die Motion abzulehnen. Auch der Motionär selbst forderte den Ständerat zur Ablehnung auf, denn das Anliegen wurde inzwischen bereits durch die oben genannte parlamentarische Initiative aufgegleist. In diesem Sinne lehnte der Ständerat die Motion ab.⁴⁵

INTERPELLATION / ANFRAGE

DATUM: 10.06.2009
LINDA ROHRER

Anlässlich der angekündigten Prämien erhöhungen der Krankenkassen, welche, verglichen mit dem Anstieg der Gesundheitskosten, überproportional zunehmen, fand im Nationalrat eine **dringliche Debatte** statt. Es wurden fünf dringliche Interpellationen zum Thema Krankenversicherung und Gesundheitskosten behandelt und diskutiert. Einerseits eine dringliche Interpellation der **CVP-Fraktion** (09.3473), welche Massnahmen forderte in den Bereichen Medikamentenpreise, festgelegte Preise der Migel, Spitallandschaft, Abgeltung von Überkapazitäten bei den Spitälern, korrekte Kodierung von Fällen in der stationären Behandlung, Planung und Entwicklung der Spitzenmedizin sowie bei den Tarifvereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern. Etwas allgemeiner formuliert war eine dringliche Interpellation der **BDP** (09.3474), welche vom Bundesrat wissen wollte, welche Massnahmen dieser zur Abschwächung der Kosten- und Prämienentwicklung plant und wie das Kostenwachstum beschränkt werden könne. Die dringliche Interpellation der **SP** (09.3475) unterteilte ihre Forderungen in zwei verschiedene Bereiche. Zum einen in dringliche Massnahmen im Bereich der Krankenversicherung, wo es ebenfalls um Medikamentenpreise und eine Rationalisierung des Spitalsystems ging, aber auch um Prämienverbilligungen, einen Paradigmenwechsel im Bereich Managed Care und eine Revision des Risikoausgleichs. Zum anderen forderte sie dringende Reformen bei der Gouvernanz, wie beispielsweise die Verbesserung der Wirksamkeit der Gouvernanz im Gesundheitswesen. Die **FDP** verlangte in ihrer dringlichen Interpellation (09.3476) vor allem eine Problemlösung im Bereich der mangelnden Selbstverantwortung der Leistungsbezüger, einen transparenteren Wettbewerb bezüglich Preis und Leistungen der Versicherungsprodukte der Krankenversicherer, eine bessere Transparenz über Qualität und Nutzen der erbrachten Leistungen und eine Wiederaufnahme der Anreize bezüglich der Verschreibung von Generika. Schliesslich appellierte die grüne Fraktion mit ihrer dringlichen Interpellation (09.3477) an die soziale Verträglichkeit des Prämienanstieges und interessierte sich daher besonders für Fragen betreffend die Prämienverbilligung. Aber auch Verwaltungskosten der Krankenkassen wurden angesprochen, ebenso wie die Finanzflüsse und Quersubventionierungen innerhalb der Krankenkassen-Holdings und die Rahmenbedingungen für die Reservebildung der Krankenkassen.⁴⁶

MOTION

DATUM: 22.09.2009
LINDA ROHRER

Eine Motion Schwaller (cvp, FR) wollte den **Leistungskatalog** der Grundversicherung als Positivkatalog formulieren und eine strenge Überprüfung nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit vornehmen. Der Bundesrat sah einen Teil der Anliegen der Motion bereits als erfüllt an, da ein positiv formulierter Leistungskatalog für die nichtärztlichen Leistungen bereits besteht. Die Problematik des Einsatzes medizinischer Leistungen ausserhalb des Zweckbereiches der obligatorischen Krankenpflegeversicherung lasse sich zudem nicht mit einer Positivliste lösen. Der Bundesrat beantragte daher die Ablehnung der Motion. Der Ständerat teilte die Meinung des Bundesrates aber nicht und nahm die Motion mit 17 zu 13 Stimmen an.⁴⁷

PARLAMETARISCHE 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.⁴⁸

PARLAMETARISCHE INITIATIVE
DATUM: 08.12.2009
LINDA ROHRER

Auch der **Ständerat** trat ohne Gegenantrag auf das Geschäft ein. Er folgte dem Antrag seiner Kommission und hielt an der ursprünglichen Fassung der parlamentarischen Initiative fest, wonach von den nachträglich beim Versicherten eingetriebenen Geldern die Kassen 50% an die Kantone zurückzahlen müssen. In der Gesamtabstimmung hiess der Ständerat die Vorlage einstimmig gut.⁴⁹

ANDERES
DATUM: 31.12.2009
LINDA ROHRER

Eine Motion Stähelin (cvp, TG) forderte, dass Personen, welche aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation in der Lage sind, ihre Krankenkassenprämien zu bezahlen, dies aber trotzdem nicht tun, auf einer **Liste** erfasst werden, welche nur den Leistungserbringern, Gemeinden und Kantonen zugänglich ist. Die Erfassung auf dieser Liste hat zur Folge, dass seitens der Leistungserbringer nur noch die Leistungen der Notfallversorgung erbracht werden müssen, bis die Person wieder von der Liste gestrichen wird. Der Bundesrat anerkannte in seiner Antwort zwar die Problematik, erachtete die Massnahme hingegen als nicht geeignet und beantragte daher die Ablehnung der Motion. Im Ständerat wurde ein Ordnungsantrag Fetz (sp, BS) angenommen, welcher forderte, dass die Motion durch die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vorzubereiten sei [44].⁵⁰

PARLAMETARISCHE INITIATIVE
DATUM: 02.03.2010
LUZIUS MEYER

Die im Vorjahr von National- und Ständerat behandelte parlamentarische Initiative der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates über die **Nichtbezahlung von fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen** hatte zwei Punkte übrig gelassen, welche es in der Differenzbereinigung im Nationalrat zu diskutieren gab. Einerseits handelte es sich dabei um die Verteilung der nachträglich eingetriebenen Gelder. Die Mehrheit der Kommission empfahl hier dem Ständerat zu folgen, wonach die Kassen die eingetriebenen Gelder mit den Kantonen zu teilen haben. Während die SP, die Grünen sowie CVP, EVP und GLP dies unterstützten, sprach sich eine rechtsbürgerliche Kommissionsminderheit dafür aus, an der Version des Nationalrates festzuhalten, wonach die Kassen die nachträglich eingetriebenen Prämien für sich behalten können. Die grosse Kammer folgte mit 87 zu 82 Stimmen knapp der Kommissionsminderheit und damit dem Festhalten an der eigenen Position. Andererseits musste der Nationalrat die Frage der Liste von säumigen Zahlern und dem möglichen Leistungsaufschub diskutieren. Eine Kommissionsmehrheit verlangte, auf die generelle Einführung des sogenannten Thurgauer-Modells zu verzichten. Dieses Modell sieht vor, dass Kantone eine Liste von Personen erstellen können, die trotz Mahnung und Betreibung ihre Prämien nicht bezahlen. Eine Kommissionsminderheit schlug vor, der Fassung des Ständerates zu folgen. Gegen den Willen der Ratslinken und des Bundesrates folgte der Nationalrat in dieser Sache dem Ständerat mit 107 zu 68 Stimmen. Damit stimmte auch die grosse Kammer einer allgemeinen Einführung der Thurgauer Praxis zu, allerdings mit der vom Ständerat zuvor festgelegten Einschränkung, dass bei den Listen der säumigen Zahler die Kantone alleine bestimmen können, welche Schuldner sie auf diese Liste nehmen.⁵¹

MOTION
DATUM: 02.03.2010
LUZIUS MEYER

Eine im Vorjahr von der kleinen Kammer angenommene Motion Schwaller (cvp, FR), welche den **Leistungskatalog** der Grundversicherung als Positivkatalog formulieren und eine strenge Überprüfung nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit vornehmen wollte, lehnte der Nationalrat ab.⁵²

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 10.03.2010
LUZIUS MEYER

Bei der weiteren **Differenzbereinigung** im Ständerat gaben nochmals das Mahnverfahren und die Verteilung der nachträglich eingetribenen Gelder zu reden. Entgegen der Kommissionsmehrheit folgte der Ständerat in der Frage des Mahnverfahrens mit 17 zu 15 Stimmen dem Nationalrat, der zwar einen weiteren Mahnschritt vorsah, aber der aktuellen in einer Verordnung formulierten Praxis entsprach. Ohne Diskussion hielt die kleine Kammer an ihrem Beschluss fest, dass die nachträglich eingetribenen Gelder zu 50% an die Kantone gehen sollen. Dem schloss sich schliesslich der Nationalrat ohne weitere Diskussion an.⁵³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 19.03.2010
LUZIUS MEYER

In der **Schlussabstimmung** nahmen beide Räte die parlamentarische Initiative und damit die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung einstimmig an. Der Nationalrat tat dies mit 193 zu 0 Stimmen, der Ständerat mit 44 zu 0 Stimmen.⁵⁴

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 01.06.2010
LUZIUS MEYER

Auch eine parlamentarische Initiative Steiert (sp, FR) lehnte die grosse Kammer mit 120 zu 62 Stimmen ab. Die Initiative hätte verlangt, dass Rechnungen von Versicherten, die ihre Grundversicherung und ihre Zusatzversicherungen bei zwei verschiedenen Versicherern abgeschlossen haben, über den Zusatzversicherer ausgeführt werden sollen. Der Initiator begründete seinen Vorstoss vor allem mit Abgrenzungsschwierigkeiten, welche entstünden, wenn Rechnungen über zwei Versicherer abgewickelt werden müssten. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates hatte mit 10 zu 8 Stimmen bei 3 Enthaltungen entschieden, der Initiative keine Folge zu geben. Eine links-grüne Minderheit hatte argumentiert, dass mit der Initiative die **Abrechnungen für Versicherte und Leistungserbringer vereinfacht** würden. Die Mehrheit der Kommission sprach sich jedoch dagegen aus, die Krankenpflegeversicherung mit den Zusatzversicherungen zu vermischen.⁵⁵

POSTULAT
DATUM: 20.09.2010
LUZIUS MEYER

Der Ständerat nahm ein Postulat Berberat (sp, NE) an, welches eine Festlegung objektiver Kriterien für Behandlungen mit **zulassungsüberschreitendem Einsatz von Medikamenten**, insbesondere für die Behandlung seltener Krankheiten fordert.⁵⁶

MOTION
DATUM: 03.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a accepté une motion de la CSSSP-CE adoptée par le Conseil des Etats l'année précédente chargeant le Conseil fédéral de présenter des modifications de la LAMal et de soumettre des propositions concrètes pour mettre en œuvre **la stratégie qualité** et pour créer une institution indépendante financée par la LAMal dont le but est de procéder à des expertises relatives à la qualité et à l'économicité des prestations de l'assurance-maladie. Parallèlement, le Conseil des Etats a accepté une motion identique (10.3015) issue de la CSSSP-CN et adoptée par le Conseil national l'année précédente. Par ailleurs, le Conseil national a encore adopté deux motions du PLR (10.3450; 10.3451) acceptées l'année précédente par le Conseil des Etats chargeant le gouvernement d'élaborer les conditions-cadres au fonctionnement, d'une part, d'une organisation indépendante dont la tâche est d'évaluer la qualité du système de santé et, d'autre part, d'une agence chargée d'analyser l'impact économique des nouvelles technologies médicales. Les deux organismes ainsi créés doivent publier leurs résultats au public. Si le premier vise à coordonner la stratégie qualité au niveau national, le second vise à mesurer l'économicité et l'adéquation des prestations de manière systématique.⁵⁷

PARLAMENTARISCHE INITIATIVEDATUM: 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.⁵⁸

MOTIONDATUM: 12.04.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Les chambres ont adopté une motion du groupe socialiste chargeant le Conseil fédéral **d'uniformiser les financements des prestations LAMal** sur la base des mêmes critères pour les secteurs stationnaire et ambulatoire. Elles ont estimé que cette uniformisation permet d'éviter des effets pervers comme l'avantage comparatif de rester à l'hôpital au lieu de séjourner dans un établissement médicosocial (EMS), encourage la mise en réseau des soins et facilite la simplification et la régulation du système de santé. Le Conseil national a adopté la motion par 118 voix contre 22, le groupe PDC s'y étant majoritairement opposé, et le Conseil des Etats l'a acceptée tacitement.⁵⁹

MOTIONDATUM: 30.05.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil des Etats a rejeté une motion Humbel (pdc, AG) adoptée par le Conseil national l'année précédente proposant d'évaluer les prestations pour soins de la LAMal et les allocations pour impotents de la LAVS et de la LAI selon un **seul et même outil d'analyse des soins nécessaires**. Les sénateurs ont estimé, tout comme le Conseil fédéral, que les différences structurelles sont trop importantes entre les deux types de prestations, notamment en ce qui concerne leurs moyens et leurs buts respectifs.⁶⁰

MOTIONDATUM: 15.06.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Les chambres ont adopté une motion Brändli (udc, GR) chargeant le Conseil fédéral d'élaborer un **nouveau système de financement des prestations de l'assurance de base** qui garantisse la transparence dans le domaine des flux financiers, élimine les fausses incitations entre les secteurs ambulatoire et stationnaire, et détermine la répartition des coûts pris en charge entre les assureurs et les collectivités publiques. Le motionnaire estime que ces mesures permettent d'élaborer un système de santé efficace et de mieux maîtriser les coûts. Le Conseil des Etats l'a adoptée tacitement. Au Conseil national, une minorité s'y est opposée estimant d'une part, que de nombreux changements dans le secteur de la santé sont en cours et demandent à être discutés et analysés plus globalement et d'autre part, que l'exigence de fixer la part des coûts pris en charge par les pouvoirs publics limite la marge de manœuvre des cantons dans la fixation de leur participation. Les députés l'ont toutefois acceptée par 103 voix contre 50, la gauche s'y étant opposée.⁶¹

MOTIONDATUM: 19.09.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Durant l'année sous revue, malgré les nombreuses protestations qui se sont élevées contre la suppression du remboursement des **corrections visuelles** par l'assurance de base, Didier Burkhalter a maintenu sa position sous prétexte que les problèmes de vue ne sont pas des maladies. Cependant, en fin d'année, le Conseil national a adopté par 109 voix contre 71 une motion Meyer-Kaelin (pdc, FR) chargeant le Conseil fédéral de réintroduire dans le catalogue de l'assurance de base la prise en charge de 180 francs par an pour les lunettes et les lentilles des personnes de moins de 18 ans sur

prescription d'un ophtalmologue. Le PLR et une grande majorité de l'UDC se sont opposés à la motion.⁶²

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 11.02.2012
FLAVIA CARONI

Nach verschiedenen Verhandlungen mit Bundesrat Berset verzichteten die Ärzteverbände, der Spitalverband H+ sowie der Verband Patienten.ch auf das im Vorjahr angekündigte **Referendum** gegen die Revision des KVG bezüglich der subsidiären Kompetenz des Bundesrates beim Tarmed und der Übermittlung von Patientendaten.⁶³

MOTION

DATUM: 27.02.2012
FLAVIA CARONI

Der Ständerat überwies mit grosser Mehrheit eine Motion Meyer-Kaelin (cvp, FR), welche der Nationalrat bereits im Vorjahr angenommen hatte. Die Motion fordert vom Bundesrat, **Sehhilfen für Kinder** bis zum 18. Lebensjahr wieder in die Mittel- und Gegenständeliste nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung aufzunehmen, womit die Kosten wieder von der Grundversicherung getragen werden müssten.⁶⁴

**VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBECHLUS**

DATUM: 04.07.2012
FLAVIA CARONI

Da die Tarifpartner sich nach dem Parlamentsbeschluss über die neue Spitalfinanzierung im Jahr 2007, welche per 1. Januar 2012 in Kraft trat, nicht auf eine neue Methode des **Datentransfers zwischen Spitälern und Versicherern** hatten einigen können, erliess der Bundesrat im Sommer des Berichtsjahres subsidiär eine entsprechende Verordnung mit Inkrafttreten am 1. Januar 2013. Diese verpflichtet jeden Versicherer, bis Ende 2013 eine Datenannahmestelle einzurichten und sie gemäss Datenschutzgesetz zertifizieren zu lassen. Die Datenannahmestelle dient der Vorprüfung von Rechnungen und der Trennung von administrativen und medizinischen Daten zur Wahrung des Arztgeheimnisses. Im Herbst des Berichtsjahres überwies der Nationalrat ein Postulat seiner Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit, welches die Prüfung einer einzigen, neutralen Clearingstelle zum Datentransfer für alle Versicherer fordert.⁶⁵

MOTION

DATUM: 28.09.2012
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat überwies diskussionslos eine Motion Fridez (sp, JU) zur Beratung an den Ständerat, welche eine Aufnahme der ärztlich verordneten **Leistungen von Podologinnen und Podologen für Diabetesranke** in den Leistungskatalog gemäss KGV fordert. Ziel der Motion ist eine verstärkte Prävention kostenintensiver Folgeerkrankungen aufgrund von Verletzungen der Füsse und deren verzögerter Heilung bei den betroffenen Patienten.⁶⁶

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 31.12.2012
FLAVIA CARONI

Die SGK der beiden Räte gaben einer parlamentarischen Initiative Maury Pasquier (sp, GE) Folge, welche eine **Gleichbehandlung der Versicherungsnehmerinnen bezüglich Kostenübernahme bei Mutterschaft** fordert. Während nach bisheriger Rechtslage die Versicherten bei problemlosen Schwangerschaften und Geburten von einer Kostenbeteiligung befreit waren, galten Komplikationen als Krankheiten und wurden entsprechend verrechnet. Die Initiative fordert eine Ausdehnung der Kostenbefreiung auf alle mit einer Schwangerschaft und Geburt verbundenen Behandlungen. Zwar war eine diesbezügliche Änderung in der Managed Care-Vorlage enthalten gewesen, nach deren Ablehnung sollte aber eine eigenständige Lösung angestrebt werden.⁶⁷

MOTION

DATUM: 22.03.2013
FLAVIA CARONI

Die Räte berieten zwei gleichlautende Motionen Humbel (cvp, AG) und Kuprecht (svp, SZ) (12.4224; 12.4098) zur **Vergütung ausserkantonaler ambulanter Behandlungen**. Nach den aktuellen Bestimmungen des KVG werden nur jene Tarife vergütet, welche am Wohn- oder Arbeitsort der Versicherten sowie in deren näheren Umgebung gelten. Bei höheren Behandlungstarifen haben die Versicherten einen Aufpreis zu bezahlen. Die Motionen verlangen die Abschaffung der entsprechenden Bestimmung, welche für die Versicherten nicht einleuchtend sei und eine Ungleichbehandlung gegenüber Grenzgängern schaffe, die ihren Behandlungsort frei wählen können. Insbesondere sei aber die manuelle Überprüfung für die Versicherer angesichts der heutigen Mobilität sehr aufwändig und bringe mehr Kosten als Erträge. Der Bundesrat beantragte die Annahme beider Motionen. Dem folgten die Räte jeweils ohne Diskussion.⁶⁸

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 17.04.2013
FLAVIA CARONI

Im Berichtsjahr behandelten die Räte die **Volksinitiative „Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache** – Entlastung der Krankenversicherung durch Streichung der Kosten des Schwangerschaftsabbruchs aus der obligatorischen Grundversicherung“, welche der Bundesrat im Vorjahr zur Ablehnung empfohlen hatte. Während die Argumentation sowohl der Befürworter als auch der Gegner zwar mehrheitlich gesellschaftspolitischer Natur war, wurden dennoch auch die Auswirkungen auf die Krankenversicherung diskutiert. Die Einsparungen, so die Initiativegegner, seien aufgrund der tiefen Abtreibungsrate in der Schweiz minimal und würden rund CHF 8 Mio. jährlich betragen. Dies mache lediglich 0,03% der gesamten Gesundheitskosten aus, wobei die Tendenz noch sinkend sei. Die durch die Krankenversicherung zu tragenden Folgekosten möglicher illegaler Abtreibungen seien wahrscheinlich deutlich höher. Zudem würde ein guter Teil der Kosten bereits heute über Franchise und Selbstbehalt von den Versicherten selbst bezahlt. Weiter wurde geltend gemacht, die Initiative gefährde das Solidaritätsprinzip in der Krankenversicherung. Es sei zu befürchten, dass eine Nichtübernahme der Kosten von Abtreibungen in Zukunft Anlass sein könnte, auch die Behandlung anderer „selbst verschuldeter“ Krankheiten wie Diabetes bei stark Übergewichtigen oder Lungenkrebs bei Rauchern aus dem Leistungskatalog der Grundversicherungen zu streichen. Die Befürworter der Initiative argumentierten, die Kosten allfälliger Schwangerschaftsabbrüche könnten durch eine freiwillige Zusatzversicherung gedeckt werden. Beide Kammern folgten schliesslich der Empfehlung des Bundesrates und lehnten die Initiative ohne Gegenvorschlag ab. Die Volksabstimmung wurde für den 9. Februar 2014 angesetzt.⁶⁹

MOTION
DATUM: 05.06.2013
FLAVIA CARONI

In der Sommersession nahm der Ständerat eine Motion seiner SGK für **differenzierte Einzelleistungstarife im KVG** ohne Debatte an. Der Vorstoss verlangte vom Bundesrat, bei der Gesetzesrevision über die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte zur obligatorischen Krankenversicherung eine Festlegung von Einzelleistungstarifen durch den Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen vorzusehen. Dabei sollte zwischen Einzelleistungstarifen für Spezialärzte und für Grundversorger sowie nach Regionen differenziert werden, um vermehrt positive Anreize zu schaffen und das Gesundheitswesen zu steuern. Der Bundesrat hatte die Annahme der Motion beantragt. Nichtsdestotrotz lehnte der Nationalrat den Vorstoss auf Antrag seiner Kommission in der Herbstsession mit grosser Mehrheit ab. Der Bundesrat prüfe bei der Erarbeitung von mittel- und langfristigen Lösungen für die Zulassungsregulierung derzeit auch differenzierte Leistungstarife, so die Kommission. Damit habe die Motion keinen Mehrwert.⁷⁰

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 21.06.2013
FLAVIA CARONI

Die Räte behandelten eine parlamentarische Initiative Maury Pasquier (sp, GE) zur **Gleichbehandlung der Versicherungsnehmerinnen bezüglich Kostenübernahme bei Mutterschaft**, der die Kommissionen im Vorjahr Folge gegeben hatten. Zukünftig, so die Forderung, sollen auch Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt ohne Selbstbehalt von den Kassen übernommen werden. Im Ständerat war dies gänzlich unumstritten. Im Nationalrat regte sich Widerstand vonseiten der SVP-Fraktion, welche betonte, es handle sich um eine Ausweitung der Leistungspflicht im KVG, deren Kosten unklar seien. Alle anderen Fraktionen sprachen sich jedoch geschlossen für die Initiative aus, deren Kosten bei maximal rund CHF 30 Mio. pro Jahr lägen. Entsprechend klar war das Ergebnis von 132 zu 22 Stimmen bei 13 Enthaltungen. Mit jeweils sehr ähnlichen Stimmenverhältnissen wie bei der Beratung passierte die Initiative auch die Schlussabstimmung problemlos.⁷¹

POSTULAT
DATUM: 21.06.2013
FLAVIA CARONI

Die grosse Kammer überwies in der Sommersession diskussionslos ein Postulat Heim (sp, SO) zur **Harmonisierung der Erfassung des Pflegebedarfs**. Der Vorstoss beauftragt den Bundesrat zu prüfen, wie die zurzeit regional unterschiedliche Erfassung mittels einheitlicher Kriterien für die Erfassungsinstrumente harmonisiert werden könnte.⁷²

MOTION
DATUM: 09.09.2013
FLAVIA CARONI

Der Ständerat überwies in der Herbstsession ohne Debatte eine Motion Fridez (sp, JU), die der Nationalrat bereits im Vorjahr angenommen hatte. Damit sollen die **Leistungen von Podologinnen und Podologen für Diabeteskranke** in den Leistungskatalog gemäss KVG aufgenommen werden.⁷³

MOTION
DATUM: 11.09.2013
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat beriet eine Motion Humbel (cvp, AG), die fordert, dass künftig die allfälligen **Folgekosten bei nicht medizinisch induzierten kosmetischen Eingriffen** nicht mehr von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden müssen. Entsprechende Eingriffe erfreuten sich einer zunehmenden Beliebtheit, so die Motionärin. Es sei jedoch nicht Aufgabe der Sozialversicherung, den Lifestyle-Bereich zu finanzieren. Der Bundesrat sprach sich gegen den Vorstoss aus. Die jährlichen Kosten für entsprechende Behandlungen seien gering und nur schwer abzugrenzen, weshalb allfällige Einsparungen leicht durch zusätzliche Abklärungskosten zunichte gemacht werden könnten. Zudem werde bisher im KVG das Verschulden der Versicherten bei der Leistungsübernahme nicht berücksichtigt – ein Vorgehen, das ethisch heikel wäre. Dieser Argumentation folgte die Ratslinke, sie wurde aber von der bürgerlichen Mehrheit klar überstimmt. Die ständerätliche Beratung stand noch aus.⁷⁴

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 22.01.2014
FLAVIA CARONI

Im Januar bzw. April 2014 gaben die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats und Ständerats einer parlamentarischen Initiative Kessler (glp, SG) Folge, welche die **Risikoselektion von Patienten mit teuren Medikamenten** durch die Krankenkassen unterbinden will. Der Vorstoss will bei der Abrechnung von Leistungen das System des Tiers payant, das bereits für stationäre Behandlungen gilt, auf den Bezug von Medikamenten ausweiten. Gemäss diesem System schulden die Versicherungsunternehmen den Leistungserbringenden die Vergütung direkt. Im Gegensatz dazu schulden beim System des Tiers garant, das grundsätzlich bei allen übrigen Leistungen gilt, die Patientinnen und Patienten den Leistungserbringern die Vergütung, die sie anschliessend von den Versicherern zurückfordern können. Derzeit sind für Medikamente beide Systeme erlaubt; eine Minderheit der Kassen macht vom Recht auf das System des Tiers garant Gebrauch. Gerade bei teuren Präparaten wie Krebsmedikamenten, welche monatlich vierstellige Summen kosten können, sei es den Versicherten oft jedoch nicht möglich, die hohen Beträge vorzuschüssen. Um nicht auf das Entgegenkommen der Apotheken angewiesen zu sein, die die Medikamente teils auf Kredit abgeben, würden viele chronisch Kranke zu einer Kasse mit dem Abrechnungssystem des Tiers payant wechseln, so die Begründung des Anliegens. Die Kassen erreichten dadurch mit dem System des Tiers garant eine für sie positive Risikoselektion, weil teure Patientinnen und Patienten freiwillig abwanderten. Ohne gesetzliche Massnahmen sei eine weitere Ausbreitung des System des Tiers garant für Medikamente in der Kassenlandschaft zu befürchten. Apothekenvertreter äusserten sich kritisch zum Anliegen: Zwar halte man den Tiers payant für das patientenfreundlichere System, man habe aber ein Interesse daran, diesen auf Verhandlungsbasis mit den Versicherern zu vereinbaren. Vertreter der Ärzteschaft betonten, bei ambulanten Leistungen solle am derzeit üblichen System des Tiers garant festgehalten werden.⁷⁵

MOTION
DATUM: 04.03.2014
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat hatte 2013 eine Motion Steiert (sp, FR) zur **Gleichbehandlung aller Patientinnen und Patienten beim Zugang zu Medikamenten** angenommen. In der Frühlingssession 2014 stimmte auch der Ständerat dem Anliegen zu.⁷⁶

MOTION
DATUM: 19.03.2014
FLAVIA CARONI

Nachdem der Nationalrat 2013 eine Motion Maire (sp, NE) für ein **Verbot von Telefonwerbung** durch Krankenversicherer gegen den Willen des Bundesrats und wirtschaftsliberaler Stimmen angenommen hatte, befasste sich in der Frühjahrssession 2014 der Ständerat mit dem Geschäft. Die Kommissionsmehrheit sprach sich für eine Ablehnung aus, da ein Verbot unverhältnismässig und nicht mit der Wirtschaftsfreiheit zu vereinbaren sei, einseitig nur eine Branche treffe und sich zudem aufgrund der üblichen Vorgehensweise der Callcenter nur schwer durchsetzen lasse. Das Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb biete bereits die Möglichkeit, sich vor unerwünschten Anrufen zu schützen; diese vorhandene gesetzliche Grundlage müsse vom Seco konsequent durchgesetzt werden. Das zum Zeitpunkt der Beratung noch nicht verabschiedete neue Gesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung enthalte nicht zuletzt eine Bestimmung, welche den Bundesrat ermächtigen würde, die

Entschädigung der Vermittlertätigkeit und die Kosten der Werbung zu regeln. Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) sprach sich für die Motion und damit für ein Verbot aus. Sie argumentierte, wenige Tage vor der Debatte sei die Selbstregulierungsvereinbarung des Krankenversichererverbands Santésuisse aus kartellrechtlichen Gründen aufgehoben worden: Der Schutz durch einen Sterneintrag im Telefonbuch wirke nicht, da er kaum beachtet werde. Zudem sei die Vorgehensweise, um eine Sanktionierung zu erreichen, für die Versicherten kompliziert. Das von der Gegnerschaft erwähnte Aufsichtsgesetz sei vom eigenen Rat nach langer Debatte mit diversen Änderungen nur sehr knapp angenommen und vom Nationalrat noch nicht verabschiedet worden. Schliesslich sprachen sich 12 Ratsmitglieder für und 24 gegen die Motion aus, womit das Anliegen erledigt wurde.⁷⁷

MOTION
DATUM: 13.06.2014
FLAVIA CARONI

Der Ständerat beriet in der Sommersession 2014 eine Motion Humbel (cvp, AG) zur Streichung der Übernahme von **Folgekosten bei nicht medizinisch induzierten kosmetischen Eingriffen** durch die obligatorische Krankenversicherung, die der Nationalrat 2013 angenommen hatte. Übereinstimmend mit dem Bundesrat beantragte die zuständige Kommission die Ablehnung der Motion. Die Kommissionssprecherin betonte, eine Verschuldensabklärung in der solidarischen Krankenversicherung sei äusserst komplex und würde einen Paradigmenwechsel bedeuten, der unerwünscht sei. Der Rat folgte dieser Ansicht ohne entgegennende Voten.⁷⁸

POSTULAT
DATUM: 09.09.2014
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat überwies in der Herbstsession 2014 ein Postulat Humbel (cvp, AG) zur Entlastung der Krankenversicherung vor ungerechtfertigten Kosten. Der Vorstoss beauftragt den Bundesrat, die Kosten zu evaluieren, welche in der Krankenversicherung durch das blosse **Einholen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen** durch Arbeitnehmende bei Ärztinnen und Ärzten entstehen, und mögliche Lösungen aufzuzeigen. Die Verantwortung für die Gewährleistung der Arbeitsdisziplin und des Vertrauens zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden liege bei den Sozialpartnern und nicht bei der Krankenversicherung, so die Postulantin. Der Bundesrat lehnte den Vorstoss ab und begründete, zwischen den Kosten für die Behandlung einer Krankheit und für das Ausstellen eines Arztzeugnisses sei nicht zu unterscheiden. Eine Kostenübernahme durch eine andere Stelle als die obligatorische Krankenpflegeversicherung sei zudem aus Datenschutzgründen nicht möglich. 109 Ratsmitglieder aus dem bürgerlichen Lager sprachen sich für den Vorstoss aus, 64 aus dem linken Lager dagegen, 6 enthielten sich ihrer Stimme.⁷⁹

MOTION
DATUM: 02.03.2015
FLAVIA CARONI

In der Frühjahrsession 2015 entschied der Ständerat, die Behandlung der Motion der CVP-EVP-Fraktion zur **gleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Spitalbehandlungen** für mindestens ein Jahr auszusetzen. Seit die Motion eingereicht worden war, so die Kommissionssprecherin, habe sich im entsprechenden Bereich mit der neuen Spitalfinanzierung ein bedeutender Wandel vollzogen. Es gelte deshalb, eine Evaluation dieser Politik abzuwarten, bevor weitere Entscheide getroffen werden. Zudem müssten die kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren angehört werden. Gesundheitsminister Berset ergänzte, die Thematik sei Teil der Strategie Gesundheit 2020.⁸⁰

MOTION
DATUM: 04.06.2015
FLAVIA CARONI

In der Sommersession 2015 schloss sich die grosse Kammer diskussionslos dem Entscheid der kleinen Kammer an, die Behandlung der Motion für eine **gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Spitalbehandlungen** für mindestens ein Jahr auszusetzen.⁸¹

MOTION
DATUM: 04.06.2015
FLAVIA CARONI

Eine durch Nationalrätin Gilli (gp, SG) übernommene Motion Hodgers (gp, GE) forderte, **Frauen unter 20 Jahren kostenlos und anonym Zugang zu Verhütungsmitteln**, insbesondere der Antibabypille, zu gewähren. Begründet wurde dies mit einem Anstieg der Anzahl Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen und mit dem Vorbild Frankreichs, das eine entsprechende Regelung kurz zuvor eingeführt hatte. Der Bundesrat widersprach, die Anzahl Abtreibungen bei der jüngsten Frauengruppe sei nicht gestiegen, sondern im Gegenteil gesunken, und sie sei im europäischen Vergleich sehr tief. Er verwies zudem auf die individuelle Verantwortung und auf von der öffentlichen Hand unterstützte Beratungsstellen, welche unter anderem Informationen

zum Thema Empfängnisverhütung zur Verfügung stellen. Eine anonyme Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente sei des weiteren nicht möglich. Der Nationalrat folgte dem in der Sommersession 2015 mit 121 zu 58 Stimmen bei drei Enthaltungen und lehnte die Motion ab.⁸²

MOTION

DATUM: 17.12.2015
FLAVIA CARONI

In der Wintersession genehmigte der Ständerat einen Ordnungsantrag Kuprecht (svp, SZ), die Motion der CVP-EVP-Fraktion zur **gleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Spitalbehandlungen** zu sistieren. Die **Sistierung** soll bis zur Beratung eines Entwurfs zur 2011 von beiden Kommissionen (SGK-NR und SGK-SR) angenommenen parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG) zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (09.528) dauern.⁸³

MOTION

DATUM: 16.03.2016
FLAVIA CARONI

Im Zusammenhang mit der Beratung der Botschaft zu den Bestimmungen mit internationalem Bezug im KVG schrieben die Räte eine Motion der CVP-Fraktion zur **Vergütung ausserkantonaler ambulanter Behandlungen** ab.⁸⁴

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 17.06.2016
FLAVIA CARONI

In der Sommersession 2016 beschloss der Nationalrat für die parlamentarische Initiative Kessler (glp, SG) über die **Risikoselektion von Patienten mit teuren Medikamenten** eine Fristverlängerung bis zur Sommersession 2018.⁸⁵

BERICHT

DATUM: 31.12.2016
ANJA HEIDELBERGER

Zum ersten Mal überhaupt erschien im April 2017 nach der Schaffung des KVAG der **Tätigkeitsbericht 2016 zur Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung**. Im Bericht hielt das BAG fest, dass 2015 – im Bericht werden diesbezüglich jeweils die Zahlen aus dem Vorjahr rapportiert – 33 von 59 Versicherungen Verluste erlitten hatten, so dass ihr Gesamtbetriebsergebnis bei CHF -607 Mio. zu liegen kam; die Reserven der Krankenversicherungen sanken folglich um den entsprechenden Betrag auf CHF 6.061 Mrd. Die Prämieinnahmen aller Kassen stiegen insgesamt um 5 Prozent auf CHF 27.1 Mrd., ihre Nettoleistungen wuchsen jedoch ebenfalls um 5.7 Prozent auf insgesamt CHF 26.0 Mrd. an. Dieser Anstieg konnte nicht vollständig durch die steigende Anzahl Versicherte erklärt werden, denn auch die Prämien pro Versicherten sowie die Nettoleistungen pro Versicherten nahmen um 3.5 Prozent respektive um 4 Prozent zu. Schliesslich wuchsen auch die Verwaltungskosten pro Versicherten an (2015: CHF 158.20, 2016: CHF 159.55).

In der Folge wiesen im Jahr 2016 14 Krankenversicherungen nicht genügend Reserven auf, so dass die Aufsichtsbehörde sichernde Massnahmen erlassen musste. Zudem erfüllten 27 Krankenversicherungen die Anforderungen bezüglich Finanzierung nicht vollständig; von ihnen verlangte die Aufsichtsbehörde anschliessend regelmässige Datenreportings. 14 Krankenversicherungen wiesen überdies eine ungenügende Solvenzquote auf (2015: 3, 2014: 7).

Schliesslich prüfte und genehmigte die Aufsicht 252'526 Prämien von 53 Versicherungen für das Jahr 2017, lediglich einer Krankenversicherung erteilte sie die Genehmigung nur bis Ende Juni 2017.⁸⁶

VERWALTUNGSAKT

DATUM: 06.04.2017
ANJA HEIDELBERGER

Mit dem am Anfang 2016 in Kraft getretenen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und der dazugehörigen Verordnung KVAV schuf das Parlament eine **Aufsichtsbehörde über die Krankenversicherungen**. Eine solche war zuvor in verschiedenen Postulaten und Motionen gefordert worden. Die Aufsichtsbehörde bewilligt den Versicherungen zukünftig die Durchführung der sozialen Krankenversicherungen, sofern diese die notwendigen Anforderungen erfüllen. Unter anderem müssen sie ihren Sitz in der Schweiz haben, über ausreichendes Startkapital und über die erforderlichen Reserven verfügen, um jederzeit ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen zu können, und alle versicherungspflichtigen Personen aufnehmen. Die Versicherungen müssen die Prämientarife für die OKP der Aufsichtsbehörde zur Bestätigung vorlegen; diese prüft unter anderem, ob die Prämientarife den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, die Kosten decken und nicht zu übermässigen Reserven führen. Die Aufsichtsbehörde überwacht in der Folge die Durchführung der sozialen Krankenversicherung, zum Beispiel die Einhaltung der Bestimmungen des KVAG und des KVG, die einwandfreie Geschäftstätigkeit der Versicherungen sowie die Solvenz und die ordnungsmässige Verwaltung der Vermögenswerte durch die Versicherungen. Dazu erstatten die Versicherungen der

Aufsichtsbehörde jährlich Bericht. Die Aufsichtsbehörde kann schliesslich, wenn nötig, der Versicherung die freie Verfügung über ihre Vermögenswerte untersagen und/oder ihr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen. Neben den Krankenversicherungen wird die Aufsichtsbehörde auch die Unfallversicherungen im Bereich UVG, die Militärversicherung sowie die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) überwachen. Die Aufsichtsbehörde erstellt jährlich einen Tätigkeitsbericht, mit dem sie gemäss eigenen Aussagen Transparenz über ihre Tätigkeit schaffen möchte.⁸⁷

**VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS**
DATUM: 16.06.2017
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem Volk und Stände im Jahr 2009 den neuen Verfassungsartikel zur Berücksichtigung der Komplementärmedizin deutlich angenommen hatten, hatte die OKP ärztliche komplementärmedizinische Leistungen – also Leistungen der anthroposophischen Medizin, der traditionellen chinesischen Medizin, der Homöopathie und der Phytotherapie – zwischen 2012 und Ende 2017 befristet vergütet. Im Juni 2017 genehmigte der Bundesrat eine neue Verordnungsbestimmung, gemäss der die OKP die **ärztlichen komplementärmedizinischen Leistungen anderen vergüteten Fachrichtungen gleichstellt und diese zukünftig unbefristet übernimmt**. In Übereinstimmung mit den Rückmeldungen aus der Vernehmlassung sollen die entsprechenden Leistungen dem Vertrauensprinzip unterstellt werden, sofern sie der Anwendungs- und Forschungsstradition, der wissenschaftlichen Evidenz und der ärztlichen Erfahrung entsprechen.⁸⁸

BERICHT
DATUM: 31.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Der 2018 erschienene **Tätigkeitsbericht zur Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung 2017** enthielt leicht bessere Zahlen als der Bericht des Vorjahrs. Von den 57 zugelassenen Krankenversicherungen verzeichneten im Jahr 2016 – die entsprechenden Werte liegen jeweils fürs Vorjahr vor – 32 ein positives Betriebsergebnis; 20 Krankenversicherungen erlitten Verluste. Im Jahr 2015 hatten noch 33 Krankenversicherungen Verluste erlitten. Das Gesamtergebnis der Krankenversicherungen kam in der Folge bei CHF 197 Mio. zu liegen, die Reserven erhöhten sich von CHF 6.1 Mrd. auf CHF 6.2 Mrd. Hingegen war das versicherungstechnische Ergebnis wie im Vorjahr negativ; es betrug CHF -93 Mio. (2015: CHF -817 Mio.). Wie im Jahr zuvor stiegen jedoch sowohl Prämien (CHF +1.5 Mrd.) und Prämien pro Versicherte (+4.7%) als auch Nettoleistungen (CHF +1.2 Mrd.) und Nettoleistungen pro Versicherte (+3.5%) deutlich an.

21 Kassen erfüllten 2017 die Vorgaben zur Finanzierung nur teilweise, weshalb 13 von ihnen in der Folge vierteljährlich und 8 Kassen monatlich dem BAG rapportieren mussten. Im KVG-Solvenztest für das Jahr 2017 zeigten sich 6 Kassen ungenügend solvent (2016: 14).

Schliesslich prüfte die Aufsicht mehr als 240'000 Prämien von 52 Versicherungen und genehmigte sie alle für das Jahr 2018.⁸⁹

MOTION
DATUM: 16.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2017 reichte Heinz Brand (svp, GR) eine Motion zur **Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsabrechnung nach Tarmed** für die Patienten ein. Da die Leistungserbringer die vom Bundesrat 2014 eingeführten Korrekturmassnahmen kompensiert hätten und dies auch für die neuen Tarife drohe, sollten die Datenlieferung und Rechnungsstellung der Leistungserbringer in Zukunft überprüfbar sein müssen. Nötig seien somit digitale Abrechnungen im Tiers payant – also bei direkter Bezahlung der Rechnungen der Leistungserbringer durch die Krankenversicherer –, klare Standards im Tiers garant – bei Bezahlung der Rechnungen durch die Versicherten und anschliessender Rückforderung der Beträge bei den Versicherern – und verständliche Rechnungskopien an die Patienten. Durchgesetzt werden solle dies aus Sicht des Motionärs mittels Sanktionsmöglichkeiten, die bestenfalls gar nicht angewendet werden müssten. Der Bundesrat pflichtete dem Motionär bei, dass die Transparenz erhöht werden müsse, und empfahl die Motion zur Annahme. Das KVG enthalte zwar bereits Sanktionsmöglichkeiten, diese würden jedoch nicht zielführend umgesetzt. Daher habe eine Expertengruppe zur Kostendämpfung auch Massnahmen bei der Rechnungskontrolle vorgeschlagen. Bei der Prüfung dieser Massnahmen werde das EDI auch die Anliegen der Motion Brand aufnehmen. In der Frühjahrssession 2018 nahm der Nationalrat die Motion diskussionslos an.⁹⁰

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 15.06.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2018 diskutierte die SGK-NR erneut über die parlamentarische Initiative Kessler (glp, SG), mit deren Hilfe die **Risikoselektion durch die Krankenkassen von Patienten mit teuren Medikamenten unterbunden werden** soll. Seit der Verlängerung der Behandlungsfrist 2016 war der Risikoausgleich in zwei Schritten verfeinert worden: Seit Anfang 2017 wird auch der Indikator «Arzneimittelkosten im Vorjahr» – sofern diese CHF 5'000 übersteigen – zur Errechnung des Krankheitsrisikos miteinbezogen. Dadurch sank die durchschnittliche Abweichung der Prämien von der regionalen oder kantonalen Durchschnittsprämie von CHF 25 auf CHF 20 im Monat. Per Anfang 2020 wird dieser Indikator durch den Indikator «Pharmazeutische Kostengruppen (PCG)» ersetzt, welcher für die Behandlung besonders kostenintensiver Krankheitsbilder eingesetzte Arzneimittel umfasst. Um die Auswirkungen dieser Massnahmen beobachten zu können, beantragte die SGK-NR eine weitere Verlängerung der Behandlungsfrist um zwei Jahre. Stillschweigend stimmte die grosse Kammer der Verlängerung zu.⁹¹

BERICHT
DATUM: 31.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2019 erschien der **Tätigkeitsbericht 2018 zur Aufsicht über die soziale Kranken- und Unfallversicherung**. 2018 waren 53 Krankenversicherungen zur Abrechnung über die OKP zugelassen und erzielten im Jahr 2017 – es werden hier jeweils die Werte aus dem Vorjahr aufgeführt – ein Betriebsergebnis von CHF 931 Mio.; für sieben Krankenversicherer war das Betriebsergebnis 2017 negativ. Insgesamt stiegen die Reserven somit von CHF 6.3 Mrd. auf CHF 7.2 Mrd. Auch das versicherungstechnische Ergebnis, also der Saldo aus versicherungstechnischen Erträgen und Aufwendungen, war 2017 positiv: Mit CHF 529 Mio. lag es deutlich höher als im Vorjahr (2016: CHF -93 Mio.). In diesem Jahr stiegen die Prämien pro Kopf (2017: 4.7%, 2016: 4.7%) deutlich stärker an als die Nettoleistungen pro Kopf (2017: 1.9%, 2016: 3.5%), während die Steigerung der Verwaltungskosten bei 4.7 Prozent verblieb. Zudem stellte die Aufsichtsbehörde 2018 bei 10 Krankenversicherungen fest, dass diese die Erwartungen bezüglich ihrer finanziellen Situation nur teilweise erfüllten; 7 Krankenversicherer mussten in der Folge vierteljährlich Finanzzahlen an die Aufsichtsbehörde liefern. Beim KVG-Solvenzttest 2018 waren zwei Versicherungen ungenügend solvent, 2017 waren es noch 6 gewesen. Schliesslich lagen der Aufsichtsbehörde über 240'000 Prämien von 51 Versicherungen zur Genehmigung vor, die sie allen für das gesamte Jahr 2019 erteilte. Neu wies die Aufsichtsbehörde jedoch nicht mehr das Prämienwachstum der ordentlichen Prämie aus, da der Anteil Versicherter mit ordentlichen Prämien stetig gesunken war und diese zudem systematisch höher liegen als der Durchschnitt der von den Versicherten gewählten Prämien. Stattdessen wies die Aufsichtsbehörde neu das Wachstum der mittleren Prämie aus, also des mittleren Prämienvolumens pro Versicherten nach Altersklassen und Kantonen. Diese mittlere Prämie stieg im Vergleich zum Vorjahr um 1.2 Prozent (Erwachsene: 2.4%, Junge Erwachsene (19 bis 25 Jahre): -15.6%, Kinder: 2.4%), wobei die Abnahme bei den jungen Erwachsenen auf deren Entlastung im Risikoausgleich zurückzuführen war.⁹²

Parteien, Verbände und Interessengruppen

Parteien

Grosse Parteien

Neben der Wahl Kochs entschied die SP am Thuner Parteitag, eine Volksinitiative für eine soziale Krankenversicherung zu lancieren. Den Text mit dem Titel «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» verabschiedete sie Ende Oktober zusammen mit dem SGB definitiv. Von der ursprünglichen Idee, die Kopfprämien vollständig durch einen um 8% höheren Mehrwertsteuersatz zu ersetzen, wich sie ab und entschied stattdessen, die **Prämien sozial abzustufen, die Kinderprämien ganz abzuschaffen und die Finanzierungslücke durch einen um rund 3,5% erhöhten Mehrwertsteuersatz** zu decken. Versicherte mit einem steuerbaren Einkommen von unter 20'000 CHF sollen keine Prämien mehr bezahlen. Um die Gesundheitskosten zu reduzieren, soll der Bundesrat jährliche Globalbudgets erstellen müssen und die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung limitieren. Weiter soll er die Spitzenmedizin und die Zulassung der Ärzte beschränken.⁹³

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 25.10.1997
EVA MÜLLER

Liberale Parteien

Am Parteitag in Neuenburg plädierten die Liberalen für eine Neuordnung im Krankenkassenwesen. Sie forderten eine **Liberalisierung** in der Krankenversicherung – Privatversicherer müssten zu den gleichen Bedingungen arbeiten können wie die Krankenkassen – **und eine volle Freizügigkeit beim Wechsel** von einem Versicherer zum anderen. Um negativen Auswirkungen zu steuern, sollten andererseits ein **Krankenkassenobligatorium und eine Mutterschaftsversicherung** eingeführt werden.⁹⁴

- 1) Bund, 31.1.90; Schweiz. Krankenkassen-Zeitung, Juni 1990. S. Rossini, Caisses-maladie et médecins, Lausanne 1989; Dém., 19.1. und 31.1.90, OECD-Studie: Health care systems in transition, Paris 1990; Gesundheitspolitische Informationen GPI, 1990, Nr. 1, S. 9 und 31; NZZ, 30.3.90.
- 2) Rationierungen im Gesundheitswesen: NZZ, 19.5.90; Bund, 24.8.90 und TA, 25.8.90
- 3) AB NR, 2002, S. 1506. Für Bemühungen, einen Patientenfonds im Sinn der bundesrätlichen Vorstellungen zu schaffen, siehe Presse vom 12.7.02.
- 4) Presse vom 3.10. und 5.10.02.; Presse vom 3.10.02. ; Presse vom 4.7. und 31.7.02.
- 5) AB NR, 2007, S. 2009 und S. 282
- 6) Amt. Bull. NR, 1997, S. 2229.; Amtl. Bull. NR, 1997, S. 1430 ff.; TW, 20.6.97; TA, 1.12.97
- 7) Amtl. Bull. NR, 1998, S. 2195, Presse vom 23.6.98, Presse vom 25.6.98
- 8) Presse vom 19.3. und 23.6.99; Bund, 24.3.99; NZZ, 21.5.99; TA, 30.6.99; NZZ, 2.7. und 9.10.99
- 9) Presse vom 5.4. und 4.6.05; NZZ, 6.4., 11.4. und 12.4.05.
- 10) AB SR, 2007, S. 796 ff. Zur Kontroverse um den Ausschluss der fünf komplementärmedizinischen Methoden vgl. SPJ 2005, S. 183. Im NR sind noch eine Pa.Iv. und eine Motion (Geschäfte 07.424 und 07.3274) hängig, die eine stärkere Berücksichtigung der Alternativmedizin im KVG verlangen. Siehe auch oben (Epidemien).
- 11) Presse vom 7.4.93.
- 12) AB NR, 2002, S. 1504 ff. Vgl. SPJ 2001, S. 194.
- 13) AB SR, 2003, S. 112 ff.
- 14) TA, 4.4., 28.6.14; AZ, 4.7.14; LZ, 5.7.14; NZZ, TA, 11.7.14; LZ, 27.9.14
- 15) BZ, 27.6.89. Bund, 23.2.89.; Presse vom 21.12.89. Bund, 4.1.90.; TA, 20.10.89; Bund, 11.11.89
- 16) AS, 1991, S. 17 ff. und 606 ff.; Bund und NZZ, 4.12.90; TA, 31.12.90.
- 17) Presse vom 18.12.90 Mutterschaftsversicherung: Suisse, 9.9.90; Opinion libérale, 1990, Nr. 31, S. 5 ff.; KVG Kanton Basel: BaZ, 23.3. und 2.4.90
- 18) AS, 1995, S. 4964 ff.; CHSS, 1995, S. 236 ff.; Presse vom 9.8. und 30.9.95; Hauptverordnung: AS, 1995, S. 3867 ff.; CHSS, 1995, S. 209 ff.; Presse vom 24.1.95; NZZ, 11.4. und 28.6.95; Kürzung der Bundessubventionen: Amtl. Bull. NR, 1995, S. 1605 und 1667 f. Artisans: Facts, 1.6.95; Presse vom 1.7.-8.7.95; Bund, 13.7. und 10.8.95; BZ, 22.7.95; Presse vom 4.8.95; Angliederung Artisans an Helvetia: Bund, 21.11.95; Gründung Visana: Bund, 30.6.95
- 19) AB NR, 1999, S. 810 ff.
- 20) AB NR, 1999, S. 1305 ff.
- 21) AB NR, 1999, S. 1978 ff
- 22) AB NR, 1999, S. 1973 ff.
- 23) AB NR, 1999, S. 2156 ff
- 24) AB NR, 1999, S. 2151 f.
- 25) BBl, 2000, S. 105; Presse vom 18.9.99.
- 26) Presse vom 11.11.00; Presse vom 16.9.00; Presse vom 11.7. und 16.9.00; Presse vom 11.7. und 18.7.00; AZ, 4.10.00
- 27) TA, 20.7.00; Bund, 29.12.00
- 28) AB NR, 2000, S. 1197.; AB NR, 2000, S. 370f.; AB NR, 2000, S. 374.
- 29) AB SR, 2002, S. 684 ff.
- 30) AB NR, 2004, S. 22. ff.
- 31) AB NR, 2007, S. 387 f.
- 32) AB NR, 2007, S. 389 f.; AB SR, 2007, S. 883 f.
- 33) AB SR, 2007, S. 793 ff.
- 34) AB NR, 2007, S. 1692.
- 35) AB NR, 2007, S. 1715.
- 36) AB NR, 2008, S. 70 ff.
- 37) AB NR, 2008, S. 793 ff.
- 38) AB SR, 2008, S. 809 ff.
- 39) Presse vom 25.10.08.
- 40) AB NR, 2008, S. 1641; AB SR 2008, S. 437.
- 41) Bund, 30.1.09; NZZ, 20.2. und 31.3.09; Presse vom 25.3.09.
- 42) AB NR, 2009, S. 526 f.
- 43) Presse vom 7.4.09.
- 44) Presse vom 22.4. und 7.5.09.
- 45) AB SR, 2010, S. 75
- 46) AB NR, 2009, S. 1155 ff.
- 47) AB SR, 2009, S. 948 ff.
- 48) AB NR, 2009, S. 1782 ff.
- 49) AB SR, 2009, S. 1237 ff.
- 50) AB SR, 2009, S. 521 f.
- 51) AB NR, 2010, S. 44 ff.
- 52) AB NR, 2010, S. 53 ff.
- 53) AB SR, 2010, S. 169 f.; AB NR, 2010, S. 382.
- 54) AB NR, 2010, S. 579; AB SR, 2010, S. 363.
- 55) AB NR, 2010, S. 668 ff.
- 56) AB SR, 2010, S. 842.
- 57) BO CE, 2011, p. 183 s.
- 58) 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.
- 59) BO CN, 2011, p. 666 s. ; BO CE, 2011, p. 1027 s.
- 60) BO CE, 2011, p. 350
- 61) BO CE, 2011, p. 616 s. ; BO CN, 2011, p. 2024 s.
- 62) Presse du 20.9.11.
- 63) NZZ, 11.2.12
- 64) AB SR, 2012, S. 9 f.
- 65) AB NR, 2012, S. 1378 f.; SR 832.102.
- 66) AB NR, 2012, S. 1791.

- 67) Medienmitteilung SGK-S vom 16.11.12.
- 68) AB NR, 2013, S. 509; AB SR, 2013, S. 667.
- 69) AB NR, 2013, S. 653 ff., 1772; AB SR, 2013, S. 661 ff., 933; vgl. SPJ 2012, S. 304.
- 70) AB SR, 2013, S. 425 f.; AB NR, 2013, S. 1350 f.
- 71) AB SR, 2013, S. 200 f., 646; AB NR, 2013, S. 740 ff., 1209.
- 72) AB NR, 2013, S. 511, 1180.
- 73) AB SR, 2013, S. 666 ff.
- 74) AB NR, 2013, S. 1345.
- 75) www.parlament.ch; NZZ, 7.2., 5.4.14
- 76) AB SR, 2014, S. 554
- 77) AB SR, 2014, S. 313 ff.
- 78) AB SR, 2014, S. 554
- 79) AB NR, 2014, S. 1397 f.
- 80) AB SR, 2015, S. 9
- 81) AB NR, 2015, S. 887
- 82) AB NR, 2015, S. 894 f.
- 83) AB SR, 2015, S. 1332
- 84) Bericht über Motionen und Postulate 2015
- 85) AB NR, 2016, S. 1190
- 86) Tätigkeitsbericht 2016
- 87) KVAG vom 26.9.14
- 88) Bericht zur Vernehmlassung; Medienmitteilung BAG vom 16.6.17
- 89) Tätigkeitsbericht 2017
- 90) AB NR, 2018, S. 532
- 91) AB NR, 2018, S. 1151; Kommissionsbericht SGK-NR vom 17.5.18
- 92) Tätigkeitsbericht 2018
- 93) TA, 30.6.97; Presse vom 25.10.97
- 94) JdG, Express und NZZ vom 10.9.90.