

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>23.04.2024</b>
Thema	<b>Keine Einschränkung</b>
Schlagworte	<b>Gesundheitskosten</b>
Akteure	<b>Ruiz, Rebecca (sp/ps, VD) NR/CN, Darbellay, Christophe (cvp/pdc, VS) NR/CN, Gysi, Barbara (sp/ps, SG) NR/CN</b>
Prozesstypen	<b>Keine Einschränkung</b>
Datum	<b>01.01.1990 - 01.01.2020</b>

# Impressum

## Herausgeber

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

## Beiträge von

Heidelberger, Anja  
Schneuwly, Joëlle

## Bevorzugte Zitierweise

Heidelberger, Anja; Schneuwly, Joëlle 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Gesundheitskosten, 2018 - 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 23.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	1
<b>Sozialpolitik</b>	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Ärzte und Pflegepersonal	1
Sozialversicherungen	1
Ergänzungsleistungen (EL)	1
Krankenversicherung	2
Unfallversicherung	8

## Abkürzungsverzeichnis

<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>AIA</b>	Automatischer Informationsaustausch
<b>EL</b>	Ergänzungsleistungen
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>ATSG</b>	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
<b>EPDG</b>	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
<b>IPV</b>	Individuelle Prämienverbilligung
<b>UVG</b>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen

---

<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>UE</b>	Union européenne
<b>AI</b>	Assurance-invalidité
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>EAR</b>	Echange automatique de renseignements
<b>PC</b>	Prestations complémentaires
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>LPGA</b>	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
<b>LDEP</b>	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
<b>RIP</b>	Réduction individuelle de primes
<b>LAA</b>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

#### Ärzte und Pflegepersonal

POSTULAT  
DATUM: 16.03.2018  
JOËLLE SCHNEUWLY

Im Dezember 2017 reichte Rebecca Ruiz (sp, VD) ein Postulat ein, mit welchem sie den Bundesrat beauftragen wollte, die **Förderung der ärztlichen Zweitmeinung** zu konkretisieren. Es solle dabei unter anderem geprüft werden, welche finanziellen Auswirkungen generell vorgesehene ärztliche Zweitmeinungen auf lange Sicht hätten, welche Massnahmen zur Sensibilisierung und Unterstützung der Patienten für ein zweites ärztliches Gutachten erforderlich seien und inwiefern es zweckmässig sei, durch die Tarifpartner eine eigene Position für die ärztliche Zweitmeinung zu schaffen. Zudem müsse begutachtet werden, wie man bei Ärztinnen und Ärzten auf höhere Akzeptanz gegenüber der Zweitmeinung, einem Patientenanliegen, stossen könne und welche gesetzlichen Änderungen allenfalls vonnöten seien. Gemäss der Postulantin werde die Förderung der ärztlichen Zweitmeinung bereits im Bericht der Expertengruppe zur Dämpfung des Kostenwachstums im Gesundheitswesen als mögliche Sparoption behandelt. Weiter sei die Schweiz der OECD zufolge Teil der Ländergruppe mit den meisten Hüft- und Knieersatzoperationen pro 100'000 Einwohner. Dies deute darauf hin, dass es zu unnötigen Operationen käme; die Förderung ärztlicher Zweitmeinungen könnte diese verhindern und zu wirksameren Behandlungen führen. So würden nicht nur Folgerisiken vermieden, sondern auch eine Kostensenkung der OKP realisiert, was eine Dämpfung der Gesundheitskosten wie auch eine Qualitätssteigerung des schweizerischen Gesundheitssystems bewirken würde.

Da der Bundesrat infolge des bereits von Ruiz erwähnten Berichtes beschlossen hatte, sich verstärkt um eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu bemühen, beantragte er die Annahme des Postulates. Das EDI sei mit der Prüfung der im Bericht vorgeschlagenen Massnahmen und dem Vorlegen von Umsetzungsvorschlägen beauftragt worden. In diesem Zusammenhang würden die im Postulat Ruiz gestellten Fragen ebenfalls geprüft werden.

Stillschweigend folgte der Nationalrat Mitte März 2018 der Empfehlung des Bundesrates und nahm das Postulat an.<sup>1</sup>

### Sozialversicherungen

#### Ergänzungsleistungen (EL)

MOTION  
DATUM: 19.09.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Nach dem Willen der SGK-NR und der entsprechenden Motion, welche die Kommission im Februar 2018 eingereicht hatte, sollten **Missbräuche bei den Ergänzungsleistungen zukünftig systematisch bekämpft** werden. Insbesondere soll zukünftig leichter festgestellt werden können, ob Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezüger über nichtdeklariertes Vermögen, vor allem auch Immobilien, im Ausland verfügen. Überdies sollen die kantonalen Durchführungsstellen die Resultate in jährlichen Berichten darstellen – wie es auch die IV-Stellen tun. Es sei «hinreichend bekannt», dass EL-Beziehende nicht nur in Einzelfällen über undeclared Vermögen im Ausland verfügten, schrieb die Kommission in der Begründung der Motion. Da die heutigen Massnahmen nicht ausreichten, um diese Missbräuche zu bekämpfen, müsse die systematische Missbrauchsbekämpfung verstärkt werden. Die Situation sei vergleichbar mit derjenigen der IV vor einigen Jahren, folglich setze man auch auf ähnliche Massnahmen. Eine Kommissionsminderheit lehnte die Motion ab.

Der Bundesrat beantragte die Ablehnung der Motion. Bereits heute hätten die EL-Stellen zahlreiche Möglichkeiten, an entsprechende Informationen zu gelangen: Im Rahmen des Freizügigkeitsabkommen seien Informationen über ausländische Renten aus dem EU-Raum zugänglich, diese würden zukünftig sogar automatisch gemeldet; die Revision des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) solle den entsprechenden Stellen in Zukunft mehr Möglichkeiten geben; seit Anfang 2017 sei zudem der automatische Informationsaustausch (AIA) mit 38 Partnerstaaten in Kraft, er soll auf weitere 41 Staaten ausgedehnt werden. Somit reiche die Datengrundlage für eine korrekte Leistungsbemessung aus.

In der Nationalratsdebatte in der Herbstsession 2018 begründete Barbara Gysi (sp, SG) den Minderheitsantrag auf Ablehnung der Motion und legte die Position der Minderheit der SGK-NR dar: Wie der Bundesrat erachtete auch sie die bestehenden Instrumente als ausreichend, kritisierte überdies aber insbesondere die permanente

Missbrauchsunterstellung in allen Debatten zum Thema Sozialversicherungen. Zwar sei die Anzahl EL-Beziehende gestiegen, dies sei aber nicht auf Missbrauch, sondern auf ein Sinken der Renten zurückzuführen. Insbesondere die entsprechende Aussage in der Begründung der Motion finde sie beschämend, betonte sie. Von dieser Kritik liess sich der Nationalrat jedoch nicht umstimmen und nahm die Motion mit 128 zu 51 Stimmen an.<sup>2</sup>

## Krankenversicherung

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 15.04.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2018 schlug die Debatte um die **Franchisen** speziell hohe Wellen, nachdem die CEO der Krankenversicherung CSS, Philomena Colatrella, in einem Interview mit dem SonntagsBlick vorgeschlagen hatte, neben anderen Massnahmen auch eine Erhöhung der Mindestfranchise auf CHF 5'000 bis CHF 10'000 zu prüfen. Dadurch würden die Prämien stark sinken – gemäss ersten Schätzungen auf CHF 170 pro Monat und Person –, wodurch bei der Prämienverbilligung Gelder frei würden, um die sozial Schwächeren bei der Bezahlung der Kosten innerhalb der Franchise zu unterstützen. Dadurch würde die Eigenverantwortung gestärkt, wodurch wiederum die Gesundheitskosten sinken würden, erklärte Colatrella. Dieser Vorschlag sorgte bei zahlreichen Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitspolitik für Aufruhr: Eine solche Erhöhung könne sich kaum jemand leisten, war der Tenor. Für Patientenschützerin Susanne Hochuli würde dieser Vorschlag das Ende des heutigen Kassensystems darstellen, weil die Kosten der sozialen Abfederung nicht mehr durch die Prämiegelder bezahlt würden. Barbara Gysi (sp, SG) befürchtete eine zusätzliche Belastung der sozial Schwächeren und Heinz Brand (svp, GR) prognostizierte gar einen Volksaufstand. Neben der breiten Kritik wurden aber auch verständnisvolle Stimmen laut, die eine umfassende Diskussion über alternative Modelle forderten.

Gleichzeitig beschäftigte sich im Jahr 2018 auch die Politik ausführlich mit dem Thema der Franchisen. So wurden 2018 neun Geschäfte zu diesem Thema beraten. Der Nationalrat stimmte drei Motionen der FDP.Liberalen-Fraktion zu, gemäss denen die Franchisen zukünftig regelmässig angepasst werden (Mo. 16.3110) und die Maximal- (Mo. 16.3111) und Minimalfranchise (Mo. 16.3112) erhöht werden sollen. Gehör im Nationalrat fanden auch eine Motion Landolt (bdp, GL; Mo. 16.3084) zur Anpassung der ordentlichen Franchise der OKP von CHF 300 auf mindestens CHF 400 sowie eine parlamentarische Initiative Borer (svp, SO; Pa.lv. 15.468) für eine Verlängerung der Vertragsdauer bei besonderen Versicherungsformen wie Wahlfranchisen von einem auf drei Jahre. Einer Forderung der SGK-SR zur Beibehaltung der Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen (Mo. 17.3637) stimmte der Ständerat zu. Damit wollte er verhindern, dass der Bundesrat die Maximalrabatte der mittleren Franchisen anpasst, wie ein Bericht zuvor gefordert hatte. Einer ähnlichen Forderung bezüglich der Anzahl Franchisenstufen (Motion Weibel (glp, ZH; Mo. 15.4222)) stimmte die kleine Kammer ebenfalls zu. Lediglich eine Motion Stöckli (sp, BE; Mo. 17.3771) mit der gegensätzlichen Forderung, wonach der Maximalrabatt der Wahlfranchise über CHF 500 von 70 auf 80 Prozent hätte erhöht werden sollen, lehnte er ab. Die Botschaft für eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung (BRG 18.036) legte der Bundesrat ebenfalls 2018 vor: Damit soll das Verhältnis zwischen Franchisen und Bruttokosten für die OKP bei 1:12 fixiert werden; steigen die Kosten auf das Dreizehnfache der Franchise, müsste diese erhöht werden.<sup>3</sup>

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 09.05.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2018 legte der Bundesrat dem Parlament die **Botschaft zur Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringenden** vor, welche die zeitlich begrenzte Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringenden ablösen soll. Die Vorlage will die Anforderungen an die Leistungserbringenden erhöhen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen steigern und den Kantonen ein Kontrollinstrument für das Leistungsangebot in die Hand geben. Aufgrund der Vernehmlassungsantworten hatte der Bundesrat in der Zwischenzeit einige Änderungen an der Vorlage vorgenommen: Neu sollen die Kantone für die Zulassungssteuerung und die Aufsicht über die Einhaltung der Auflagen zuständig sein, nicht mehr die Versicherer. Zudem wurde die zweijährige Wartefrist für die Leistungserbringenden vor Zulassung zur Leistungserbringung im Rahmen der OKP durch eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte ersetzt.

Im Sommer 2018 beriet die SGK-NR die Botschaft des Bundesrats und trat ohne Gegenstimme auf die Vorlage ein. Sie ersetzte insbesondere einige Kann- durch Muss-

Bestimmungen und erweiterte den Geltungsbereich der Regelungen auf den ambulanten Spitalbereich. Ärztinnen und Ärzte sollen sich zur Zulassung zur OKP einer zertifizierten Gemeinschaft gemäss EPDG anschliessen müssen. Zudem soll ein Register über die ambulant tätigen Leistungserbringenden die Transparenz erhöhen. Die Kommission verabschiedete ihren Vorschlag mit 16 zu 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen.

In der Wintersession 2018 folgte die Erstbehandlung der Vorlage im **Nationalrat**. Ruth Humbel (cvp, AG) und Raymond Clottu (svp, NE) präsentierten sie dem Rat, der ohne Gegenantrag auf die Vorlage eintrat. Unbestritten waren die Änderungen der Kann-Formulierungen; erste Diskussionen gab es zur Frage, ob Leistungserbringende für die Zulassung zur OKP zwei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte und ein Jahr an einem Spital mit Grundversorgung – wie es die Kommission wollte – oder drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte – wie es eine Minderheit Humbel vorschlug – gearbeitet haben müssen. Hier wurde diskutiert, ob es sinnvoller sei, dass frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte – häufig Spezialistinnen und Spezialisten – auch als Grundversorgende gut ausgebildet seien, oder ob es relevanter sei, dass sie länger in ihrem Spezialgebiet arbeiteten. Mit 170 zu 12 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) entschied sich der Rat in dieser Frage für die Minderheit und somit für eine stärkere Spezialisierung der Leistungserbringenden.

Besonders umstritten war die Frage, ob die Kantone die Möglichkeit erhalten sollen, den Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringenden aufzuheben, solange Unter- und Obergrenzen an Ärztinnen und Ärzten nicht erreicht werden. Diesen Vorschlag der Kommission lehnte eine Minderheit Ruiz (sp, VD) ab. Stattdessen wollte sie den Kantonen die Möglichkeit geben, andere Zulassungskriterien zu definieren. Der Rat folgte jedoch gegen den Widerstand der SP- und der Grünen-Fraktion sowie einzelner Mitglieder anderer Fraktionen mit 126 zu 57 Stimmen (bei einer Enthaltung) mehrheitlich der Kommissionsmehrheit. Ähnliche Lager zeigten sich auch bei der Frage, ob den Versicherern und den Versichererverbänden ein Beschwerderecht bezüglich Bandbreiten und Höchstzahlen zustehen soll oder nicht. Die Mehrheit des Nationalrats sprach sich mit 120 zu 59 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) für ein solches Beschwerderecht aus.

Schliesslich lösten auch die Übergangsbestimmungen lange Diskussionen aus. So war sich der Rat nicht einig, ob das Inkrafttreten des Gesetzes an die Inkraftsetzung der Änderung des KVG bezüglich EFAS geknüpft werden soll oder nicht. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) sprach sich gegen eine solche Koppelung aus, da EFAS sehr umstritten sei und die Änderung der Zulassungssteuerung aufgrund ihrer Wichtigkeit nicht aufgeschoben werden solle. Dass es zu einer solchen Verknüpfung gekommen sei, führte Gysi auf das Lobbying der Krankenversicherungen zurück. Obwohl auch der Gesundheitsminister den Nationalrat bat, auf eine Verknüpfung der beiden Themen zu verzichten, stimmte der Nationalrat mit 123 zu 53 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) im Sinne der Kommissionsmehrheit für eine Verknüpfung. Mit 128 zu 40 Stimmen bei 13 Enthaltungen nahm der Nationalrat die Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Die Nein-Stimmen stammten allesamt aus dem links-grünen Lager, jedoch entschieden sich zehn Parlamentarierinnen und Parlamentarier der SP sowie zwei der Grünen und einer der SVP, sich der Stimme zu enthalten.<sup>4</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 26.11.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem der Bundesrat seine Botschaft zur **Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung** im Vergleich zum Vernehmlassungsentwurf unverändert vorgelegt hatte, beschäftigte sich der Nationalrat in der Herbstsession 2018 als Erstrat mit der neusten KVG-Änderung. Zunächst hatte der Rat einen Nichteintretensantrag einer SGK-Minderheit Gysi (sp, SG) zu behandeln. Minderheitensprecherin Gysi begründete ihren Antrag damit, dass die neue Regelung unnötig und unsozial sei: Unnötig sei sie, weil der Bundesrat die Franchisen bereits anpassen könne – wobei die letzten zwei Erhöhungen den Kostenanstieg nicht gebremst hätten. Unsozial sei sie, weil sie zu einer Umverteilung von CHF 20 Mio. führe, wobei vor allem chronisch kranke und ältere Menschen mehr bezahlen müssten als heute, da sie häufig die Grundfranchise wählen müssten. Ausser den Grünen und der SP erklärten in der Folge alle Fraktionen ihre Unterstützung für die Vorlage. Mit 132 zu 51 Stimmen (bei 1 Enthaltung) entschied sich der Rat deutlich für Eintreten und mit 133 zu 53 Stimmen (bei 1 Enthaltung) nahm er die Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Roger Golay (mcg, GE), der sich gegen die Änderung aussprach, und Jean-Luc Addor (svp, VS), der sich seiner Stimme enthielt, wichen als Einzige von den Fraktionsmeinungen ab. Stillschweigend schrieb der Rat zudem die Motion Bischofberger (cvp, AI; Mo. 15.4157) ab.<sup>5</sup>

Im Januar 2019 gab das **Bundesgericht** einer Beschwerde von betroffenen Personen recht, wonach die **Einkommensgrenze bei der individuellen Prämienverbilligung (IPV) für Kinder und junge Erwachsene im Jahr 2017 im Kanton Luzern zu tief angesetzt** war. Die Senkung der Grenze der Nettoeinkommen gemäss Steuererklärung für Ehepaare von CHF 75'000 auf CHF 54'000, mit der nur gerade der unterste Bereich der mittleren Einkommen unterstützt wurde, entspreche nicht dem KVG, das eine Unterstützung von «unteren und mittleren Einkommen» durch Prämienverbilligungen vorsehe. Die Kantone hätten zwar grosse Freiheiten bezüglich der Umsetzung der entsprechenden Regelung, die Ausführungsbestimmungen der Kantone dürften jedoch nicht gegen «Sinn und Geist der Bundesgesetzgebung» verstossen, erklärte das BGer. Das Kantonsgericht hatte zuvor eine Prüfung der entsprechenden Verordnung abgelehnt.

Die Medien führten die Senkung der Einkommensgrenze in Luzern auf eine vom Volk abgelehnte Steuererhöhung im Mai 2017 zurück. Da diese Gelder ausgeblieben seien, habe der Kanton die Einkommensgrenze für Kinder und junge Erwachsene rückwirkend gesenkt und somit CHF 15 Mio. gespart. Rund 8'000 Familien seien von dieser Änderung betroffen gewesen. Verschiedene Haushalte hätten gar bereits ausbezahlte Prämienverbilligungen zurückzahlen müssen.

Doch nicht nur im Kanton Luzern, auch in acht weiteren Kantonen läge die Einkommensgrenze unterhalb des Mittelstandes, erklärte die Presse mit Verweis auf einen Bericht des BAG. Insgesamt sei der Anteil der Prämienverbilligungskosten, welche die Kantone übernehmen, von etwa der Hälfte auf 41.7 Prozent gesunken – dabei gäbe es aber grosse kantonale Unterschiede.

Als «Steilpass des Bundesgerichts» für die SP erachtete der Blick dieses Urteil. So forderten die Sozialdemokraten in der Folge, dass alle Kantone ihre entsprechenden Regeln überprüfen. Man rechne damit, dass 200'000-300'000 Haushalte zu wenig Geld erhalten, erklärte die SP in einer Pressekonferenz. Die Kantone hätten einen Monat Zeit, bevor die Partei rechtliche Schritte einleite. Zudem seien nationale Regeln in diesem «föderalistischen Flickenteppich» dringend, erklärte etwa Barbara Gysi (sp, SG). Genau solche plante die SP mit ihrer Prämienentlastungsinitiative, deren Lancierung für Februar 2019 geplant war.

Doch nicht nur auf linker, auch auf bürgerlicher Seite begrüsst Gesundheitspolitiker gemäss Medien das Urteil. Der Präsident der Sozialdirektorenkonferenz, Martin Klöti (SG, fdp), erklärte etwa eine Harmonisierung der IPV als nötig. Andere bürgerliche Stimmen kritisierten hingegen, dass das Gericht hier in föderale Strukturen und somit in die Freiheit der Kantone eingreife.<sup>6</sup>

Wie zuvor ihre Schwesterkommission lehnte auch die SGK-NR eine Einteilung der Prämien nach Bezirken, wie sie das EDI einzuführen beabsichtigt hatte, ab. Dadurch würden die Kosten der städtischen Regionen auf die ländlichen Regionen, in denen das Angebot deutlich geringer ist, übertragen, argumentierte die Kommission in ihrem Bericht vom Februar 2019. Mit 16 zu 7 Stimmen empfahl sie daher, die Motion der SGK-SR zur **Beibehaltung der aktuellen Einteilung der Prämienregionen** anzunehmen. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) setzte sich hingegen für eine Ablehnung der Motion ein, da es keine Lösung sei, den ungerechten Status quo zu zementieren.

Minderheitensprecherin Gysi bezeichnete die Motion in der Nationalratsdebatte in der Frühjahrssession 2019 als «Skandal». Die heutige Situation und damit auch diese Motion würden gegen das Gesetz verstossen, argumentierte sie. Aktuell würden städtische Gemeinden und Agglomerationen die Landbevölkerung massiv quersubventionieren. Zwar sei die Dichte der Leistungserbringenden und somit auch die Kosten in den Städten höher als auf dem Land, «aber nicht derart viel höher». Dem pflichtete Gesundheitsminister Berset – ebenfalls mit deutlichen Worten – bei. Die aktuelle Regelung sei ein echtes Problem, das jetzt gelöst werden müsse. Er bat daher den Nationalrat, die Motion abzulehnen. Man müsse ja nicht mit dem bisherigen Vorschlag vom EDI weiterarbeiten, aber die Diskussion müsse weitergeführt werden können; ansonsten sei die Thematik vom Tisch. Eine Annahme der Motion würde bedeuten, dass man sagt, «qu'on a bien compris qu[le la situation] est injuste, mais que l'on va faire comme si on ne le voyait pas et que, tant pis, on va cacher la poussière sous le tapis». Trotz dieses eindringlichen Appells nahm der Nationalrat die Motion mit 105 zu 62 Stimmen (bei 10 Enthaltungen) an. Mehrheiten der bürgerlichen Fraktionen hatten sich für die Beibehaltung der aktuellen Regelung ausgesprochen.

Somit werden die Bemühungen zur Änderungen der Prämienregionen eingestellt. Genau wie Barbara Gysi kritisiert hatte, fand die Vorlage in den Medien kaum Resonanz, diskutiert wurde stattdessen über die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung sowie über die Steuerabzüge für Krankenkassenprämien, die gleichentags respektive tags zuvor behandelt wurden.<sup>7</sup>



Einen Tag bevor der Ständerat die Bundesratsvorlage zur **Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung** behandelte, hatte die SP bereits verkündet, dass man, falls nötig, das Referendum gegen das Gesetz ergreifen werde. Die Franchisenerhöhung sei inakzeptabel, treffe mit den chronisch Kranken und älteren Menschen die Schwächsten am stärksten und sei deshalb ein Angriff auf die Solidarität, hatte Barbara Gysi (sp, SG) erklärt.

Von dieser Referendumsdrohung liess sich der Ständerat aber tags darauf in der Frühjahrsession 2019 nicht beeindrucken. Den Minderheitsantrag Stöckli (sp, BE) auf Nichteintreten lehnte er mit 28 zu 13 Stimmen ab und nahm die Vorlage in der Folge nach einer Präzisierung bezüglich der Bruttokosten in der Gesamtabstimmung mit 26 zu 13 Stimmen (2 Enthaltungen) an. Noch in derselben Session akzeptierte der Nationalrat die Änderungen stillschweigend, sodass die beiden Räte gut eine Woche später zur Schlussabstimmung schreiten konnten.

In der Zwischenzeit hatte sich jedoch die Ausgangslage verändert: Zwei Tage vor der Schlussabstimmung hatte SVP-Fraktionschef Aeschi (svp, ZG) erklärt, die SVP-Fraktion werde die Vorlage ablehnen. Man wolle nicht einseitig die Prämienzahlenden belasten, stattdessen müsse ein Gesamtpaket geschaffen werden, in dem auch die anderen Akteure wie Krankenkassen oder Ärztinnen und Ärzte ihren Beitrag leisten sollten, erklärte er. In der Ratsdebatte ergänzte Leo Müller (cvp, LU), auch die CVP unterstütze dieses Projekt nicht und werde sich der Stimme enthalten, zumal sie sich von Anfang an für eine umfassende – und keine einseitig die Patientinnen und Patienten belastende – Revision ausgesprochen habe. Dies führte bei den anderen bürgerlichen Parteien zu Unverständnis. Lorenz Hess (bdp, BE) nervte sich, dass die Ausgangslage nun plötzlich anders sei, obwohl sich inhaltlich nichts verändert hatte. Sowohl SVP als auch CVP hatten die Vorlage in der Wintersession 2018 noch geschlossen befürwortet. Beat Walti (fdp, ZH) sprach von einem «parlamentarische[n] Trauerspiel» und von einem «durchschaubare[n] und unglaubwürdige[n] Manöver». Roger Nordmann (sp, VD) warf der SVP vor, vor den eidgenössischen Wahlen das Referendum der SP gegen das Gesetz und die Debatte zur Franchisenerhöhung verhindern zu wollen, und Balthasar Glättli (gp, ZH) warf ein, dass es bereits «wahlkämpfelet», und lobte ironisch die «Pirouetten», die die SVP drehe. Dem widersprach Thomas Aeschi heftig. Das verfehlte Gesundheitssystem sei von der SP entworfen worden und unter der Federführung der damaligen SP-Bundesrätin Ruth Dreifuss unter Jubel der FDP und CVP entstanden. Nur die SVP habe damals schon prophezeit, was passieren werde – und habe Recht behalten. Die SVP werde nicht Hand bieten für den Versuch, das verrottete System durch ein paar «Pflästerli» zu heilen.

Und so kam es, wie die Vertreterinnen und Vertreter der FDP und der BDP befürchtet hatten: Mit 101 zu 63 Stimmen lehnte eine Allianz aus SP- und Grünen-Fraktion, einer Mehrheit der SVP-Fraktion sowie einzelnen Mitgliedern der CVP-Fraktion – der Grossteil der CVP-Fraktion enthielt sich wie angekündigt der Stimme – die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung ab und versenkte die Vorlage. Dass der Ständerat – und mit ihm alle fünf SVP-Ständeräte – die Vorlage mit 27 zu 14 Stimmen annahm, war somit gegenstandslos. Auch die Medien werteten den Meinungsumschwung bei der SVP und der CVP – ähnlich wie zuvor die Parlamentarierinnen und Parlamentarier – als «wahltaktisches Manöver» (Tagesanzeiger).<sup>8</sup>

Im Mittelpunkt der Revision des KVG bezüglich der **Zulassung von Leistungserbringenden** in der Herbstsession 2019 durch den Nationalrat stand ein **Rückkommensantrag** der SGK-NR, der von ihrer ständerätlichen Schwesterkommission gutgeheissen worden war. Sowohl Nationalrat als auch Ständerat hatten in der ersten Behandlungsrunde den bundesrätlichen Vorschlag zur Schaffung von Auflagen für die Leistungserbringenden in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität durch die Aufsichtsbehörde gutgeheissen. Damit habe man gemäss Kommissionssprecherin Ruth Humbel (cvp, AG) jedoch Koordinationsprobleme mit der Vorlage «Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» und Zuständigkeitskonflikte zwischen Kantonen und Tarifpartnern geschaffen. Gemäss letzterer Vorlage sei der Bund für die Regulierung der Krankenversicherungen und die Tarifpartner für die Durchführung von Qualitätskontrollen zuständig. Statt den Kantonen mit der Zulassungsvorlage nun ebenfalls noch Kontrollaufgaben und somit eine zusätzliche Aufsichts- und Sanktionierungskompetenz zu geben, sollten sie ausschliesslich für die gesundheitspolitische Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie für deren Zulassung zur OKP zuständig sein, während die Wirtschaftlichkeits- und Kosteneffizienzprüfung durch die Tarifpartner erfolgen solle. Dagegen wehrte sich eine Minderheit Heim (sp,

SO) heftig. Barbara Gysi (sp, NR) betonte für die SP-Fraktion, dass diese Änderung aufgrund eines Rechtsgutachtens und des Lobbyings von Curafutura eingereicht worden sei. «Dieses Rückkommen ist nichts anderes als der Versuch, einen Teil der Macht – die Sanktionsmöglichkeiten, den Einfluss und die Steuerungsmöglichkeiten – bei den Kantonen wieder zu streichen und ihn den Versicherungen zuzuschieben», kritisierte sie. Dies wecke die Gefahr, dass die Versicherungen die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrem Kostendenken unterordneten. Wenn die Kantone zudem neu über die Zulassung der Leistungserbringenden entscheiden könnten, gemäss Verfassung für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien und diese zukünftig aufgrund von EFAS auch mitfinanzieren müssten, sollten sie auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben beaufsichtigen können. Zudem habe die Verwaltung den Koordinationsbedarf zwischen den zwei Vorlagen überprüft und in Abklärung mit dem Bundesamt für Justiz kleinere Ergänzungen vorgeschlagen. Auch Bundesrat Berset erachtete diese vorgeschlagenen kleineren Korrekturen als ausreichend, um die entsprechenden Koordinationsprobleme zu beheben. Dennoch sprach sich der Rat – bei 27 nicht teilnehmenden Personen – mit 122 zu 49 Stimmen für die Änderung aus. Die ablehnenden Stimmen stammten von der SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay vom MCG und Marianne Streiff-Feller und Nik Gugger von der EVP.

Auch die weiteren Punkte der Reform wurden hitzig diskutiert. Bei der Frage, ob die Kantone Zulassungsbeschränkungen einführen müssen oder können, sprachen sich ausser der FDP-Fraktion und Angelo Barrile (sp, ZH) und vereinzelt Enthaltungen alle Ratsmitglieder für eine entsprechende Pflicht für die Kantone aus (146 zu 30 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Bei der freiwilligen Möglichkeit auf Vertragsfreiheit, die der Nationalrat eingeführt, der Ständerat aber deutlich abgelehnt hatte, folgte die grosse Kammer mit 135 zu 41 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) ihrer Kommissionsmehrheit und lenkte gegenüber dem Ständerat ein. Eine Mehrheit der FDP-Liberalen-Fraktion und eine Minderheit der SVP-Fraktion hatte hier auf Festhalten plädiert. Nicht einlenken wollte der Nationalrat hingegen beim Beschwerderecht für die Versicherungen und die Versicherungsverbände bezüglich der Ärztehöchstzahlen; dieses bestätigte er mit 131 zu 52 Stimmen gegen den Widerstand von SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay. Mit 123 zu 53 Stimmen hielt die grosse Kammer schliesslich auch trotz kritischer Stimmen des Gesundheitsministers und von linker Ratsseite an der Verbindung dieser Zulassungsvorlage mit EFAS fest. Die Verbindung diene dazu, dass «Efas die Räte und das Referendum erfolgreich übersteht», erklärte Kommissionssprecherin Humbel.<sup>9</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 26.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

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

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

In der Detailberatung diskutierte der Nationalrat verschiedene technische Fragen, die jedoch, so die Auffassung der meisten Rednerinnen und Redner, hochpolitisch waren. So beriet die grosse Kammer die Berechnung der Kantonsbeiträge, bei der zwei Fragen umstritten waren: Soll erstens der Abzug der Risikoabgaben risikobasiert oder kostenbasiert erfolgen und sollen zweitens die Kostenbeteiligungen der Versicherten abgezogen werden, bevor die Kantonsbeiträge berechnet werden. Bei ersterer Frage sprach sich eine Kommissionsminderheit Nantermod (fdp, VS) für das risikobasierte

Pauschalmodell aus. Dieses habe den Vorteil, dass nur die Risikokompensation und nicht die variablen Verwaltungskosten der Versicherungen berücksichtigt würden, erklärte Regine Sauter (fdp, ZH) für die Kommissionsminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenwahrheit entsprechen müssten. Somit könne man diese nicht «aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen» verteilen. Mit 111 zu 78 Stimmen sprach sich der Nationalrat für den Mehrheitsantrag der SGK-NR und somit für das kostenbasierte Modell aus: Eine Allianz aus SP-, Grünen- und SVP-Fraktion setzte sich diesbezüglich gegen die geschlossenen stimmenden übrigen Fraktionen durch.

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

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

Bei der Frage nach der zukünftigen Rolle der gemeinsamen Einrichtung der Versicherungen entschied sich der Rat gegen eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) und eine Minderheit Carobbio (sp, TI) dafür, dass die Einrichtung neu auch für die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherungen zuständig sein soll. Sowohl Aeschi als auch Carobbio hatten mit ihren Anträgen beabsichtigt, die Rolle der Kantone in EFAS zu stärken; Thomas Aeschi wollte den Kantonen die Möglichkeit geben, das Geld selbst zu verteilen, während Marina Carobbio der gemeinsamen Einrichtung die Kontrolle über die Zahlungen übertragen wollte, damit die Kantone den Versicherungen nicht blind vertrauen müssten, wie Bea Heim (sp, SO) erklärte.

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.<sup>10</sup>

**MOTION**  
DATUM: 12.12.2019  
ANJA HEIDELBERGER

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

### Unfallversicherung

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 13.03.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2018 legte der Bundesrat dem Parlament einen Bericht zur Abschreibung der Motion Darbellay (cvp, VS; Mo. 11.3811) zur **Schliessung der Rechtslücke in der Unfallversicherung** vor. Darin hatte er verschiedene Fragen zu den Taggeld-Zahlungen bei Erwerbsausfällen aufgrund von Rückfällen oder Spätfolgen von Jugendunfällen untersucht und war zum Schluss gekommen, dass eine solche Regelung nur Einzelfälle betreffen würde. Deutlich sprach er sich gegen eine entsprechende Regelung im Rahmen des UVG aus, da eine solche insbesondere vom Rückwärtsversicherungsverbot abweichen würde; die Personen zum Zeitpunkt des Rückfalls UVG-versichert sein müssten; die Versicherungsdeckung aufgrund des Gebots der Rechtsgleichheit nicht auf Rückfälle bei Unfällen in der Jugendzeit begrenzt werden dürfe, sondern auch Unfälle während eines Arbeitsunterbruchs berücksichtigen müsste; und da offen sei, ob die «nicht abschätzbare Prämienerrhöhung» durch Arbeitgebende oder Arbeitnehmende bezahlt werden solle. Auch eine Übernahme durch andere Sozialversicherungszweige hielt der Bundesrat nicht für sinnvoll. Ganz allgemein würden bereits heute die meisten Forderungen zur Übernahme der Kosten von Rückfällen an der schwierigen Akten- und Beweislage scheitern, die es nicht erlaube, einen für eine Übernahme durch eine Versicherung notwendigen kausalen Zusammenhang zwischen Unfall und Spätfolgen festzustellen. Eine zusätzliche Regelung würde somit vor allem zu falschen Hoffnungen bei den Betroffenen und zu mehr gerichtlichen Verfahren führen. Folglich beantragte der Bundesrat die Motion zur Abschreibung.<sup>12</sup>

1) AB NR, 2018, S. 534; Bericht Kostendämpfungsmassnahmen

2) AB NR, 2018, S. 1441 f.

3) LT, NZZ, TA, TG, 29.3.18; So-Bli, TA, 15.4.18; Blick, LMD, 16.4.18; Blick, LT, LZ, TA, TG, 17.4.18; WW, 19.4.18; LT, 20.4.18; Blick, LT, TG, 21.4.18; LMD, LT, TG, 24.4.18; LT, 4.6.18; TA, 13.6.18

4) AB NR, 2018, S. 2153 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 31.8.18

5) AB NR, 2018, S. 1791 ff.

6) Bundesgerichtsurteil 8C\_228 vom 22.1.19; TA, 28.1.19; AZ, BaZ, Blick, CdT, Lib, NZZ, SGT, TA, TG, 29.1.19; Blick, NZZ, TA, 30.1.19; WoZ, 31.1.19

7) AB NR, 2019, S. 137 ff.; Bericht SGK-NR (18.3713) vom 15.2.19

8) AB NR, 2019, S. 325; AB NR, 2019, S. 619 ff.; AB SR, 2019, S. 239; AB SR, 2019, S. 8 ff.; Abstimmungsprotokoll vom 26.11.18; Blick Online, 20.3.19; Blick, CdT, TA, 5.3.19; BaZ, LT, NZZ, SGT, TA, TG, 6.3.19; So-Bli, 10.3.19; BaZ, SGT, TA, 15.3.19; LT, NZZ, TA, 21.3.19; TA, 22.3.19; CdT, LT, TA, TG, 23.3.19

9) AB NR, 2019, S. 1432 ff.

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

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

12) BBl 2018, S. 2353 ff.