

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Prozess

Revision der Krankenversicherung – Schaffung des KVG (BRG 91.071)

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Hofmann, Stéphane

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Hofmann, Stéphane 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Revision der Krankenversicherung – Schaffung des KVG (BRG 91.071), 1988 – 1994*. 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
Sozialversicherungen	1
Erwerbsersatzordnung (EO)	1
Krankenversicherung	1

Abkürzungsverzeichnis

BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
HMO	Health Maintenance Organization
SAV	Schweizerischer Apothekerverein
VESKA	Verband schweizerischer Krankenanstalten
SBV	Schweizerischer Behinderten- und Sehbehindertenverband
SGB	Schweizerischer Gehörlosenverbund
SGV	Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte
SHIV	Economiesuisse (ehem. Schweizerischer Handels- und Industrie-Verein)
KSK	Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen
KUVG	Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung
SGCI	Schweizerische Gesellschaft für Chemische Industrie
CNG	Christlichnationaler Gewerkschaftsbund (Vorgänger von Travail.suisse)

OFAS	Office fédéral des assurances sociales
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
HMO	Health Maintenance Organization
SSPh	Société suisse de Pharmacie
VESKA	Association suisse des établissements hospitaliers
FSA	Fédération Suisse des aveugles et malvoyants
FSS	Fédération Suisse des Sourds
SSMC	Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances
USCI	Economiesuisse (ancienne Union suisse du commerce et de l'industrie)
CAMS	Concordat des assureurs-maladie suisses
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents
SSIC	Société suisse des industries chimiques
CSC	Confédération des syndicats chrétiens de Suisse (Prédécesseur de Travail.suisse)

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

STUDIEN / STATISTIKEN
DATUM: 14.10.1988
STÉPHANE HOFMANN

Même si experts, politiciens et médecins s'accordent à reconnaître l'urgence d'un changement d'orientation de la politique de la santé, il n'en demeure pas moins vrai qu'au niveau législatif la situation reste figée et que les dépenses poursuivent allègrement leur mouvement à la hausse et se répercutent irrémédiablement sur les cotisations des assurés. Avec le rejet de la révision de la loi sur l'assurance-maladie et maternité dont l'un des objectifs consistait justement à freiner les dépenses médico-pharmaceutiques et devant la valse hésitation politique, le dossier de la santé publique va sans en douter constituer un défi majeur pour le Conseil fédéral. A la recherche d'un modèle susceptible de répondre aux impératifs économiques et sociaux, le DFI avait chargé **quatre experts** d'élaborer des propositions concrètes allant dans le sens d'une **refonte de la politique de la santé**. Si ceux-ci ont émis, dans le rapport final, des avis parfois contradictoires, ils ont cependant été unanimes à reconnaître que le système actuel était dans l'impasse et qu'une réforme en profondeur s'imposait. Ils sont également tombés d'accord sur la nécessité de revaloriser le principe de la solidarité en instaurant notamment le libre passage d'une caisse à une autre, sur l'amélioration du sort des familles et des personnes à faible revenu et sur la suppression des subventions fédérales traditionnelles par arrosage au profit de subventions ciblées. Trois des quatre experts se sont prononcés en faveur d'une assurance de base obligatoire.¹

Sozialversicherungen

Erwerbsersatzordnung (EO)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 07.10.1993
MARIANNE BENTELI

Anlässlich der Beratung des revidierten Krankenversicherungsgesetzes im Nationalrat reichte eine links-grüne Minderheit der vorberatenden Kommission einen **Antrag auf Einführung eines Mutterschaftsurlaubs von 16 Wochen** ein, wobei dies über eine Revision der arbeitsrechtlichen Bestimmungen im Obligationenrecht erfolgen sollte. Das Plenum anerkannte zwar, dass bei der Mutterschaftsversicherung nach wie vor die gesetzliche Umsetzung des Verfassungsauftrages von 1945 fehle, wollte aber eingedenk des Abstimmungsergebnisses von 1987, wo die Revision des Krankenversicherungsgesetzes unter anderem am Einbezug eines Mutterschaftstaggeldes gescheitert war, die laufende Vorlage nicht unnötig belasten und lehnte den Antrag mit 97 zu 55 Stimmen ab.²

Krankenversicherung

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 29.08.1989
MARIANNE BENTELI

Dass im Krankenversicherungswesen Neues gefragt ist, ist seit Jahren allen Beteiligten klar. Der Bundesrat hatte denn auch schon vier "Weise" mit der Ausarbeitung von neuen Modellen beauftragt. Aufgrund ihres Schlussberichts veröffentlichte das EDI Ende August seine **Vorgaben für eine Totalrevision des KUVG**: obligatorische Grundversicherung, Beibehaltung der individuellen Kopfprämie – also keine lohnprozentualen Beiträge, wie sie die noch hängige Initiative der SP und der Gewerkschaften will –, Prämienungleichheit für Männer und Frauen, für Junge und Alte, volle Freizügigkeit bei Kassenwechsel, höhere Kostenbeteiligung der Versicherten, Lastenausgleich zwischen den Kassen, Abgeltung von Spitex-Kosten, massvolle Erhöhung der Bundesbeiträge zugunsten der Schwächeren und Zulassung von alternativen Versicherungsangeboten. Die Revision soll ganz unter das Motto der Solidarität und der Kostensenkung gestellt werden. Das Thema Mutterschaftsversicherung wurde dabei tunlichst nicht erwähnt.³

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 29.08.1989
MARIANNE BENTELI

Gleichzeitig kündigte Bundesrat Flavio Cotti die Einsetzung einer von Ständerat Otto Schoch (fdp, AR) präsidierten 26-köpfigen Kommission an, die aufgrund dieser Vorgaben bis Ende September 1990 einen **Vorentwurf** ausarbeiten soll. Dieser Kommission gehören unter anderem drei der vier "Weisen" an, aber nur eine Vertreterin der Versicherten und nur gerade drei Frauen. Der vierte ursprüngliche Experte, der Zürcher Wirtschaftswissenschaftler Peter Zweifel, mochte in der Kommission nicht mitmachen, weil er befürchtete, dass bei diesem "Interessen-Hickhack" ohnehin keine grundlegenden Änderungen erfolgen könnten. Damit drückte er die auch in der Presse am häufigsten geäußerte Befürchtung aus. Ende November zog die **Kommission Schoch** Zwischenbilanz. Sie erachtete die vom Bundesrat fixierten Grundsätze als geeignete Basis für ihre Arbeiten und gab beim BSV einen entsprechenden Gesetzesentwurf in Auftrag, dessen Details ab März 1990 in weiteren Expertenrunden geprüft werden sollen.⁴

POSITIONSPAPIER UND PAROLEN
DATUM: 04.09.1989
MARIANNE BENTELI

Die **Spitzenverbände des Gesundheitswesens**, nämlich die Vereinigung der Ärzte (FMH), der Apotheker (SAV), der Krankenhäuser (Veska) sowie der Chemischen Industrie (SGCI) **stellten sich** in einer gemeinsamen Stellungnahme **hinter das Projekt Cotti**, während das KSK bereits im Vorfeld erklärt hatte, nicht grundsätzlich gegen eine Totalrevision zu sein, einer Übergangsregelung im Moment aber eindeutig den Vorzug zu geben. Die FDP begrüßte die angestrebte Wettbewerbssteigerung durch die volle Freizügigkeit und die Anerkennung alternativer Versicherungsformen, befürchtete aber, dass das Obligatorium und die Prämienungleichheit keinen Konsens finden würden. Für die SP bringen die bundesrätlichen Vorschläge zwar bedeutende Verbesserungen (Obligatorium, Prämienungleichheit, Freizügigkeit), enthalten aber auch viel Widersprüchliches (alternative Versicherungsmodelle, Kopfprämie).⁵

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.12.1990
MARIANNE BENTELI

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 begrüßte 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).⁶

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 16.02.1991
MARIANNE BENTELI

Mitte Februar gab der Bundesrat **Bericht und Gesetzesentwurf der Kommission Schoch in die Vernehmlassung**, allerdings nicht ohne gewisse Vorbehalte. In seinem Begleitbrief hielt er fest, dass in Sachen Kosteneindämmung mehr getan werden sollte. Er unterstützte dementsprechend einen Minderheitsantrag der Expertenkommission, der den Behörden ein Eingreifen gegen Tarif- oder Preiserhöhungen ermöglicht, wenn die Behandlungskosten mindestens doppelt so stark ansteigen wie der Durchschnitt der Angestelltegehälter. Der Bundesrat behielt sich zudem vor, weitere Massnahmen in die Vorlage aufzunehmen, wie beispielsweise die Globalbudgetierung für ambulante Leistungen bei übermässigem Kostenanstieg und eine grössere Freiheit der Versicherer beim Angebot von Versicherungsmodellen mit kostendämpfender Wirkung.

Einen zweiten Vorbehalt brachte der Bundesrat bei den Bundesbeiträgen an, die nach dem Vorschlag der Expertengruppe gebunden, von Regierung und Parlament mit dem Budget also nicht mehr beeinflussbar wären. Der Bundesrat zöge es vor, den Bundesbeitrag periodisch vom Parlament mit einfachem Bundesbeschluss festlegen zu lassen und – allenfalls mit Auflagen über die Höhe des Kantonsbeitrags – nach Finanzkraft auf die Kantone zu verteilen. Der Entwurf wurde zudem um Bestimmungen über eine – von der Kommission nicht behandelte – freiwillige Taggeldversicherung ergänzt.⁷

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 16.07.1991
MARIANNE BENTELI

Der Expertenentwurf wurde in der Vernehmlassung recht kontrovers beurteilt. Die Notwendigkeit einer Revision und einer Stärkung der Solidarität wurde zwar nicht in Zweifel gezogen, doch bereits bei der Frage des Obligatoriums – einem der zentralsten Punkte der Vorlage – gingen die Meinungen auseinander. CVP, SP und SVP sowie der SGB, die Erbringer medizinischer Leistungen und eine Mehrheit der Verbände der Gesundheits- und Sozialpolitik befürworteten das Obligatorium, die FDP und die Wirtschaftsverbände lehnten es hingegen aus grundsätzlichen ordnungspolitischen Überlegungen ab, während sich das Konkordat der schweizerischen Krankenkassen einer Stellungnahme enthielt.

Grosse Meinungsunterschiede zeigten sich auch in den Bereichen Finanzierung und Kosteneindämmung. Neben der Höhe der Bundesbeiträge war vor allem umstritten, ob diese eher den Krankenkassen zur Sicherstellung alters- und geschlechtsunabhängiger Prämien zukommen oder ob sie in erster Linie für eine Prämienverbilligung von wirtschaftlich Schwächeren verwendet werden sollen. Zahlreiche Stellungnahmen verlangten, im Bereich der Kostendämpfung müsse mehr getan werden; konkrete Vorschläge waren dabei allerdings selten.⁸

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 06.11.1991
MARIANNE BENTELI

Im November stellte der Bundesrat dann seine **Botschaft für die Totalrevision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG)** vor. Wichtigster Punkt war dabei sein Beharren auf dem Grundsatz des Obligatoriums und eines zehnjährigen Lastenausgleichs zwischen den Kassen und den neu ebenfalls zugelassenen privaten Versicherungsgesellschaften. Damit soll die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Männern und Frauen sowie unter den Versicherern wiederhergestellt werden. Der Wechsel von einer Kasse zur anderen würde so ohne Nachteil möglich (volle Freizügigkeit). Die Abstufung der Prämien nach dem Alter des Beitritts zur Versicherung fiel dahin, Frauen würden nicht mehr länger höhere

Prämien bezahlen als die Männer, und beim Eintritt in eine Versicherung gäbe es keine Vorbehalte und Altersgrenzen mehr. Die Kollektivversicherungen mit ihren günstigeren Prämien für Erwerbstätige würden abgeschafft.

Nach dem Willen des Bundesrates sollen die obligatorischen Grundleistungen massiv ausgebaut werden, was mit Mehrausgaben von rund 10% veranschlagt wurde. Mit der Gleichstellung der ambulanten und der stationären Behandlung würde namentlich die Beschränkung der Leistungsdauer bei Spitalaufenthalten auf 720 Tage aufgehoben. Zu Pflichtleistungen sollen auch die Hauskrankenpflege (Spitex), Transport- und Rettungskosten, Massnahmen der medizinischen Prävention sowie gewisse zahnärztliche Behandlungen werden.

Rund 25 Massnahmen sieht der Bundesrat zur Kostendämpfung vor. Mit alternativen Versicherungsangeboten wie beispielsweise den Gesundheitskassen (HMO) sollen die Versicherten zu vermehrtem Kostenbewusstsein angehalten werden. Dazu kommen neben Massnahmen der Spitalplanung und der Kostentransparenz verstärkte Kontrollmechanismen bei der Festsetzung von Tarifen und Preisen. Sollte dies nicht genügen, könnte der Bundesrat zu befristeten ausserordentlichen Massnahmen wie Globalbudgetierung oder Zulassungsbeschränkungen für Leistungsbringer greifen.

Die Subventionen der öffentlichen Hand sollen nicht mehr nach dem Giesskannenprinzip ausgerichtet werden, sondern nur noch für individuelle Prämienverbilligungen eingesetzt werden, wenn die Prämien einen von den Kantonen festzulegenden Prozentsatz des steuerbaren Einkommens (etwa 8%) übersteigen. Davon würden in erster Linie grössere Familien und die heute am stärksten benachteiligten Personen – etwa die Frauen der ältesten Eintrittsaltersgruppe – profitieren. Statt 1,3 Mia. müsste der Bund jährlich 2 Mia. Fr. zuschiessen; die Kantonsbeiträge würden von heute 600 Mio. auf 1 Mia. Fr. steigen.⁹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 17.12.1992
MARIANNE BENTELI

Der im Vorjahr vom Bundesrat vorgelegte Entwurf für eine Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) fand im **Ständerat**, welcher die Vorlage als Erstrat behandelte, gute Aufnahme, was auch darauf zurückgeführt wurde, dass die Kommission sehr sorgfältige Vorarbeit geleistet hatte. In den Hauptpunkten folgte die kleine Kammer den Vorschlägen der Regierung. So wurden die beiden wichtigsten Neuerungen – Versicherungsobligatorium und Freizügigkeit in der Grundversicherung – diskussionslos angenommen. Damit soll grössere Solidarität zwischen den Versicherten und vermehrter Wettbewerb unter den Versicherern erreicht werden, wobei neu auch den Privatversicherungen der Zugang zur sozialen Krankenversicherung offen steht. Unbestritten war auch der Lastenausgleich unter den Krankenkassen, der Ausbau der Leistungen in der Grundversicherung sowie die Erhöhung und künftige Verwendung der Subventionen zur gezielten individuellen Prämienverbilligung (Abkehr vom Giesskannenprinzip).

Opposition erwuchs der Vorlage in erster Linie von rechter und linker Seite. Der Tessiner Arzt und Lega-Vertreter Morniroli beschwor das Schreckgespenst einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens herauf. Die Ratslinke bedauerte die Beibehaltung der ihrer Ansicht nach unsozialen Kopfprämien, die Festsetzung der zu Prämienverbilligung führenden Einkommensgrenzen durch die Kantone, die gesteigerte Belastung der Patienten durch den Selbstbehalt im Spital, die Ausklammerung der Zusatzversicherungen aus dem Sozialversicherungsgesetz sowie den Verzicht auf eine obligatorische Taggeldversicherung. Sie kritisierte zudem, dass der Rat zentrale kostendämpfende Instrumente entweder ganz aus der Vorlage gekippt oder doch deutlich abgeschwächt habe, so etwa den Zulassungsstopp für Ärzte und die Globalbudgetierung auch im ambulanten Bereich. Dennoch wurde der Entwurf schliesslich einstimmig verabschiedet.¹⁰

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 03.02.1993
MARIANNE BENTELI

In Zusammenhang mit der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes **machte die Kartellkommission eine Reihe von Anregungen, welche kostendämpfenden Wettbewerb in die soziale Krankenversicherung bringen sollten.** Die Kommission ging von der Feststellung aus, dass im Schweizer Gesundheitswesen – anders als in einem funktionierenden Markt – die Preise bei steigendem Angebot nicht sinken. Trotz stetig zunehmenden Arztezahlen in den vergangenen Jahren gaben die Tarife nicht nach. Das ärztliche Einkommen sei durch die Zahlungspflicht der Krankenkassen quasi garantiert, konstatierte die Kartellkommission und empfahl, das in den Landesregeln der

kantonalen Arztgesellschaften festgelegte Konkurrenz- und Vertragsabschlussverbot sei ebenso aufzuheben wie die durch Meistbegünstigungs- und Ausschliesslichkeitsklauseln fixierte Tarifordnung. Dadurch erhielten die Kassen die Möglichkeit, nur mit besonders günstigen Medizinern Tarifverträge abzuschliessen. Nach Auffassung der Kartellkommission sollen auch die Krankenkassen aus der Verbandspflicht entlassen werden, was ihnen ein wettbewerbsorientierteres Vorgehen ermöglichen würde. Den Kassen wurde empfohlen, das Verbot von Preis- und Leistungsvergleichen zu lockern und das Abwerbeverbot von bereits Versicherten aufzuheben. Problematisch erschien der Kommission auch die Rolle der Kantone, die als Finanzierer öffentlicher Spitäler sowohl Vertragspartei als auch Richter in eigener Sache sind, wenn Vertragsverhandlungen zwischen Spitälern und Kassen scheitern, da im Streitfall heute die Kantone festlegen, welche Tarife zur Anwendung kommen. Vom Bund wünschte sich die Kommission eine aktivere Rolle in der Spitalplanung. Das mit den vorgeschlagenen Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen verbundene Sparpotential wurde längerfristig auf zwei bis drei Milliarden Franken geschätzt.¹¹

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 02.04.1993
MARIANNE BENTELI

Im Gegensatz zum Konkordat der schweizerischen Krankenkassen, welches diese Vorschläge positiv aufnahm, wurden sie von der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) als Schritt in Richtung zur Zweiklassenmedizin abgelehnt. Doch auch der **Bundesrat**, welcher in seiner Vorlage selber kein Kartellverbot vorgesehen hatte, **sprach sich für eine diesbezügliche Verschärfung des neuen Krankenversicherungsgesetzes aus**, überliess es aber dem Parlament, über eine allfällige Ergänzung im Sinn der Kartellkommission zu entscheiden.¹²

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 11.05.1993
MARIANNE BENTELI

Aus der Entwicklung der Umsatzzahlen in Arztpraxen und Apotheken schloss der schweizerische Apothekerverein, dass Ärzte und Ärztinnen vermehrt Medikamente in Selbstdispensation verkaufen, um so die Ausfälle auszugleichen, die ihnen auf Tarifebene durch den dringlichen Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung entstehen. Die Apotheker appellierten deshalb an die Parlamentarierinnen und Parlamentarier, im revidierten Krankenversicherungsgesetz die **Selbstdispensation rigoros einzuschränken** und eine entsprechende Bundeskompetenz einzuführen. Diese war im bundesrätlichen Vorschlag enthalten gewesen, im Ständerat jedoch zugunsten der Kantonshoheit aus der Vorlage gekippt worden. Der Nationalrat kehrte wieder zum Entwurf des Bundesrates zurück, doch hielt der Ständerat in der Differenzbereinigung an der föderalistischen Lösung fest.¹³

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 06.10.1993
MARIANNE BENTELI

Bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes entbrannte eine heftige Kontroverse um die **Stellung der Psychotherapeuten**. Der Ständerat wollte bei der heute geltenden Regelung bleiben, wonach Psychotherapeuten nur im Rahmen der Praxis eines Psychiaters Leistungen der sozialen Krankenversicherung erbringen dürfen. Der Nationalrat nahm eine liberalere Haltung ein. Auch er lehnte es ab, die Psychotherapeuten als eigenständige, unabhängige Leistungserbringer ins Gesetz aufzunehmen, hiess aber eine Bestimmung gut, wonach der Bundesrat sowohl die Zulassung der selbständig tätigen Psychotherapeuten wie auch die Ausbildungskriterien der von Ärzten angestellten Psychotherapeutinnen und -therapeuten regeln soll. Dies eröffnet nichtmedizinischen Psychotherapeuten die Möglichkeit, zwar nach wie vor nur auf Überweisung eines Arztes, aber in eigener Praxis kassenpflichtige Leistungen zu erbringen. Der Ständerat schloss sich in diesem Punkt dem Nationalrat an.¹⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 07.10.1993
MARIANNE BENTELI

Der Formulierung des Bundesrates im **revidierten Krankenversicherungsgesetz**, wonach die Leistungen innerhalb der Grundversicherung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, fügte der Ständerat die Bestimmung bei, dass die **Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachzuweisen** sei. Er folgte damit den Argumenten der Schulmediziner, welche warnten, dass die Kosten der in der Regel günstigeren Komplementärmedizin lediglich zusätzlich zu denjenigen der Schulmedizin hinzukämen, was die Kosten im Gesundheitswesen weiter ansteigen lasse. Der Nationalrat lehnte den ständerätlichen Zusatz ab. In der Differenzbereinigung hielt die kleine Kammer an ihrer Meinung fest.¹⁵

Der Nationalrat folgte in den Grundfragen der Gesetzesrevision (Obligatorium, Freizügigkeit beim Kassenwechsel, massvolle Ausdehnung des Leistungskatalogs, Aufhebung der Aussteuerung nach 720 Tagen, Prämienungleichheit von Mann und Frau, Jungen und Alten in der Grundversicherung, gezielte Prämienverbilligungen der öffentlichen Hand, Zulassung neuer Versicherungsformen) Bundes- und Ständerat, nahm aber auch die Vorschläge der Kartellkommission in wesentlichen Punkten auf. So sollen wettbewerbshindernde Bestimmungen in Verbandsstatuten, Standesregeln und Tarifverträgen ausdrücklich verboten werden. Anders als der Ständerat wollte der Nationalrat bei der Aushandlung der Tarifverträge den Patientenorganisationen zumindest ein Anhörungsrecht einräumen.

Die Gesetzesvorlage sieht – ähnlich wie der befristete Bundesbeschluss von 1991 über Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung – vor, dass Versicherer mit einem unterdurchschnittlichen Bestand an Frauen oder älteren Personen Ausgleichsbeiträge zugunsten von Versicherern mit einem entsprechend überdurchschnittlichen Anteil zu leisten haben. Bundes- und Ständerat wollten diese Bestimmung auf zehn Jahre beschränken, da sich ihrer Meinung nach bis dahin die Risikostrukturen aufgrund der vollen Freizügigkeit der Versicherten angeglichen haben sollten. Der Nationalrat zeigte sich hier skeptischer und strich deshalb die Befristung.

Beim Katalog der ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung kehrte der Nationalrat insofern zum bundesrätlichen Vorschlag zurück, als er das Instrument der Globalbudgetierung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zulassen wollte. Zudem erteilte er dem Bundesrat die Kompetenz, kantonale Massnahmen bei der Globalbudgetierung zu koordinieren. Bei der Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer schloss sich die Volkskammer hingegen dem Ständerat an und lehnte diese ab.

Im Bereich der gezielten Prämienverbilligungen durch Beiträge der öffentlichen Hand – vorerst 3 Mia Fr. während vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes – folgte der Nationalrat ebenfalls dem Bundesrat und setzte die kantonalen Beiträge auf mindestens die Hälfte des gesamten Bundesbeitrages fest. Der Ständerat hatte hier die Kantone weniger streng in die Pflicht nehmen wollen. Anders als Bundes- und Ständerat beschloss der Nationalrat allerdings, den Kantonen das System, nach dem die Prämienverbilligungen vorzunehmen sind, nicht vorzuschreiben. Damit kam er dem Wunsch der Kantone nach administrativer Vereinfachung entgegen.

In einem heiklen Punkt der Vorlage, der Regelung der Direktabgabe von Medikamenten durch die Ärzte (Selbstdispensation) stellte sich der Nationalrat hinter die ursprüngliche Vorlage und damit gegen den Ständerat und entschied, die Selbstdispensation zulasten der Krankenversicherung solle durch eine bundesrätliche Verordnung und nicht auf kantonaler Ebene geregelt werden. Neuland betrat die grosse Kammer mit der Bestimmung, dass sich die Krankenversicherer inskünftig in Zusammenarbeit mit anderen Stellen auch auf dem Gebiet der generellen Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung engagieren und dafür je obligatorisch versicherte Person einen vom Bundesrat festgesetzten jährliche Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung erheben sollten. Wie bereits im Ständerat hatte auch im Nationalrat ein Antrag aus Kreisen der SP, der CVP und der LdU/EVP-Fraktion auf Einbeziehung der Taggeldversicherung in die soziale Krankenversicherung keine Chance. Ebenfalls abgelehnt wurde ein Antrag der Mehrheit der vorberatenden Kommission, welcher vorschreiben wollte, dass auch in den Zusatzversicherungen eine Abstufung der Prämien nach Geschlechtern unzulässig sei.

Der Nationalrat nahm das revidierte Krankenversicherungsgesetz mit 113 zu 40 Stimmen klar an. Die Vorlage wurde von der AP aus grundsätzlichen Überlegungen bekämpft. Eine Mehrheit der FDP-Fraktion sprach sich wegen der Ausdehnung der Globalbudgetierung auf den ambulanten Bereich und wegen des unbefristeten Risikoausgleichs ebenfalls dagegen aus.¹⁶

In der Wintersession übernahm der **Ständerat** die vom Nationalrat eingefügten wettbewerbspolitischen Bestimmungen, **beharrte ansonsten aber auf einer ganzen Reihe von Differenzen zum Nationalrat.** Insbesondere strich er die von der grossen Kammer eingeführte Verpflichtung der Versicherer, in der Krankheitsverhütung aktiv zu werden, wieder aus der Vorlage, ebenso wie die Anhörungspflicht gegenüber Patientenorganisationen vor Abschluss eines Tarifvertrages. Die Kompetenz zur Regelung der Selbstdispensation der Ärzte wollte er bei den Kantonen belassen, den

Risikoausgleich unter den Krankenkassen auf zehn Jahre beschränken und die Globalbudgetierung ausschliesslich im stationären Bereich gelten lassen. Als umstrittenster Punkt erwies sich eindeutig die Regelung der Prämienverbilligungen. Der Ständerat berücksichtigte dabei die Opposition der Kantone gegen die ihnen von Regierung und Nationalrat auferlegte Verpflichtung zur Mitfinanzierung der Verbilligungsbeiträge im Umfang von einer Milliarde Franken. Er wollte diesen Gesamtbeitrag auf 30% des Bundesbeitrages begrenzen, was etwa 600 Mio. Fr. entsprechen würde.¹⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 01.03.1994
MARIANNE BENTELI

In der im Berichtsjahr erfolgten **Differenzbereinigung** zwischen den beiden Kammern erwiesen sich die Prämienverbilligungen für wirtschaftlich Schwächere, deren Finanzierung und die Modalitäten ihrer Ausrichtung als die Schicksalsartikel der gesamten Vorlage. Der Nationalrat kam hier dem Ständerat und den Kantonen insofern entgegen, als er zwar daran festhielt, dass die Kantone für die Finanzierung der Prämienverbilligungen die Hälfte der Bundessubventionen, nämlich 1 Mia. Fr. beisteuern müssen, andererseits aber die Erhöhung der Kantonsbeiträge auf vier Jahre etappierte. Als weiteres Zugeständnis sollen die Kantone mit niedrigem Prämiendurchschnitt – was vor allem die Ostschweiz betrifft – ihren Beitrag kürzen dürfen, wenn die Prämienverbilligungen gleichwohl sichergestellt sind. Die grosse Kammer bestimmte, dass die dadurch freiwerdenden Bundesmittel jenen Kantonen zugute kommen sollen, die aus eigenen Beiträgen stärker zur Prämienverbilligung beitragen.

Der Nationalrat hielt zudem an der Verpflichtung der Versicherer zur Gesundheitsförderung fest, akzeptierte aber einen Selbstbehalt bei der individuellen Prävention. Bekräftigt wurden auch das vom Ständerat abgelehnte Anhörungsrecht der Patientenorganisationen vor Abschluss eines Tarifvertrages, die weitgefasste, dem bisherigen Recht entsprechende Beschwerdelegitimation bei Tarifbeschwerden und die Verneinung des alleinigen Rechts der Kantonsregierungen, bei Streitigkeiten um die Tarifsetzung in öffentlichen Spitälern als Schiedsrichter aufzutreten. Der kleinen Kammer schloss sich der Nationalrat hingegen in der Beschränkung der Globalbudgetierung auf den stationären Bereich und in der Begrenzung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen auf zehn Jahre an. Auch in der Frage der Medikamentenabgabe durch die Ärzte fand sich der Nationalrat zu einem Kompromiss bereit. Die Selbstdispensation sollte zwar durch den Bund eingeschränkt werden, wobei aber auf den möglichen Zugang der Patienten zu einer Apotheke Rücksicht genommen werden müsste.¹⁸

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 07.03.1994
MARIANNE BENTELI

Der **Ständerat** lenkte bei der Frage der Tarifbeschwerde auf die Fassung des Nationalrates ein und schloss sich weitgehend auch beim Prämienverbilligungssystem an, lehnte allerdings aus Spargründen die Weiterverteilung der allenfalls frei werdenden Bundesbeiträge ab. Bei der **Selbstdispensation** hielt er an der **kantonalen Regelungsbefugnis** fest, übernahm aber vom Nationalrat das Kriterium der Apothekendichte. In der Frage der Tarifsetzung für öffentliche Spitäler im vertragslosen Zustand blieb die kleine Kammer hart.¹⁹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.03.1994
MARIANNE BENTELI

In einer weiteren Runde des Differenzbereinigungsverfahrens stimmte der Nationalrat dem Ständerat mit der einzigen Ausnahme der **Regelung der Selbstdispensation** zu. Diese Pattsituation machte die **Einberufung der Einigungskommission** zwischen den vorberatenden Kommissionen beider Räte notwendig. Diese entschied im Sinne des Ständerates, worauf die Gesamtvorlage von beiden Kammern stillschweigend angenommen wurde. In der Gesamtabstimmung passierte das neue Gesetz im Ständerat mit 35:1 und im Nationalrat mit 124:38 Stimmen bei 14 Enthaltungen. Abgelehnt wurde die Vorlage lediglich von der SD/Lega, der Freiheitspartei (ex-AP), der EdU und der PdA sowie von den Rechtsexponenten der bürgerlichen Parteien.²⁰

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 09.08.1994
MARIANNE BENTELI

Bereits bevor die Räte das neue Gesetz definitiv verabschiedet hatten, erklärte die Krankenkasse Artisana, dass sie das **Referendum** dagegen ergreifen werde. Zwei weitere Kassen (Swica und Winterthur) und vier Ärztevereinigungen aus dem Bereich der Komplementärmedizin machten ebenfalls für das Referendum mobil, so dass dieses im Laufe des Sommers mit 148'952 gültigen Unterschriften eingereicht werden konnte.²¹

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 06.09.1994
MARIANNE BENTELI

Die **Gegner** des neuen KVG fochten mit der Behauptung, das neue Gesetz sei zu dirigistisch und zu sehr der Schulmedizin verhaftet, **zu wenig wettbewerbsorientiert und zu teuer** für die öffentliche Hand und die Prämienzahler. Der Ausbau in der Grundversicherung werde zu einem massiven Aufschlag bei den Prämien führen, der in erster Linie den Mittelstand treffe. Die **Befürworter** bestritten die Möglichkeit eines einmaligen Prämienanstiegs nicht, argumentierten aber, die **verbesserte Grundversicherung** mache für viele die teuren Zusatzversicherungen überflüssig, und sie verwiesen auf die vorgesehenen Prämienverbilligungen, die rund einem Drittel der Bevölkerung zugute kommen sollen.²²

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 30.10.1994
MARIANNE BENTELI

Wegen der Festsetzung ihres Beitrages auf die Hälfte der Bundessubventionen äusserten viele **Kantone** - wenn auch eher hinter vorgehaltener Hand - gewichtige **Vorbehalte gegen das neue Gesetz**. Die gezielte Prämienverbilligung fand zwar durchaus Beifall, doch sollte ihrer Meinung nach das Ausmass der Subventionen nicht über den heutigen Stand, wo der Bund 1,3 Mia. und die Kantone rund 600 Mio. Fr. bezahlen, ausgedehnt werden. Sie vertraten die Ansicht, eine zusätzliche finanzielle Belastung der Kantone sei nicht zu verkraften, da ihnen das neue Gesetz neben den bereits bestehenden Ausgaben im Gesundheitswesen, zum Beispiel durch die Übernahme der Spitaldefizite, zusätzliche Lasten aufbürde, so etwa die Begleichung der Mehrkosten bei medizinisch bedingten ausserkantonalen Spitalaufenthalten. Acht Kantonsregierungen - AG, BE, SH, SO, SG, SZ, TG und ZH - drohten schliesslich unverhohlen mit Steuererhöhungen, falls das revidierte KVG vom Volk angenommen werde.²³

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 04.12.1994
MARIANNE BENTELI

In einer echten Zitterpartie, in welcher das definitive Resultat erst sehr spät feststand, wurde das neue Krankenversicherungsgesetz mit rund **52 Prozent Ja-Stimmen** von den Urnengängern knapp gutgeheissen. Ausschlaggebend für das positive Ergebnis waren die hohen Ja-Stimmenanteile im Tessin und in der Westschweiz.

Totalrevision Krankenversicherungsgesetz Abstimmung vom 4. Dezember 1994

Beteiligung: 43,8 %
Ja: 1'021'175 (51,8%)
Nein: 950'360 (48,2%)

Parolen:

- Ja: FDP (15*), SP, CVP (6*), GP, LP (1*), LdU (1*), EVP; Arbeitgeberverband, Vorort, SGB, CNG, Apotheker-Verein, Patienten- und Konsumentenorganisationen, Rentnerverband, Krankenkassenkonkordat.
- Nein: SVP (6*), FPS, SD, Lega, PdA (1*), EDU; SGV, VESKA, Vereinigung der Privatkliniken.
- Stimmfreigabe: FMH (11*), SBV, Sanitätsdirektorenkonferenz.

* In Klammer Anzahl abweichender Kantonalsektionen²⁴

STUDIEN / STATISTIKEN
DATUM: 05.12.1994
MARIANNE BENTELI

Die **Vox-Befragung** zur Abstimmung zeigte klar, dass die beiden Themenkreise Solidarität (Obligatorium der Versicherung, unbeschränkte Leistungspflicht bei Spitalaufenthalten) und Bedürfnis nach Eindämmung der Kostensteigerung die wichtigsten Beweggründe für ein "Ja" waren. Die Nein-Stimmen rekrutierten sich primär aus dem Lager jener, die einen Anstieg der individuellen Prämien befürchteten.²⁵

1) Presse du 14.10.88

2) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1904 ff.; L'Hebdo, 13.5.93.

- 3) Presse vom 29.8.89.
- 4) BZ, 29.8.89.; NZZ, 21.11.89.; TW, 29.8.89; Bund, 19.8.89
- 5) JdG, 15.8.89; NZZ, 2.9.89.; wf KK, 36, 4.9.89; SP, Pressedienst, 276, S. 3 f.; SGB, 1989, Nr. 40.
- 6) 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
- 7) TW, 14.2.91; NZZ, 16.2.91; SHZ, 21.3.91; Presse vom 8.6.91;
- 8) Bund, 8.6.91; Presse vom 16.7.91; NZZ, 27.8.91.
- 9) BBl, 1992, I, S. 93 ff.; Presse vom 9.11.91.
- 10) Amtl. Bull. StR, 1992, S. 1271 ff., 1290 ff., 1299 ff. und 1327 ff.; NZZ, 8.4.92; Bund, 1.5.92; TA, 14.12.92. "Huber (1993). Krankenversicherung - immer unterwegs", in Soziale Sicherheit, Nr. 1, S. 15ff.; "Moser (1993). Die Reform der Krankenversicherung - eine unendliche Geschichte?", in Soziale Sicherheit, Nr. 1, S. 4ff.; TA, 15.12.92
- 11) "Der Bericht der Kartellkommission zum schweizerischen Gesundheitsmarkt", in Soziale Sicherheit, 1993, Nr. 2, S. 39 ff.; NQ, 9.1.93; Cash, 22.1.93; Presse vom 3.2.93; NZZ, 24.4.93.
- 12) Presse vom 2.4.93.
- 13) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1849 ff.; Amtl. Bull. StR, 1993, S. 1059 ff., A. Dummermuth, Selbstdispensation: Vergleich und Auswirkungen unter besonderer Berücksichtigung der Kantone Aargau und Luzern, Lausanne (IDHEAP) 1993; TA, 13.9.93; SGT, 7.10.93; BZ, 13.12.93., Bund, 11.5., 7.8., 23.10., 27.10., 3.11. und 10.12.93; NZZ, 12.7.93.
- 14) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1852 ff.; Amtl. Bull. StR, 1993, S. 1063 ff., Amtl. Bull. StR, 1993, S. 741 ff.
- 15) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1844 ff.; Amtl. Bull. StR, 1993, S. 1056 ff.
- 16) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1725 ff., 1820 ff., 1852 ff., 1883 ff. und 1897 ff.; Presse vom 6.10.-10.10.93., SoZ, 26.9.93; Bund, 1.10. und 8.10.93.
- 17) Amtl. Bull. StR, 1993, S. 1047 ff. und 1072 ff.
- 18) Amtl. Bull. NR, 1994, S. 13 ff. und 34 ff.; Postulat SGK-NR: Amtl. Bull. NR, 1994, S. 42 ff.
- 19) Amtl. Bull. StR, 1994, S. 89 ff.
- 20) Amtl. Bull. NR, 1994, S. 357 ff., 493 f. und 663 f.; Amtl. Bull. StR, 1994, S. 89 ff., 308 und 374; BBl, 1994, II, S. 236 ff.; Presse vom 19.3.94.
- 21) BBl 1994, III, 1256 f.; BZ, 16.3. und 13.4.94; Bund, 10.5.94; NZZ, 18.8.94.
- 22) Soziale Sicherheit, 1994, Nr. 5, S. 199 ff.; Presse vom 6.9.-3.12.94. Amtl. Bull. NR, 1994, S. 1942 f.; TA, 16.10.94
- 23) TA, 10.1.94; Bund, 30.8.94; Blick, 30.10.94.
- 24) BBl, 1995, I, S. 278 ff.
- 25) M. Delgrande / W. Linder, Analyse der eidg. Abstimmungen vom 4. Dezember 1994, Vox Nr. 55, Adliswil/Bern 1995