

Wintersession 2010 National- und Ständerat - Vorschau

Ständerat

Bundesratsgeschäfte

04.034 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Kostenbeteiligung

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) regelt in Artikel 64 die Kostenbeteiligung der Versicherten. Danach beteiligen sich die Versicherten mit einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Auf den 1. Januar 2004 hat der Bundesrat die ordentliche Franchise auf 300 Franken und den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes für Erwachsene auf 700 Franken erhöht.

Die Kostenbeteiligung ist neben Prämien und Beiträgen der öffentlichen Hand die dritte Finanzierungsquelle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Zudem fördert sie die Eigenverantwortung der Versicherten beim Leistungsbezug. Von einer Erhöhung des Selbstbehaltes verspricht sich der Bundesrat eine kostendämpfende Wirkung, denn für die Kostenentwicklung ist nicht die Kassenpflichtigkeit einer medizinischen Leistung allein entscheidend, sondern auch deren unangemessene Anwendung im Einzelfall. Ein möglicher Lösungsansatz liegt somit in der Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. Der Selbstbehalt soll daher für Erwachsene auf 20 Prozent erhöht werden. Dabei will der Bundesrat aber den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes von 700 Franken beibehalten. Für Kinder soll der Selbstbehalt weiterhin 10 Prozent betragen. Damit wird die Krankenversicherung entlastet, die Sozialverträglichkeit der Kostenbeteiligung aber nicht gefährdet, werden doch insbesondere chronischkranke Patienten und Patientinnen mit hohen Kosten und Kinder nicht stärker als bisher finanziell belastet.

Im Jahr 2002 betragen die Ausgaben der Krankenversicherer für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 17,1 Milliarden Franken. Davon wurden 2,5 Milliarden Franken als Kostenbeteiligung von den Versicherten getragen. Mit der Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent würden bei Beibehaltung der jährlichen Höchstgrenzen von 700 Franken bei Erwachsenen pro Jahr ungefähr 420 Millionen Franken mehr an Selbstbehalt bezahlt werden. Dies würde bei den Prämien zu einer Entlastung führen, die ungefähr 2,5 Prämienprozenten entspricht.

Die Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent soll von einer Erweiterung der Kompetenz des Bundesrates, die Kostenbeteiligung für bestimmte Leistungen herabzusetzen oder aufzuheben, begleitet werden (Art. 64 Abs. 6 Bst. b KVG).

(Quelle: Botschaft des Bundesrates)

21.09.2004	Ständerat	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates
16.06.2010	Nationalrat	Nichteintreten.
15.12.2010	Ständerat	Zustimmung (= Nichteintreten).

Im **Ständerat** unterstützte die vorberatende Kommission den Antrag des Bundesrates, den Selbstbehalt für die Erwachsenen von 10 auf 20 Prozent zu erhöhen. Kommissionssprecherin Erika Forster-Vannini (RL, SG) erläuterte, dass aufgrund der geltenden Mindestfranchise und dem jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes Versicherte von dieser Revision betroffen sind, die Leistungen zwischen 300 und 7300 Franken pro Jahr beziehen. Mit der Erhöhung des Selbstbehaltes soll an die Eigenverantwortung appelliert werden, "nicht beim leisesten Anzeichen von Unwohlsein auch gleich den Arzt aufzusuchen". Zudem rechne man sich mit dieser Massnahme eine kostendämpfende Wirkung aus. Simonetta Sommaruga (S, BE) beantragte, die Vorlage an die Kommission zurückzuweisen und im Zusammenhang mit der KVG-Teilrevision betreffend Managed Care (04.062) zu behandeln. Eine allfällige Erhöhung des Selbstbehaltes müsse kombiniert werden mit einem Anreiz für die Versicherten, ihre medizinische Behandlung mit ihrem Haus- oder Vertrauensarzt zu koordinieren. So hatte es der Ständerat in der gescheiterten KVG-Revision (00.079) vorgeschlagen. Eine isolierte Erhöhung des Selbstbehaltes führe zu einer reinen Kostenverschiebung auf die Kranken. Der Ständerat lehnte den Rückweisungsantrag mit 30 zu 7 Stimmen ab. Neu wird in Ergänzung des Antrags des Bundesrates im Gesetz festgeschrieben, dass der jährliche Höchstbetrag für den Selbstbehalt 700 Franken beträgt. Der Rat hiess die Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 26 zu 2 Stimmen gut.

Der **Nationalrat** beschloss ohne Diskussion auf Antrag seiner Kommission, nicht auf die Vorlage einzutreten. Dies nachdem der Rat ebenfalls in der Sommersession 2010 das Thema Kostenbeteiligung und differenzierter Selbstbehalt im Rahmen der Vorlage Managed Care (04.062) behandelt und dazu entsprechende Beschlüsse gefasst hatte.

Das Geschäft wird am 15. Dezember 2010 im Ständerat behandelt.

Der Ständerat beschloss wie der Nationalrat Nichteintreten. Das Geschäft ist damit erledigt.

04.062 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care

Mit der Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG SR 832.10) per 1.

Januar 1996 wurden die gesetzlichen Grundlagen für die besonderen Versicherungsformen geschaffen. Gestützt auf diese Bestimmungen entstanden innert kurzer Zeit verschiedene besondere Versicherungsformen. Zu den häufigsten gehören die sogenannten Health Maintenance Organizations (HMO) und die Hausarztmodelle, seltener sind Versicherungsmodelle mit Ärztelisten. Nach der anfänglichen Dynamik stagniert heute der Versichertenbestand bei den besonderen Versicherungsmodellen. Dies zeigte unter anderem die Wirkungsanalyse zum KVG (Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht Bern 2001, S. 124). Diverse Studien haben inzwischen gezeigt, dass eine medizinische Versorgung, die von der Diagnose bis zur letzten Therapie von einer Hand gesteuert wird, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen gefördert werden sollte. Mit der gescheiterten 2. KVG-Revision hätten im Sinne der Förderung solcher Managed Care-Modelle die Versicherer verpflichtet werden sollen, allein oder zusammen mit anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten. Das Parlament hatte ergänzend vorgeschlagen, dass die Versicherer Modelle anzubieten haben, in denen die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen haben. Damit war faktisch ein Zwang zum Angebot eines integrierten Versorgungsnetzes verbunden, das als Alternative zur Vertragsfreiheit angesehen wurde. Dieser Zusammenhang ist aus Sicht des Bundesrates aufzugeben. Vielmehr sollen die Netzwerke klar als Form von besonderen Versicherungsformen definiert und unabhängig von der Frage der Vertragsfreiheit gesetzlich verankert werden. Der Bundesrat will daher die Rahmenbedingungen für solche Modelle verbessern. Er erachtet die Vertragsfreiheit verbunden mit stärkeren Anreizen als das geeignete Mittel, um diese Modelle zu fördern. Die unter den beteiligten Parteien getroffenen Vereinbarungen sollen soweit möglich nicht gestützt auf gesetzliche Verpflichtungen, sondern gestützt auf den freien Wettbewerb getroffen werden. Um die Systematik übersichtlicher zu gestalten, werden die bereits bestehenden und die neuen Bestimmungen zum Thema "Besondere Versicherungsformen" in einem eigenen Abschnitt zusammengefasst. Neu wird der Begriff der integrierten Versorgungsnetze im Gesetz definiert. In diesen integrierten Netzwerken haben die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen. Im Rahmen dieser Revision schlägt der Bundesrat ausserdem Massnahmen im Medikamentenbereich vor. Die Spezialitätenliste wird ergänzt durch wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten. Zur Eindämmung der Medikamentenkosten wird der Leistungserbringer verpflichtet, sowohl bei der Verordnung eines bestimmten Arzneimittels wie auch bei der Abgabe eines Arzneimittels mittels Wirkstoffverschreibung ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben. Zudem wird die Regelung bezüglich der Weitergabe von Vergünstigungen, die namentlich auch im Zusammenhang mit Medikamenten stehen, ergänzt. (Quelle: Botschaft des Bundesrates.)

Vorlage 1

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)

05.12.2006	Ständerat	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.
16.06.2010	Nationalrat	Abweichend.
15.12.2010	Ständerat	Abweichend.

Dreieinhalb Jahre nach dem Ständerat befasste sich der Nationalrat als Zweitrat mit der KVG-Revision zu Managed Care (Vorlage 1). In diese Vorlage integrierte die vorberatende Kommission zudem die KVG-Revisionen Kostenbeteiligung (04.034) und Vertragsfreiheit (04.032). Kommissionssprecherin Ruth Humbel (CEg, AG) nannte als zentrale Elemente der Vorlage a) die Verpflichtung der Krankenversicherer, Managed-Care-Modelle anzubieten, b) die Budgetmitverantwortung für die integrierten Versorgungsnetze und c) der differenzierte Selbstbehalt für die Versicherten (10 Prozent Selbstbehalt wie bisher für Managed-Care-Versicherte, neu 20 Prozent Selbstbehalt für jene Versicherten, die den Arzt weiterhin frei wählen und wechseln wollen). Damit soll die medizinische Behandlung in Ärztenetzwerken zur Regel werden. Für die Kommission, so deren Sprecherin, ist die Vorlage eine ausbalancierte Gesetzesrevision, die von allen Akteuren im Gesundheitswesen einen Beitrag abverlangt. Alle Fraktionen betonten die Bedeutung und den Wert von Managed Care, beziehungsweise der integrierten medizinischen Versorgung. Das Eintreten auf die Vorlage war unbestritten.

Uneinig war sich der Rat in der Frage der Kostenbeteiligung der Versicherten. Eine linksgrüne Kommissionsminderheit bekämpfte die Erhöhung des Selbstbehalts auf 20 Prozent für traditionell Versicherte und plädierte für Anreize statt Bestrafung bei der Einführung des neuen Modells. Jacqueline Fehr (S, ZH) erinnerte daran, dass die Patientenorganisationen es nicht akzeptieren würden, wenn die finanzielle Belastung für die Kranken erneut steige. In der folgenden Diskussion unterstützte die Minderheit einen Kompromissvorschlag von Jean-François Steiert (S, FR), der den Selbstbehalt auf 5 Prozent (Managed-Care-Versicherte) und 15 Prozent für die anderen Versicherten festlegen wollte. Eine Mehrheit unterstützte jedoch die erhoffte "Hebelwirkung" des differenzierten Selbstbehalts von 10 und 20 Prozent und stimmte dem Vorschlag der Kommission mit 109 zu 57 Stimmen zu. Ebenfalls gegen die Stimmen aus dem linksgrünen Lager beschloss der Nationalrat auf Antrag seiner Kommission mit 114 zu 59 Stimmen, dass Versicherte in der Regel drei Jahre lang in einem Managed-Care-Modell verbleiben müssen, ausser sie bezahlen eine Austrittsprämie.

Die von der Kommission vorgeschlagene Verpflichtung der Krankenversicherer, überall mindestens ein Managed-Care-Modell anzubieten wurde von der FDP-Liberale-Fraktion bekämpft. Pierre Triponet (RL, BE) befürchtete, dass ein Angebotszwang die Innovationskraft von Managed Care hemmen würde und glaubte, dass sich das Angebot von selber erfolgreich entwickeln werde. Eine Mehrheit des Rates unterstützte den Kommissionsantrag und damit einen Angebotszwang mit 99 zu 67 Stimmen.

Beim Thema der Ausgestaltung der Integrierten Versorgung beantragte Christine Goll (S, ZH) namens einer Kommissionsminderheit, die Bestimmungen betreffend Budgetmitverantwortung der Ärztenetzwerke zu streichen. Diese würde eine verdeckte Rationierung begünstigen und Anreize zur Unterversorgung bilden, war ihr Vorwurf. Der Rat folgte der Kommission und lehnte diesen Minderheitsantrag mit 125 zu 43 Stimmen ab. Dagegen stimmte der Nationalrat einem Einzelantrag Füglistaller (V, AG) mit 104 zu 71 Stimmen zu, der statt einer "kann"-Formulierung den Bundesrat verpflichtet, Anforderung an die Qualität und den Umfang der Budgetmitverantwortung der Versorgungsnetze festzulegen. Ein von der SVP-Fraktion unterstützter Minderheitsantrag, der den Vertragszwang zwischen Kassen und Ärzten aus-

serhalb der Netzwerke aufheben wollte, wurde mit 108 zu 51 Stimmen abgelehnt.

Mit der Managed-Care-Vorlage beschloss der Rat auf Antrag seiner Kommission mit 121 zu 53 Stimmen auch eine Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen. Neu soll neben Alter und Geschlecht auch der Gesundheitszustand der Patienten in die Berechnung der Ausgleichszahlungen einbezogen werden. Vertreter der SVP-Fraktion wehrten sich erfolgreich gegen diese Neugestaltung des Risikoausgleichs.

Medienmitteilung der SGK-SR vom 26.10.2010:

Die SGK-SR hat die Managed Care-Vorlage durchberaten. Die differenzierte Kostenbeteiligung soll neu die Eckwerte 5%/15% und maximal 500/1000 Franken Selbstbehalt erhalten. Für Netzwerke soll eine maximale Vertragsdauer von drei Jahren gelten. Der verfeinerte Risikoausgleich wird unterstützt. Die Kommission beantragt weiter, Motionen zum Schutz vor hormonaktiven Stoffen, zur Arzneimittelsicherheit bei Kindern und zur Altersvorsorge bei Scheidung anzunehmen. Ausgewählte Bestimmungen der Vorlage werden an der nächsten Sitzung vom 22. November 2010 nochmals thematisiert.

Das Geschäft wird am 15. Dezember 2010 im Ständerat behandelt.

Der Ständerat hat in der Vorlage zur Förderung von medizinischen Versorgungsnetzen gewichtige Differenzen zum Nationalrat geschaffen. Er will Krankenkassen nicht zwingen, Managed Care anzubieten. Zudem will er Patienten mit einem tieferen Selbstbehalt belohnen, wenn sie sich solchen Modellen anschliessen.

09.053 KVG. Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung,

Weil die Ausgaben der Versicherer für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung deren Prämieinnahmen in den Jahren 2008 und 2009 überstiegen beziehungsweise übersteigen werden, musste auf die Reserven zurückgegriffen werden. Dies führte zu einem Absinken der Reservequote unter das gesetzliche Minimum. Diese Entwicklung wurde verstärkt durch die schwierige Lage auf dem Finanzmarkt. Damit, bei Annahme einer Kostensteigerung von 4 Prozent, Ende 2010 die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreservequote erreicht werden kann, sind Anfang 2010 Prämienhöhungen von gegen 15 Prozent erforderlich. Vor diesem Hintergrund hält der Bundesrat rasch wirksame Massnahmen zur Kosteneindämmung für unabdingbar. (Quelle: Botschaft des Bundesrates)

Vorlage 2

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Differenzierter Selbstbehalt) (Entwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 10. November 2009)

26.11.2009 Ständerat. Beschluss nach Entwurf der Kommission.

16.06.2010 Nationalrat. Nichteintreten.

15.12.2010 Ständerat. Zustimmung (= Nichteintreten).

Medienmitteilung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 20.08.2010

09.053 n KVG. Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung. **Vorlage 2.**

Basis bildeten die Beschlüsse des Nationalrates zur Vorlage 04.062 (Stichwort: integrierte Versorgungsnetze). Nach einer ausführlichen Grundsatzdiskussion hat die Kommission die Detailberatung begonnen. Sie ist bei der Umschreibung der besonderen Versicherungsformen (Art. 41b) und bei der Definition der integrierten Versorgungsnetze (Art. 41c) auf der Linie des Nationalrates geblieben, dies betrifft auch die Budgetmitverantwortung (Abs. 4).

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Ständerates wird am 22.11.2010 tagen.

Das Geschäft befindet sich in der Differenzbereinigung und wird am 15. Dezember 2010 vom Ständerat behandelt.

Der Ständerat beschloss wie der Nationalrat Nichteintreten. Das Geschäft ist damit erledigt.

Motionen

07.3585. Mo Nationalrat (Fraktion S) – Strukturreform des schweizerischen Gesundheitswesens

Der Bundesrat wird beauftragt, eine umfassende Strukturreform des schweizerischen Gesundheitswesens einzuleiten. Dazu soll er:

- eine Verfassungsänderung vorschlagen, mit der insbesondere die Ziele einer umfassenden Gesundheitspolitik und die Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden neu festgelegt werden.
- eine Revision des Unfall-, des Kranken- und des Militärversicherungsgesetzes vorlegen.

Antwort des Bundesrates vom 28.11.2007

Die Diskussion um eine grundsätzliche Strukturreform im schweizerischen Gesundheitswesen hat das Parlament bereits aufgenommen. So hat die FDP-Fraktion eine parlamentarische Initiative eingereicht (06.444, "Gesundheitsverfassung. Liberale Rahmenordnung und Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen"), mit der die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen sowie privaten Trägerschaften gestärkt und die Versorgungssicherheit der Bevölkerung durch die Konzentration und Koordination der medizinischen Leistungen garantiert werden soll. Zudem haben der National- und der Ständerat je einen Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative der SVP "für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung" (05.055) beschlossen und in ein Vernehmlassungsverfahren gegeben. Mit diesen Vorschlägen sollen Grundsätze für die Ausgestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung auf Verfassungsstufe verankert werden. Das Parlament wird sich in der Wintersession 2007 mit diesen Vorschlägen befassen. Es kann somit in diesem Rahmen dem Anliegen der vorliegenden Motion Rechnung tragen.

Der Bundesrat erachtet es unter diesen Umständen nicht für angezeigt, dem Parlament ebenfalls noch Vorschläge für eine Änderung der Bundesverfassung zu unterbreiten; dies ganz abgesehen davon, dass der Bundesrat seinen Schwerpunkt ohnehin nicht auf eine Änderung der Verfassung setzt, sondern auf die Optimierung und Konsolidierung des bestehenden Systems.

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

16.09.2009 Nationalrat Annahme.

Die Beratungen der Kommission konnten noch nicht abgeschlossen werden. Das Geschäft wird in einer späteren Session behandelt werden.

Interpellationen

10.3763. Ip Kupprecht. Komplementärmedizin in der Grundversicherung. Rechtsprechung des Bundesgerichtes

Die Eidgenössische Leistungs- und Grundsatzkommission (ELGK) hat am 10. September 2010 per Medienmitteilung kommuniziert, dass sie eine "vertiefte Grundsatzdiskussion" über die Frage führen muss, ob komplementärmedizinische Methoden in die Grundversicherung aufzunehmen sind.

Das Bundesgericht hat mehrere Entscheide gefällt (z. B. BGE 125 V 21; BGE 123 V 53), welche die Vorgaben für die Aufnahme komplementärmedizinischer Leistungen in die Grundversicherung festlegen:

- Die Wirksamkeit muss wissenschaftlich, aber nicht naturwissenschaftlich oder schulmedizinisch nachgewiesen werden;
- Die Wirkung, nicht aber der Wirkmechanismus ist wissenschaftlich zu belegen;
- Die Wirkung ist unter Alltagsbedingungen ("effectiveness") darzulegen. Grossangelegte, teure klinische Versuche mit Doppelblind-Studien sind nicht nötig.

Die Geschäftsprüfungskommission GPK-N hat dem Bundesrat am 26. Januar 2009 nach der Inspektion "Bestimmung und Überprüfung ärztlicher Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" u.a. den Auftrag erteilt, die dem Zulassungs- und Überprüfungsverfahren zugrunde liegenden WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) angemessen zu konkretisieren und zu operationalisieren. Der Bundesrat schreibt der GPK in seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2009, dass die Regierung "den Bedarf nach einer Operationalisierung der WZW-Kriterien" anerkennt.

Fragen:

1. Welche Grundsatzfragen muss die Leistungskommission bezüglich der Komplementärmedizin noch klären?
2. Wie wurde die Rechtsprechung des Bundesgerichts bei der Operationalisierung der WZW-Kriterien bezüglich der Komplementärmedizin berücksichtigt?
3. Wie stellt das Departement des Innern sicher, dass die Leistungskommission bei der Behandlung der Anträge die Rechtsprechung des Bundesgerichts berücksichtigt?
4. Ist sich der Bundesrat bewusst, dass die Aufnahme der fünf ärztlichen Leistungen der Komplementärmedizin die zentrale, in den Räten explizit genannte und rechtsverbindliche Kernforderung des Verfassungsartikels 118a Komplementärmedizin ist?

Der Ständerat berät als Erstrat das Geschäft am 15. Dezember 2010.

Die Frage, ob fünf Methoden der Komplementärmedizin, die 2005 aus der Grundversicherung gekippt wurden, wieder aufgenommen werden sollen, hat im Ständerat zu einem Wortwechsel geführt. Gesundheitsminister Didier Burkhalter wurde heftig angegriffen. Auslöser der Debatte war die Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK), die fünf Methoden nicht in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufzunehmen. Der Entscheid liegt bei Burkhalter. Das Geschäft ist damit erledigt.

Nationalrat

Motionen

10.3887. Motion Humbel. Reserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Der Bundesrat wird beauftragt, bezüglich der Reservepolitik der Krankenversicherer zeitgerecht eine Gesetzesrevision vorzulegen, falls notwendig per Dringlichkeitsrecht, mit folgender Zielsetzung:

- Für den Abbau von überhöhten Reserven in einem Kanton, bzw. für den Ausgleich der Differenz von zu hohen Prämien und den Leistungskosten, ist ein Korrekturmechanismus vorzuschlagen, bei dem alle Prämienzahlenden in einem Kanton profitieren. Von einem Ausgleich über die Prämienverbilligung ist abzusehen.
- Modus und Zeitplan für die Anpassung der kalkulatorischen kantonalen Reservequoten.
- Verhindern, dass Krankenversicherer willkürlich Reserven auf die Kantone verteilen (Verhinderung der Fälle Assura und Supra).
- Erhöhung der Transparenz durch Aktualisierung der Vorgaben für die Bilanzierungs- und Rechnungslegungsstandards für die Krankenversicherungen.

Der Nationalrat berät die Motion am 16. Dezember 2010

16.12.2010 **Nationalrat** Annahme

Die Krankenversicherer sollen die Prämien künftig nach den effektiven Kosten in den Kantonen berechnen müssen und die Reserven nicht verteilen dürfen. Der Nationalrat hiess eine Motion seiner Gesundheitskommission gut, die den Bundesrat zum Handeln auffordert. Gesundheitsminister Didier Burkhalter stellte sich nicht dagegen. Er versprach, das Problem rasch zu lösen. Mit einer Gesetzesrevision soll verhindert werden, dass Krankenversicherer willkürlich Reserven auf die Kantone verteilen, wie dies in den Fällen Assura und Supra geschehen ist. Die geltenden Regeln zu den Reserven sorgen insbesondere in der Westschweiz für Ärger.

Parlamentarische Instrumente, Vorstösse

Der Antrag

Die Ratsmitglieder können zu hängigen Beratungsgegenständen Anträge einreichen, um einen vom Rat zu behandelnden Entwurf zu einem Erlass (Bundesgesetz, Bundesbeschluss oder Verordnung der Bundesversammlung) abzulehnen oder anzunehmen, zu ändern oder an eine Kommission oder an den Bundesrat zurückzuweisen. Mit einem Ordnungsantrag kann eine Änderung des Verfahrens vorgeschlagen werden. Der Antrag ist eines der wichtigsten Instrumente der Ratsmitglieder.

Die parlamentarische Initiative

Mit einer parlamentarischen Initiative kann der Entwurf zu einem Erlass oder können Grundzüge eines solchen Erlasses vorgeschlagen werden. Alle Gesetzgebungsarbeiten erfolgen in einer Kommission von National- oder Ständerat. Die parlamentarische Initiative ist ausgeschlossen, wenn zum gleichen Gegenstand bereits eine Vorlage unterbreitet worden ist. Dann kann das Anliegen im Rat mit einem Antrag eingebracht werden.

Parlamentarische Vorstösse

Die Motion

Die Motion beauftragt den Bundesrat, einen Erlassentwurf vorzulegen oder eine Massnahme zu treffen. Die Motion wird von einem oder mehreren Ratsmitgliedern unterzeichnet. Wenn ihr der Rat der Motionärin oder des Motionärs und anschliessend auch der andere Rat zustimmen, gilt die Motion als angenommen. Der Zweirat kann auf Antrag der vorberatenden Kommission oder des Bundesrates Änderungen am Text vornehmen. Über die Änderungen des Zweirates beschliesst der Erstrat nochmals, ohne selber weitere Änderungen vornehmen zu dürfen.

Das Postulat

Das Postulat beauftragt den Bundesrat, zu prüfen und zu berichten, ob ein Entwurf zu einem Erlass der Bundesversammlung (Bundesgesetz, Bundesbeschluss oder Verordnung) vorzulegen oder eine Massnahme zu treffen sei.

Die Interpellation

Die Interpellation verlangt Auskunft über wichtige innen- oder aussenpolitische Ereignisse und Angelegenheiten des Bundes. Über die Antwort des Bundesrats kann eine Diskussion verlangt werden. Eine Interpellation kann mit Zustimmung des Ratsbüros als dringlich erklärt und in der laufenden Session behandelt werden, wenn sie bis zum Beginn der dritten Sitzung (in der Regel am Mittwoch der ersten Sessionswoche) einer dreiwöchigen Session eingereicht wird.

Die Anfrage

Die Anfrage verlangt Auskunft über wichtige innen- oder aussenpolitische Ereignisse und Angelegenheiten des Bundes. Die Anfrage wird vom Bundesrat schriftlich beantwortet und im Rat nicht behandelt. Die Anfrage kann im Nationalrat mit Zustimmung der Präsidentin oder des Präsidenten, im Ständerat mit Zustimmung des Ratsbüros dringlich erklärt werden. Sie muss in einer dreiwöchigen Session eine Woche vor Sessionsende und in einer einwöchigen Session am ersten Tag eingereicht werden.

Die Fragestunde im Nationalrat

Die Montagssitzungen des Nationalrates der zweiten und dritten Sessionswoche beginnen mit einer Fragestunde. Behandelt werden aktuelle Fragen, die am vorangehenden Mittwoch bis spätestens zum Sitzungsschluss eingereicht worden sind. Die Fragen sind kurz zu fassen (einige Zeilen, ohne Begründung). Sie werden von der zuständigen Departementschefin oder vom zuständigen Departementschef kurz beantwortet, sofern die Fragestellerin oder der Fragesteller anwesend ist. Anschliessend können diese eine sachbezogene Zusatzfrage stellen. Die Dauer der Fragestunde beträgt höchstens 90 Minuten.

Quellen:

- Parlamentsdienste, Dokumentationszentrale, 3003 Bern