



Herbstsession 2026

Sessionsbrief SVV

2. September 2026

Nationalrat

Empfehlung	Datum	Geschäft	Seite
 Annahme	16.9	25.089 BRG. Versicherungsaufsichtsgesetz. Teilrevision (Rückversicherungsvermittlungs- und Sanierungsrecht)	3
 Annahme	16.9	26.4048 Po. WAK-N. Evaluation der Aufsichtsstruktur und -praxis im Finanzmarkt	–
 Ablehnung	23.9	25.4416 Mo. UREK-S. Unterstützungsleistungen des Bundes in Naturkatastrophenfällen	4
 Ablehnung	29.9	21.453 Pa. Iv. Hurni. Keine überhöhten Entschädigungen für die leitenden Organe von Krankenkassen zulasten der Versicherten	5
 Nicht eintreten	30.9	24.095 BRG. Einführung einer Kompetenz des Bundes im Bereich der Finanzierung der Behebung von Gebäudeschäden bei Erdbeben. Bundesbeschluss	6

Ständerat

 Ablehnung	15.9	21.4209 Mo. Romano. Obligatorium für eine Krankentaggeldversicherung	7
 Annahme mit Bemerkungen	22.9	25.075 BRG. Bundesgesetz über Informationssysteme in den Sozialversicherungen (BISS)	8
 Annahme	22.9	26.3002 Mo. SGK-N. Massnahmen gegen Gefälligkeits- und mangelhafte Arztzeugnisse zulasten von Arbeitgebern und Sozialversicherungen	9
 Nicht eintreten	22.9	25.097 Freizügigkeitsgesetz. Änderung	10
 Ablehnung gem. Empfehlungen	23.9	26.3749 Mo. Germann. Unzulässiges Tarifmodell der Finma im Bereich der Krankenzusatzversicherungen Spital aufheben	11

	Ablehnung	23.9	26.3578	Mo. Poggia. Die Finma dem Öffentlichkeitsgesetz unterstellen	–
	Ablehnung	1.10	24.3406	Mo. Quadri. Auch in der Schweiz sollen personalisierbare Auto-kennzeichen («vanity plates») zugelassen werden	12

Parlamentarische Initiativen 1. Phase

	Keine Folge geben	15.9	25.457	Pa. Iv. Schmezer. Verbesserung des Schutzes von Arbeitnehmenden in der betrieblichen kollektiven Unfall- und Krankenversicherung (Änderung von Art. 95a VVG)	13
	Keine Folge geben	15.9	26.400	Pa. Iv. SGK-N. BVG Altersgutschriften. Nur noch zwei statt vier Gutschriftensätze	14
	Keine Folge geben	15.9	26.401	Pa. Iv. SGK-N. BVG Alterssparen ab dem 1. Januar nach dem 19. Geburtstag	15

Parlamentarische Vorstösse in Kategorie IV

	Ablehnung	30.9	25.3609	Mo. Candan. Verfassungswidrige Diskriminierungen bei Fahrzeugversicherungen umgehend verbieten	–
	Ablehnung	30.9	25.3279	Mo. Grüne Fraktion. Hausdurchsuchungskompetenz für die Finma	–

BRG. Versicherungsaufsichtsgesetz. Teilrevision (Rückversicherungsvermittlungs- und Sanierungsrecht)



Annahme

Der SVV unterstützt die Teilrevision des VAG und der AVO gemäss Botschaft des Bundesrates und empfiehlt die **Annahme**.

- Die Änderungen sind unkontrovers und ihre Umsetzung ist zur Vermeidung von Schäden am Rückversicherungsstandort dringlich. Die Teilrevision beseitigt bestehende Wettbewerbsnachteile pragmatisch und zielgerichtet, ohne den Schutz von Privatkundinnen und -kunden zu tangieren.
- Anliegen, die über die Änderungen gemäss Botschaft des Bundesrates hinausgehen, sollen separat behandelt werden.

Beurteilung

Der Schweizerische Versicherungsverband SVV unterstützt die vorgeschlagene Gesetzesänderung gemäss Botschaft des Bundesrates ausdrücklich. Sie setzt die Motion 24.3208 zur Behebung von Standortnachteilen bei der Vermittlung von Rückversicherungsverträgen (vgl. Art. 2 Abs. 2 Bst. g VAG) um.

Die Vorlage stellt klar, dass die Bestimmungen der Vermittleraufsicht auf die Vermittlung von Rückversicherungen nicht anwendbar sind. Die gemeinsam mit SIF und FINMA erarbeitete Lösung ist unbestritten, pragmatisch und stärkt die Wettbewerbsfähigkeit des Rückversicherungsstandorts Schweiz, ohne den Schutz von Privatkundinnen und Privatkunden zu beeinträchtigen.

Für die in der Schweiz ansässigen Rückversicherer ist eine rasche Umsetzung von grosser Bedeutung, um weitere nachteilige Entwicklungen zu verhindern. Solange die Revision aussteht, verlieren diese Geschäfte an ausländische Mitbewerber und die Attraktivität der Schweiz als Standort für neue Rückversicherer bleibt eingeschränkt.

Der SVV unterstützt zudem die weiteren Anpassungen der Vorlage gemäss Botschaft des Bundesrates im Sinne der Gesetzeshygiene.

Mo. UREK-S. Unterstützungsleistungen des Bundes in Naturkatastrophenfällen



Ablehnung

Der SVV empfiehlt die **Ablehnung** der Motion.

- Der Felssturz in Blatten hat gezeigt, dass das bestehende Katastrophenbewältigungsdispositiv funktioniert. Flexibilität, Dezentralität, Pragmatismus und gelebte Solidarität haben schnelle und wirksame Lösungen ermöglicht.
- Der Lead muss bei den Kantonen verbleiben. Entscheidungen sollen dort getroffen werden, wo das Ereignis eintritt und die Lage am besten beurteilt werden kann.

Beurteilung

Der Felssturz in Blatten hat gezeigt, dass das bestehende Katastrophenbewältigungsdispositiv funktioniert. Die Evakuierung wurde rechtzeitig angeordnet, die Zusammenarbeit zwischen Gemeinde, Kanton, Bund, Armee und Versicherungswirtschaft verlief effizient und zugleich flexibel. Die Massnahmen konnten laufend an die Lage angepasst werden. Anpassungsfähigkeit ist im Allgemeinen die Stärke unseres dezentralen und subsidiären Systems.

Der Bund benötigt eine ausdrückliche verfassungsrechtliche Grundlage, um in einem bestimmten Bereich gesetzgeberisch tätig zu werden (Art. 3 und 42 Abs. 1 BV; subsidiäre Generalkompetenz der Kantone). Eine allgemeine Rechtsetzungskompetenz des Bundes für die Katastrophenhilfe bei Naturkatastrophen oder anderen Schadensereignissen besteht nicht. Entsprechend liegt die primäre Zuständigkeit bei den Kantonen.

Unser föderalistisches System hat klare Vorteile: Die Akteure vor Ort – Gemeinden, Kantone und lokale Fachleute – kennen die Situation am besten. Sie können frühzeitig reagieren, Evakuationen veranlassen und Ressourcen mobilisieren. Der Bund unterstützt subsidiär dort, wo es erforderlich ist, etwa mit den Einsatzkräften der Armee. Eine weitergehende finanzielle Beteiligung bleibt die Ausnahme.

Diese Aufgabenteilung nach dem Prinzip der Subsidiarität hat sich über Jahrzehnte bewährt. Entscheidungen sollen dort getroffen werden, wo das Ereignis eintritt und die Lage am besten beurteilt werden kann.

Nach dem Felssturz in Blatten leisteten Freiwillige, Hilfswerke, Nachbargemeinden und private Spender rasch pragmatische Unterstützung, das ist gelebte Solidarität. Gleichzeitig kam der Elementarschadenpool der Privatversicherer zum Tragen. Er ermöglicht die solidarische Verteilung von Elementarschäden zwischen den Versicherungsgesellschaften entsprechend ihren schweizweiten Marktanteilen und sorgt so für einen Ausgleich der finanziellen Lasten. Diese Kombination aus staatlicher Hilfe und privatwirtschaftlicher Solidarität ist effizient und tragfähig.

Das bestehende System bedarf keiner grundlegenden Neuordnung. Flexibilität, Dezentralität, Pragmatismus und gelebte Solidarität haben sich bewährt. Sie ermöglichen schnelle und situationsgerechte Lösungen – genau das, was in Krisensituationen entscheidend ist.

Trotz dieser Überlegungen hat das Parlament im September 2025 das Postulat 25.3669 «Überprüfung und allfällige Ergänzung der gesetzlichen Grundlagen für eine rasche Katastrophenhilfe des Bundes» angenommen. Der Bundesrat erstellt derzeit einen entsprechenden Bericht zu möglichen Lücken in diesem Bereich. Es ist daher nicht sachgerecht, eine weitere Motion zu diesem Thema zu verabschieden, bevor die Ergebnisse dieser Überprüfung vorliegen.

Pa. Iv. Hurni. Keine überhöhten Entschädigungen für die leitenden Organe von Krankenkassen zulasten der Versicherten



Ablehnung

Der SVV empfiehlt die **Ablehnung** der Umsetzung der parlamentarischen Initiative.

- Der SVV setzt sich für Reformen mit messbarer Wirkung ein und lehnt Symbolpolitik ab. Da die Entschädigungen der Mitglieder der leitenden Organe der KVG-Versicherer lediglich 0,02 Prozent der Prämien ausmachen, bietet die Vorlage praktisch kein Einsparpotenzial, verursacht aber zusätzlichen administrativen Aufwand.
- Die Reform setzt einseitig bei den Versicherern an und auferlegt ihnen zusätzliche Transparenzvorgaben. Für andere Akteure des Gesundheitswesens, die Verwaltung und staatsnahe Unternehmen gelten vergleichbare Vorgaben nicht. Diese Ungleichbehandlung ist sachlich nicht gerechtfertigt und bringt den Versicherten keinen erkennbaren Mehrwert.

Beurteilung

Der Schweizerische Versicherungsverband SVV teilt die Ansicht, dass Massnahmen erforderlich sind, um den Anstieg der Gesundheitskosten einzudämmen und die finanzielle Belastung der Haushalte zu begrenzen.

Die vorgeschlagene Reform kann jedoch dazu keinen Beitrag leisten. Wie die Kommission selbst im erläuternden Bericht und auch der Bundesrat in seiner Beurteilung festhalten, könnten die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen höchstens eine minimale Senkung der Verwaltungskosten der KVG-Versicherer bewirken. Da die Entschädigungen der Mitglieder der leitenden Organe der KVG-Versicherer lediglich 0,02 Prozent der Prämien ausmachen, fokussiert die parlamentarische Initiative auf einen Bereich, dessen Einfluss auf die gesamthafte Kostenentwicklung vernachlässigbar ist. Für den SVV ist unverständlich, dass eine Gesetzesreform angestrebt wird, die reine Symbolpolitik ist und den Versicherten keinen erkennbaren Mehrwert bringt.

Wenn das Parlament die Kosten tatsächlich senken will, ist nicht nachvollziehbar, weshalb es sich auf diesen Bereich beschränkt und andere Akteure wie Leistungserbringer mit OKP-finanzierten Löhnen ausser Acht lässt, obwohl dort ein wesentlich höheres Einsparpotenzial bestünde. Es wäre wünschenswert, diesen Punkt näher zu beleuchten, um Zahlen vorzulegen, die konkret verdeutlichen, welche Auswirkungen diese Massnahmen hätten, wenn verschiedene andere Akteure in die Reform einbezogen würden.

Gemäss Vorschlag sollen die KVG-Versicherer zudem künftig die Entschädigungen und Beschäftigungsgrade aller Mitglieder ihrer leitenden Organe unter Nennung der einzelnen Namen veröffentlichen. Damit verlangt die Reform bei den

KVG-Versicherern eine Transparenz, die für die Verwaltung, staatsnahe Unternehmen und andere Akteure des Gesundheitswesens in dieser Form nicht gilt, obwohl diese teilweise in stärker regulierten Märkten tätig sind oder gar keinen marktwirtschaftlichen Regeln unterliegen. Eine solche Ungleichbehandlung ist sachlich nicht gerechtfertigt.

Für eine Reform, die für die Prämienzahler sowohl nach Aussagen des Bundesrates wie der SGK-N nachweislich keine Entlastung für die Prämienzahler bringt, schafft sie bei der Umsetzung einen grossen administrativen Aufwand für die Verwaltung und die Krankenversicherer. Dies würde speziell auch bei einer Ausweitung auf das VVG gelten. Entsprechend lehnt der SVV insbesondere den Minderheitsantrag ab, der im VVG-Bereich zusätzliche Transparenzvorschriften für die Entschädigungen von Mitgliedern leitender Organe bei den Krankenzusatzversicherern vorsieht.

Dieser Vorschlag ist willkürlich, denn im Bereich der Leistungserbringung, in dem der Grossteil der Kosten anfällt, sind keine solchen Vorschriften vorgesehen. Diese Massnahme würde nur den freiwilligen und privatwirtschaftlichen Bereich der Krankenversicherung, der auf einem funktionierenden Wettbewerbsmodell basiert, betreffen. Die Zusatzversicherungen leisten einen wichtigen Beitrag zur Angebotsvielfalt, fördern Innovationen und schaffen Anreize für Prävention. Solche Transparenzvorschriften erhöhen dabei nur den regulatorischen Aufwand, ohne einen erkennbaren Nutzen für die Versicherten zu schaffen.

Einführung einer Kompetenz des Bundes im Bereich der Finanzierung der Behebung von Gebäudeschäden bei Erdbeben. Bundesbeschluss



Nicht eintreten

Der SVV empfiehlt, auf die Vorlage **nicht einzutreten**.

- Erdbebenrisiken sind versicherbar. Die Versicherungsdurchdringung steigt seit Jahren kontinuierlich, und die erforderlichen Kapazitäten sind vorhanden. Ein staatlicher Eingriff ist deshalb nicht angezeigt.
- Ein Nebeneinander von privater Erdbebenversicherung und Eventualverpflichtung (EVV) ist nicht praktikabel. Die private Versicherung deckt den individuellen Schaden und beruht auf freiwilliger Vorsorge. Die EVV ist dagegen eine obligatorische gesetzliche Abgabe, deren Leistungen vom Gesamtschaden abhängen. Auch mit der EVV wären Deckungslücken möglich. Wird die Ereignisschwelle nicht erreicht, erfolgt selbst bei einem Totalschaden keine Zahlung.

Beurteilung

Das Erdbebenrisiko erfüllt die Kriterien der Versicherbarkeit: Es ist zufällig, die Ereignisse sind voneinander unabhängig und klar definierbar und das Risiko ist aufgrund einer ausgezeichneten Datenlage kalkulierbar.

Entsprechend bietet die Privatassekuranz in der Schweiz ein breites Angebot an Erdbebenversicherungen an. Die grosse Mehrheit der Anbieter kommt dabei ohne oder nur mit sehr hohen Höchsthaftungslimiten aus. Die globale Versicherungswirtschaft kann Kapazitäten im Umfang der von der Eventualverpflichtung Erdbeben (EVV) angestrebten rund 22 Milliarden Franken verlässlich bereitstellen. Das hat sie bei zahlreichen Ereignissen im Ausland bewiesen. Wo der Markt funktioniert, braucht es keine staatliche Absicherung.

Die Versicherungsdurchdringung bei Erdbebenrisiken steigt seit Jahren kontinuierlich. Heute sind rund 21 Prozent der Gebäudewerte in der Schweiz (Monopol- und GUSTAVO-Kantone) versichert. Seit 2014 hat sich dieser Anteil mehr als verdoppelt. Die Versicherer geben einen Teil der Risiken an internationale Rückversicherer weiter. Dadurch wird ein wesentlicher Teil der Schäden von ausländischen Versicherern mitgetragen. In Neuseeland (5,2 Mio. Einwohner) wurden nach dem letzten grossen Erdbeben zum Beispiel über 80 Prozent der versicherten Schäden durch ausländische Rückversicherer gedeckt. Eine EVV blendet den internationalen Rückversicherungsmarkt als Teil der Lösung vollständig aus. Die Folge wäre, dass Schäden, die heute über globale Märkte mitgetragen werden, künftig allein von Eigentümern, Mietern und Steuerzahlern in der Schweiz getragen werden müssten.

Ob es im Schadenfall überhaupt zu einer Auszahlung käme, ist ungewiss: Unmittelbar nach einem Erdbeben können modellierte und tatsächliche Schäden stark auseinanderliegen. Dadurch bliebe lange Zeit unklar, ob die Ereignisschwelle erreicht und die EVV überhaupt ausgelöst werden würde. Die Vorlage verspricht Schutz, garantiert im Schadenfall jedoch keine verlässliche Leistung. Zudem würden zwei nicht kompatible Systeme aufeinandertreffen: eine freiwillige private Versicherung und eine obligatorische staatliche Abgabe mit unterschiedlichen Regeln bei Auslösung, Finanzierung und Leistungen. Dies schafft neue Komplexität statt Klarheit.

Die Auslösung hängt zudem stark von der Siedlungsdichte ab: Schäden in dicht besiedelten Gebieten würden den Schwellenwert eher erreichen als vergleichbare Schäden in weniger dicht besiedelten Regionen. Damit profitieren in der Tendenz grosse Städte, während Berg- und Randregionen benachteiligt werden.

Hinzu kommt, dass die versprochenen Milliarden im Katastrophenfall nicht sofort zur Verfügung stünden. Sie müssten zunächst bei allen Gebäudeeigentümern eingefordert werden – mitten in der Krise. Gerade im Zeitpunkt des Wiederaufbaus würden zusätzliche steuerähnliche Abgaben erhoben. Damit würde die EVV die wirtschaftliche Notlage verschärfen, statt sie zu lindern. Im Ernstfall stellt sich deshalb die Frage der Durchsetzbarkeit.

Die EVV soll auf Verfassungsebene verankert werden, obwohl zentrale Fragen zur Umsetzung, Finanzierung und Verwaltung weiterhin ungeklärt sind. Ein solch weitreichender Schritt ist unter diesen Voraussetzungen nicht gerechtfertigt.

Mo. Romano. Obligatorium für eine Krankentaggeldversicherung



Ablehnung

Der SVV empfiehlt die **Ablehnung** der Motion.

- Gemäss einer für den Bund durchgeführten repräsentativen Umfrage besteht für 84 Prozent der Beschäftigten in der Schweiz eine freiwillige Krankentaggeldversicherung (KTGV). Bei den übrigen Beschäftigten sind betriebliche Lösungen verbreitet, bei denen die Arbeitgeber selbst für einen angemessenen Versicherungsschutz sorgen. Lediglich 0,5 Prozent aller Unternehmen konnten aufgrund einer Ablehnung durch einen Versicherer keine KTGv abschliessen.
- Ein Obligatorium würde in einen funktionierenden Markt eingreifen und ausgerechnet zulasten jener Unternehmen gehen, die den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ernst nehmen. Diese Betriebe müssten mit höheren Prämien rechnen und damit jene Unternehmen quersubventionieren, die weniger in Prävention und betriebliches Gesundheitsmanagement investieren.

Beurteilung

Der SVV lehnt die Einführung eines Obligatoriums für eine Krankentaggeldversicherung (KTGV) ab. Die heutige freiwillige und breit abgestützte Lösung erfüllt ihre Funktion, indem sie den Zeitraum zwischen der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgeber und den Leistungen der Sozialversicherungen überbrückt. Dieses System ist verankert und erlaubt praxistaugliche Lösungen.

Die Datenlage spricht gegen ein flächendeckendes Obligatorium: Gemäss einer für den Bund durchgeführten Erhebung besteht für 84 Prozent der Beschäftigten in der Schweiz durch ihr Unternehmen eine Krankentaggeldversicherung. Laut den Autoren der Unternehmensbefragung gibt es «keine Hinweise darauf, dass der Abschluss einer KTGv für Unternehmen grundsätzlich erschwert bzw. nicht möglich ist». Die Umfrage zeigt vielmehr, dass gut 80 Prozent der Firmen ohne KTGv sich gar nicht um den Abschluss einer solchen Versicherung bemüht haben. Bei diesen Unternehmen bestehen häufig individuelle Lösungen, mit denen vor allem grössere Arbeitgeber selbst für einen passenden Versicherungsschutz sorgen.

Nur 0,5 Prozent aller Unternehmen konnten aufgrund einer Ablehnung durch einen Versicherer keine KTGv abschliessen. Ein Obligatorium würde deshalb nicht primär eine breite Schutzlücke schliessen, sondern vielmehr in einen funktionierenden Markt eingreifen. Die heutige sozialpartnerschaftlich geprägte Ausgestaltung erlaubt es den Unternehmen, freiwillig KTGv-Lösungen zu wählen, die ihren jeweiligen Bedürfnissen und Risikoprofilen entsprechen. Eine gesetzliche Pflichtversicherung würde diese Flexibilität einschränken und existierende, praxistaugliche Lösungen verdrängen.

Ein Obligatorium würde in erster Linie die Kosten anders verteilen. Angesichts zunehmender krankheitsbedingter Absenzen, insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, stehen die Krankentaggeldversicherungen bereits heute unter Kostendruck. Eine Pflichtversicherung würde falsche Anreize setzen, den Kostendruck weiter erhöhen und dürfte dadurch zu höheren Prämien für alle führen. Unternehmen, die konsequent in Prävention, betriebliches Gesundheitsmanagement und Wiedereingliederung investieren, müssten über höhere Prämien jene Betriebe mitfinanzieren, die weniger zur Vermeidung von Absenzen beitragen. Präventionsmassnahmen würden dadurch an Attraktivität verlieren und die betriebliche Verantwortung schwächen. Das wäre kontraproduktiv, denn wirksame Prävention, frühe Intervention, professionelles Case Management und die berufliche Reintegration erkrankter Personen sind entscheidend.

Die Branche hat zudem konkrete Massnahmen beschlossen, um die Versicherbarkeit zu stärken und allfällige Lücken zu reduzieren. Dazu gehört insbesondere die Weiterentwicklung des Freizügigkeitsabkommens in der kollektiven KTGv. Dieses umfasst ab Januar 2027 eine Vorleistungspflicht bei unklarer Zuständigkeit sowie einen Zuweisungsmechanismus für unverschuldet vertragslose Unternehmen. Diese würden entweder beim bestehenden Vorversicherer wieder aufgenommen oder einem Versicherer zugeteilt.

Am 19. August 2026 kommunizierte der Bundesrat, dass das heutige Krankentaggeldsystem ausreichend sei. Eine grundlegende Änderung sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht angezeigt. Der SVV empfiehlt, die Motion abzulehnen und den Weg einer gezielten, praxistauglichen und sozialpartnerschaftlich abgestützten Weiterentwicklung fortzuführen.

BRG. Bundesgesetz über Informationssysteme in den Sozialversicherungen (BISS)



Annahme mit Bemerkungen

Der SVV unterstützt grundsätzlich die Ziele des BISS sowie die fortschreitende Digitalisierung der Sozialversicherungen. Entsprechend empfiehlt der SVV die Annahme des Gesetzes unter Berücksichtigung nachfolgender Aspekte:

- Der SVV setzt sich für einen Ansatz ein, der bestehende digitale Prozesse und Plattformen integriert und weiterentwickelt.
- Die Erreichung der Digitalisierungsziele ausserhalb der ersten Säule (weitere Sozialversicherungen wie die Kranken- und Unfallversicherung) ist nicht an eine zentrale Infrastruktur gebunden. Zu erfüllen sind jedoch standardisierte Datenflüsse, ein hohes Datenschutzniveau und eine koordinierte Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Beurteilung

Das Gesetz fügt sich in die Digitalisierungsstrategie des Bundes ein, die vom Schweizerischen Versicherungsverband SVV und seinen Mitgliedern unterstützt wird. Die Digitalisierung ist nicht nur eine Notwendigkeit, sondern auch eine Chance für die Weiterentwicklung der Branche.

In der Lebensversicherung sind bereits wichtige Prozesse im Vorsorgemarkt digital etabliert: 70 Prozent der Versicherten nutzen ein Vorsorgeportal, ab 2026 wird der Vorsorgeausweis bei rund 80 Prozent der Pensionskassen digital verfügbar sein. Aus Sicht der Lebensversicherer ist die Digitalisierung der ersten Säule eine zentrale Voraussetzung für eine umfassende Vorsorgeberatung.

Auch bei den Unfallversicherern erfolgt der Datenaustausch mit den Arbeitgebern teilweise bereits digital, etwa über den etablierten Standard Swissdec (ELM, KLEE). Für die Unfallversicherer eröffnet die Digitalisierung der Sozialversicherungen die Perspektive einer vollständig digitalen Abwicklung, beispielsweise bei der Rentenkoordination zwischen UVG und IV. Der SVV weist jedoch darauf hin, dass das Verhältnis der neuen ATSG-Bestimmungen zu anderen Digitalisierungsprojekten im Sozialversicherungsbereich, insbesondere zur Initiative Digisanté in der Krankenversicherung, unklar ist.

Unabhängig von der gewählten Infrastruktur ist eine enge Zusammenarbeit bei der Definition technischer Anforderungen sowie eine koordinierte Entwicklung zu gewährleisten.

Zur Erreichung der Digitalisierungsziele ausserhalb der ersten Säule ist dabei keine zentrale Plattform erforderlich. Der SVV setzt sich für einen marktbasierten Ansatz ein, der auf Dezentralität und die Innovationskraft der beteiligten Akteure setzt.

Der Branchenverband begrüsst entsprechend ausdrücklich, dass die dem ATSG unterstellten Versicherer über eigene Plattformen kommunizieren können. Für die privaten Unfallversicherer ist zentral, bestehende Kundenportale weiterhin nutzen zu können.

Eine effiziente digitale Abwicklung der Altersvorsorge und der Unfallversicherer setzt übertragbare und standardisierte Datensätze sowie einen einfachen Prozess zur Datenfreigabe durch die versicherten Personen voraus. Dabei sollen Versicherte ihre Daten transparent und kontrolliert freigeben können – etwa über ein klar definiertes Einwilligungs- oder Freigabeverfahren, das rechtlichen Anforderungen und dem Prinzip der Datensouveränität entspricht.

Der SVV unterstützt die Kodifizierung der massgeblichen Bestimmungen für die elektronische Kommunikation und den Datenaustausch unter den Sozialversicherungen im ATSG sowie die Anpassung von Art. 96a E-UVG, da sie den Zugriff auf ZAS-Daten für Unfallversicherer vereinfacht und erweitert. Hingegen bedarf die Regelung in Art. 37a E-ATSG einer Ergänzung, damit der Austausch unter anderem zwischen den Unfallversicherern und den Arbeitgebern über bereits bestehende digitale «machine-to-machine»-Kanäle (Swissdec-Standards ELM, KLEE) oder künftig die Anbindung der Unfallversicherer an das EPD weiterhin möglich ist.

Der Datenschutz ist ein zentraler Bestandteil der künftigen Lösung und muss projektbegleitend in allen Phasen sichergestellt werden. Die dadurch notwendige Datenschutzfolgeabschätzung soll phasenweise und projektbegleitend erfolgen, um Rechtssicherheit und Umsetzungsspielraum zu vereinen.

Mo. SGK-N. Massnahmen gegen Gefälligkeits- und mangelhafte Arztzeugnisse zulasten von Arbeitgebern und Sozialversicherungen



Annahme

Der SVV empfiehlt die **Annahme** der Motion.

- Klare, objektiv begründete und funktional differenzierte Arztzeugnisse sind eine Voraussetzung für faire Leistungsentscheide und verhindern unnötige Kosten für Arbeitgeber und Sozialversicherungen.
- Die differenzierte Beurteilung und Förderung der Teilarbeitsfähigkeit ermöglicht frühere Reintegration, stabilisiert Arbeitsverhältnisse und reduziert Leistungsdauer und -kosten.

Beurteilung

Gefälligkeits- oder mangelhafte Arztzeugnisse stellen für Arbeitgeber sowie für die Sozial- und Privatversicherungen ein zunehmendes Problem dar. Sie können dazu führen, dass Arbeitsunfähigkeiten attestiert werden, die medizinisch ungenügend begründet oder funktional nicht differenziert beurteilt sind. Dies hat unmittelbare finanzielle Folgen: unnötige Lohnfortzahlungen, steigende Leistungen in der Krankentaggeld-, Unfall- und Invalidenversicherung sowie zusätzlicher administrativer und rechtlicher Klärungsaufwand. Gleichzeitig werden korrekte medizinische Beurteilungen und ein wirksames Leistungsmanagement untergraben – mit entsprechenden Fehlanreizen im System.

Für Arbeitgeber und Versicherer sind nachvollziehbare und objektiv begründete Arztzeugnisse eine zentrale Voraussetzung für korrekte und rechtssichere Leistungsentscheide. Entscheidend ist insbesondere die differenzierte Beurteilung der Arbeits- und Teilarbeitsfähigkeit. Atteste, die lediglich zwischen «arbeitsfähig» und «arbeitsunfähig» unterscheiden, begünstigen unnötig lange Vollabsenzen und erschweren eine schrittweise Rückkehr in den Arbeitsprozess. Gerade bei psychisch bedingten Erkrankungen besteht häufig zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit, die bei sorgfältiger ärztlicher Einschätzung genutzt werden könnte. Die konsequente Berücksichtigung der Teilarbeitsfähigkeit trägt wesentlich zur Stabilisierung von Arbeitsverhältnissen, zur Entlastung der Betroffenen sowie zur Reduktion von Leistungsdauer und Leistungskosten bei.

Die Motion stellt die Ärzteschaft nicht pauschal in Frage. Sie zielt vielmehr darauf ab, die medizinische Sorgfaltspflicht und die Qualität bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen zu stärken.

Klare Mindestanforderungen, verbesserte Standards sowie geeignete Massnahmen bei systematisch mangelhaften oder missbräuchlichen Zeugnissen fördern eine sorgfältige, funktional ausgerichtete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Damit werden faire und transparente Leistungsentscheide unterstützt und die Grundlage für eine frühzeitige, abgestufte Reintegration geschaffen.

Insgesamt leistet die Motion einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Nachhaltigkeit der Sozial- und Privatversicherungen, zur Entlastung der Arbeitgeber und zur Stabilität des Systems. Indem sie die Qualität ärztlicher Beurteilungen stärkt und die Teilarbeitsfähigkeit konsequent ins Zentrum rückt, hilft sie, unnötige Kosten, Fehlanreize und Rechtsunsicherheiten zu reduzieren.

Freizügigkeitsgesetz. Änderung



Nichteintreten

Der SVV empfiehlt, auf die Vorlage **nicht einzutreten**.

- Mit der Vorlage soll verhindert werden, dass Versicherte beim Austritt aus einem 1e-Vorsorgeplan Anlageverluste realisieren müssen. Die vorgeschlagene Lösung verfehlt dieses Ziel jedoch, da die Frist von zwei Jahren zu kurz ist, um Verluste verlässlich auszugleichen.
- Zudem würden die vorgesehenen Abklärungs- und Nachforschungspflichten zusätzlichen administrativen Aufwand und Kosten verursachen.

Beurteilung

Die angenommene Motion «Altersguthaben schützen bei einem Austritt aus einem 1e-Plan» (21.4142) beauftragt den Bundesrat, das Freizügigkeitsgesetz (FZG) so anzupassen, damit beim Stellenwechsel von einem Arbeitgeber mit 1e-Vorsorgeplan zu einem Arbeitgeber ohne solchen Plan kein zwangsweiser Verlust auf der Freizügigkeitsleistung entsteht. Der Bundesrat schlägt dazu einen neuen Art. 3a FZG vor. Versicherte sollen ihre Austrittsleistung während maximal zwei Jahren bei einer Freizügigkeitseinrichtung anlegen und den Zeitpunkt der Übertragung an die neue Pensionskasse selbst bestimmen können. Dieser Ansatz greift jedoch zu kurz. Ein Konjunkturzyklus dauert in der Regel bis zehn Jahre, weshalb eine Frist von zwei Jahren häufig nicht ausreicht, um Verluste auszugleichen.

Pragmatischer wäre es, an die bestehende Regelung anzuknüpfen, wonach eine Austrittsleistung spätestens zwei Jahre nach dem Austritt an die Stiftung Auffangeinrichtung überwiesen werden muss, falls keine Instruktionen vorliegen (Art. 4 Abs. 2 FZG). Analog dazu sollte eine aus einem 1e-Plan austretende Person ihre Austrittsleistung während maximal zwei Jahren bei der bisherigen 1e-Vorsorgeeinrichtung belassen können. Das Kapital könnte so gemäss der ursprünglichen Anlagestrategie investiert bleiben. Dadurch würde eine unmittelbare Veräusserung der Anlagen vermieden und die versicherte Person könnte eine mögliche Markterholung abwarten, um allfällige Buchverluste wieder auszugleichen.

Beim Austritt hat die versicherte Person der bisherigen Vorsorgeeinrichtung mitzuteilen, an welche neue Einrichtung die Austrittsleistung zu überweisen ist (Art. 3 FZG). Wechselt eine Person nicht in eine neue Vorsorgeeinrichtung, hat sie mitzuteilen, an welche Freizügigkeitseinrichtung die Austrittsleistung zu zahlen ist.

Tritt sie dann in einem späteren Zeitpunkt in eine neue Vorsorgeeinrichtung ein, hat sie dies der Freizügigkeitseinrichtung zu melden, damit diese das Guthaben an die neue Vorsorgeeinrichtung übertragen kann (Art. 4 FZG). Trotz klarer gesetzlicher Vorgaben liegen bei Freizügigkeitseinrichtungen weiterhin erhebliche Guthaben, die eigentlich auf eine Vorsorgeeinrichtung übertragen werden müssten.

Die Eidgenössische Finanzkontrolle hat deshalb Massnahmen empfohlen, um die reglementskonforme Übertragung zu verbessern. Die entsprechenden bundesrätlichen Vorschläge (Art. 3 Abs. 1^{bis}, 1^{ter}, Art. 4 Abs. 2^{bis}, 2^{ter} sowie Art. 11 Abs. 2, 3 E-FZG) sind nicht praxistauglich. Der Wechsel der Vorsorgeeinrichtung wird überwiegend digital abgewickelt, wobei der neue Arbeitgeber seiner Einrichtung die neue Person meldet. Ein Prozess, bei dem die versicherte Person der Vorsorgeeinrichtung Angaben übermitteln bzw. die Richtigkeit von Angaben schriftlich bestätigen würde, existiert nicht.

Um die Bestimmungen zum Einbringen des Vorsorgekapitals effizient umzusetzen, sollte auf die Meldepflicht gegenüber der Zentralstelle zweite Säule abgestellt werden. Gemäss FZG müssen Vorsorgeeinrichtungen mit Freizügigkeitskonten der Zentralstelle jährlich alle Personen melden, für die im Dezember des Vorjahres ein Guthaben geführt wurde. Werden Freizügigkeitseinrichtungen gesetzlich dazu verpflichtet, jährlich zu prüfen, ob ihre Vorsorgenehmer wieder einer Vorsorgeeinrichtung angehören, und diesfalls das Vorsorgekapital auf die betreffende Vorsorgeeinrichtung zu übertragen, könnte der Umfang übertragungspflichtiger Freizügigkeitsgelder reduziert werden.

Mo. Germann. Unzulässiges Tarifmodell der Finma im Bereich der Krankenzusatzversicherungen Spital aufheben



Ablehnung gemäss Empfehlungen

Der SVV empfiehlt die **Ablehnung** der Motion.

- Die Motion basiert auf der Annahme, im Bereich der Spitalzusatzversicherungen bestehe ein «unzulässiges Tarifmodell der FINMA». Tatsächlich wurden durch die Branche und in Abstimmung mit den Leistungserbringern Grundsätze für die Abrechnung von Mehrleistungen im Rahmen eines breit abgestützten Branchenprojekts erarbeitet. Sie schaffen Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Rechtssicherheit für Versicherte, Leistungserbringer und Versicherer.
- Eine Aufhebung dieser Grundlagen würde die in den letzten Jahren erzielten Fortschritte gefährden. Zusatzversicherte haben ein berechtigtes Interesse daran, dass klar ausgewiesen wird, welche Leistungen von der Grundversicherung und welche von der Zusatzversicherung finanziert werden. Wettbewerb und Innovation in der Spitalzusatzversicherung setzen nachvollziehbare und transparent abrechenbare Mehrleistungen voraus.

Beurteilung

Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA formulierte Ende 2020 ihre Erwartungen an die Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Leistungen in der Spitalzusatzversicherung. Die Branche anerkannte den entsprechenden Handlungsbedarf und setzte in den Jahren 2021 bis 2025 das Branchenprojekt «Mehrleistungen VVG» um. Ziel war es, die Grundlage für moderne, wettbewerbsfähige und transparente Spitalzusatzversicherungen zu schaffen.

Ausgangslage war die Trennung zwischen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und echten Mehrleistungen der Zusatzversicherung. Zu diesem Zweck wurden 2021 elf verbindliche Grundsätze sowie Anforderungen an ärztliche Mehrleistungen und die entsprechenden Tarifmodelle erarbeitet. Diese bilden die Grundlage für transparente und nachvollziehbare Verträge zwischen Versicherern, Spitälern und Belegärzten.

Die Motion erweckt den Eindruck, die Branche habe einheitliche Tarife oder Vertragsinhalte festgelegt. Dies trifft nicht zu. Das Branchenframework definiert lediglich Mindestanforderungen an Transparenz, Nachvollziehbarkeit und die Abrechnung von Mehrleistungen. Die konkreten Vertrags- und Tarifverhandlungen erfolgen weiterhin individuell und im Wettbewerb. Die Wettbewerbsbehörden wurden über die Arbeiten der Branche transparent informiert. Von einer unzulässigen Wettbewerbsabsprache oder einer kollektiven Tarifbildung kann deshalb keine Rede sein. Gemäss Projektabschlussmessung vom April 2026 sind 94,1 Prozent der Verträge branchenkonform. Die verbleibenden Fälle betreffen vertraglose Zustände, bei denen weiterhin Verhandlungen geführt werden.

Die Motion legt den Finger aber auf einen wunden Punkt: Die FINMA greift auf preislicher Ebene zunehmend in die marktwirtschaftliche Tarifpartnerschaft zwischen Versicherern und Leistungserbringern ein. Die FINMA hat den Auftrag, missbräuchliche Tarifentwicklungen zu verhindern. Sie hat jedoch keinen gesetzlichen Auftrag, einzelne ausgehandelte Tarife auf ihre wirtschaftliche Angemessenheit zu überprüfen oder Verhandlungsergebnisse durch eigene Preisvorstellungen zu ersetzen. Missbrauchsaufsicht ist nicht Preisaufsicht. Voraussetzung eines Eingreifens ist der konkrete Nachweis eines qualifizierten Missbrauchs und nicht die blosser Feststellung hoher Preise. Eine Ausweitung der Aufsicht auf die inhaltliche Prüfung einzelner Verhandlungstarife hätte zudem unerwünschte Folgen für das Gesundheitssystem insgesamt.

Werden im Zusatzversicherungsbereich erzielte Tarife regulatorisch unter Druck gesetzt, erhöht sich der Tarifdruck in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Dies führt letztlich zu einer Verlagerung von Kosten in die Grundversicherung und damit zu einer zusätzlichen Belastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Eine solche Entwicklung wäre weder sozialpolitisch sinnvoll noch im Interesse eines finanziell nachhaltigen Gesundheitswesens.

Der SVV lehnt die Motion Germann entsprechend in jenen Punkten ab, die das Mehrleistungsprinzip infrage stellen. Sollte die Motion auf die Forderung reduziert werden, die FINMA auf ihre gesetzlichen Kernkompetenzen zurückzuführen und eine Ausweitung der Missbrauchsaufsicht zu einer faktischen Preisaufsicht über verhandelte VVG-Tarife zu verhindern, würde der SVV die Motion unterstützen.

Mo. Quadri. Auch in der Schweiz sollen personalisierbare Autokennzeichen («vanity plates») zugelassen werden



Ablehnung

Der SVV empfiehlt die **Ablehnung** der Motion.

- Mit der Möglichkeit für die Kantone, bei Bedarf auf siebenstelligen Kontrollschilder umzustellen, konnte das Kapazitätsproblem pragmatisch gelöst werden. Eine Ausweitung auf Buchstaben ist deshalb nicht notwendig.
- «Vanity plates» schaffen keinen erkennbaren Mehrwert für Verkehrssicherheit, Fahrzeugzulassung oder Versicherer, verursachen aber zusätzlichen technischen und administrativen Aufwand.

Beurteilung

Der Vorrat an sechsstelligen Kontrollschildern stiess insbesondere in bevölkerungsreichen Kantonen an seine Grenzen. Mit der Einführung siebenstelliger Kontrollschilder wurde dieses Kapazitätsproblem jedoch pragmatisch gelöst. Seit dem 1. Januar 2026 darf der Kanton Zürich entsprechende Kontrollschilder ausgeben. Damit ist eine Ausweitung auf Buchstaben nicht notwendig. Mit dieser neuen Lösung stehen den Kantonen theoretisch rund 234 Millionen zusätzliche Nummern zur Verfügung. Das entspricht 9 Millionen zusätzlichen Kontrollschildern pro Kanton und ist insbesondere für Zürich und Bern relevant, wo der Bedarf am grössten ist.

Jede Änderung der Regeln erfordert Anpassungen in den Informationssystemen der betroffenen Akteure. Im vorliegenden Fall würde eine Zulassung von «Vanity Plates» Anpassungen der IT-Systeme der Versicherer notwendig machen, damit diese neuen Kontrollschilder korrekt erfasst und verarbeitet werden können. Solche IT-Anpassungen binden Ressourcen, verursachen Kosten und kommen zu weiteren laufenden Systementwicklungen hinzu. Entsprechend können sie zusätzliche Komplexität und Umsetzungsrisiken mit sich bringen.

Auch wenn solche Kontrollschilder im Ausland existieren, können die dort bestehenden IT-Lösungen nicht einfach übernommen werden. Die rechtlichen und administrativen Besonderheiten der Schweiz unterscheiden sich und müssen in den Systemen berücksichtigt werden. Der Schweizerische Versicherungsverband SVV geht davon aus, dass die Umstellung bei jedem im Schweizer Markt tätigen Versicherer Kosten im sechsstelligen Bereich verursachen würde.

Auch wenn einzelne Akteure von einer solchen Änderung profitieren könnten, etwa die Kantone durch den Verkauf besonders begehrter Autokennzeichen, sollte eine Anpassung nicht allein auf dieser Grundlage erfolgen. Eine solche Betrachtung würde die Kosten ausblenden, die für die übrigen Akteure des Systems entstehen, ohne dass daraus ein zusätzlicher Nutzen für die Verkehrssicherheit resultiert.

Sollte das Parlament trotz dieser Bedenken die Einführung von «Vanity Plates» in der Schweiz weiterverfolgen, müsste eine Umsetzung sorgfältig geplant werden. Den betroffenen Akteuren müsste eine Umsetzungsfrist von rund 18 Monaten eingeräumt werden, damit sie die notwendigen Anpassungen an ihren Systemen und Prozessen vornehmen können.

Der SVV nimmt gerne zur Kenntnis, dass die Kommission für Verkehr und Fernmeldewesen des Ständerats am 14. August ihrem Rat einstimmig beantragt hat, die Motion abzulehnen. Ein entsprechender Entscheid des Ständerats wäre aus Sicht des SVV zu begrüssen.

Pa. Iv. Schmezer. Verbesserung des Schutzes von Arbeitnehmenden in der betrieblichen kollektiven Unfall- und Krankenversicherung (Änderung von Art. 95a VVG)



Keine Folge geben

Der SVV empfiehlt, der parlamentarischen Initiative **keine Folge zu geben**.

- Der Vorstoss schafft Rechtsunsicherheit und Fehlanreize. Er vermindert bei den Arbeitgebern den Anreiz zur fristgerechten Prämienzahlung. Dies führt zu insgesamt höheren Prämien für Arbeitgeber und Arbeitnehmende.
- Der Weg über Art. 95a Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist zudem rechtlich ungeeignet, da er gegen den im Versicherungsrecht inhärenten Grundsatz «Leistung gegen Prämie» verstösst.

Beurteilung

Die parlamentarische Initiative verfolgt ein legitimes Anliegen: Arbeitnehmende sollen nicht benachteiligt werden, wenn der Arbeitgeber Versicherungsprämien nicht bezahlt. Der vorgeschlagene Weg über das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist jedoch mit der Logik des bestehenden Systems nicht vereinbar und rechtlich ungeeignet.

Eine Leistungspflicht trotz fehlender Prämienzahlung widerspricht dem im Versicherungsrecht zentralen Grundprinzip «Leistung gegen Prämie» und schafft Rechtsunsicherheit.

Die Initiative setzt zudem am falschen Regelungsort an. Der Arbeitgeber ist bereits heute gesetzlich und unter Androhung einer Freiheits- oder Geldstrafe verpflichtet, Lohnabzüge für Versicherungsprämien bestimmungsgemäss zu verwenden und die Prämien zu bezahlen. Bei Verletzung dieser Pflicht bestehen bereits heute Schadenersatzansprüche der Arbeitnehmenden gegenüber dem Arbeitgeber. Wenn diese Schadenersatzansprüche als ungenügend erachtet werden, ist der Hebel im Arbeitsrecht anzusetzen und nicht im Versicherungsrecht.

Die vorgeschlagene Regelung würde weitere Fehlanreize schaffen. Arbeitgeber hätten weniger Anreize, Prämien fristgerecht zu bezahlen, wenn Versicherer dennoch leisten müssten. Gleichzeitig hätten Versicherer kaum realistische Rückgriffmöglichkeiten und müssten verstärkt auf Konkursöffnungen von Unternehmen hinwirken.

Fälle, in denen Leistungen gegenüber Arbeitnehmenden aufgrund eines Deckungsunterbruchs infolge Nichtbezahlung der Prämien durch den Arbeitgeber verweigert werden, sind in der Praxis sehr selten. In den wenigen bekannten Fällen sind überproportional Einzelfirmen sowie Einzel-GmbHs oder AGs betroffen. Dabei lassen sich die Inhaber, Gesellschafter

oder Gründer als Geschäftsführer anstellen und werden in der Folge arbeitsunfähig. In solchen Fällen sind damit nicht Arbeitnehmende im eigentlichen Sinne betroffen.

Es führt zu höheren Kosten, wenn Versicherer Leistungen an Versicherte ausrichten müssen, ohne dafür eine Prämie zu erhalten. Diese Kosten würden über höhere Prämien auf alle Versicherungsnehmer überwältigt. Betroffen wären auch jene Arbeitgebende, die ihre Prämien pünktlich und vollumfänglich bezahlen. Um die negativen Folgen dieser Leistungspflicht ohne Prämienzahlung zu begrenzen, würden zusätzliche Kosten sowie ein erhöhter administrativer Aufwand entstehen. Dazu zählen beispielsweise verstärkte Bonitätsprüfungen, engere Überwachung der Prämienzahlungen und komplexere Prozesse. Dies erhöht den administrativen Aufwand für Versicherer und Unternehmen.

Der Vergleich des Initianten mit obligatorischen Haftpflichtversicherungen greift zu kurz, denn dort geht es um den Schutz unbeteiligter Dritter in schwer kontrollierbaren Risikolagen. Bei der kollektiven Krankentaggeldversicherung hingegen geht es um klar abgegrenzte, vertraglich geregelte Leistungsbeziehungen.

Insgesamt bietet die Initiative keinen zusätzlichen Schutz. Sie ist rechtlich ungeeignet und steht im Widerspruch zur Logik des bestehenden Systems. Zudem würde sie erhebliche Brüche im Versicherungsvertragsrecht sowie Fehlanreize und wirtschaftliche Risiken verursachen.

Pa. Iv. SGK-N. BVG-Altersgutschriften. Nur noch zwei statt vier Altersgutschriftensätze



Keine Folge geben

Der SVV empfiehlt, der parlamentarischen Initiative **keine Folge zu geben**.

- Ob die Reduktion von vier auf zwei Gutschriftensätze tatsächlich den Anreiz für Arbeitgebende erhöht, verstärkt ältere Arbeitnehmende einzustellen, ist mehr als fraglich.
- Für diejenigen Versicherten, bei denen die Beitragssumme über die verbleibende Beitragsdauer – und damit die künftigen Altersleistungen – sinken, würden Kompensationsmassnahmen mit massiven Kostenfolgen notwendig.

Beurteilung

Mit der parlamentarischen Initiative sollen die Altersgutschriften in der obligatorischen beruflichen Vorsorge (BVG) von den aktuell vier Gutschriftensätzen (7%, 10%, 15%, 18%) in Prozent des koordinierten Lohnes auf zwei Gutschriftensätze reduziert werden. Damit soll der Anreiz für Arbeitgeber erhöht werden, verstärkt ältere Arbeitnehmer einzustellen.

Im Rahmen der «Reform BVG 21» wurde vorgeschlagen, die altersabhängige Staffelung der Gutschriften zu vereinfachen. Bis zum Alter von 44 Jahren war ein Satz von 9 % und ab 45 Jahren von 14 % vorgesehen. Diese Massnahme bildete Teil eines Pakets, mit welchem die finanziellen Einbussen für die Versicherten weitestgehend kompensiert worden wären.

Eine Kompensation der mit der Änderung entstehenden Rentenverluste kostet gemäss Aussagen des Bundesrats etwa 1 Mia. Franken pro Jahr. Wobei diese Zahlungen über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren geleistet werden müssten. Zur Finanzierung dürfte sich gemäss den bisherigen Erfahrungen kaum eine mehrheitsfähige Lösung finden lassen.

Würden die angepassten Altersgutschriftensätze nur für jene Versicherten gelten, die neu mit dem Sparprozess beginnen, kämen während 40 Jahren zwei unterschiedliche Regimes zur Anwendung. Dies würde zu vielfältigen Verzerrungen auf dem Arbeitsmarkt führen. So wäre beispielsweise der einheitliche Altersgutschriftensatz für jüngere Versicherte, die neu mit dem Sparprozess beginnen, höher als die Altersgutschriften für etwas ältere Versicherte, die vor Einführung des neuen Regimes mit dem Sparprozess begonnen haben. Auch würden spätere BVG-Revisionen durch die zwei parallelllaufenden Regime zusätzlich verkompliziert.

Zudem ist die Wirksamkeit einheitlicher Altersgutschriftensätze zur Verbesserung der Beschäftigungsmöglichkeiten älterer Arbeitnehmer gemäss Bundesrat nicht belegt. So kostet ein 60-jähriger Arbeitnehmender im Vergleich mit einem 45-Jährigen bei einem Jahreseinkommen von CHF 80'000.- den Arbeitgeber nur ca. CHF 70.- pro Monat mehr. Bei einem jährlichen Einkommen von CHF 60'000.- reduzieren sich diese Mehrkosten für den Arbeitgeber auf CHF 42.- pro Monat.

Die Argumentation, tiefere Beitragssätze für ältere Mitarbeitende erhöhten deren Beschäftigungschancen auf dem Arbeitsmarkt, überzeugt deshalb nicht, und lässt sich empirisch kaum nachweisen.

Wer seine Mitarbeitenden überobligatorisch versichert, kann bereits heute abgeflachte oder einheitliche Sparbeiträge umsetzen. Viele KMU tun dies, und Vorsorgeeinrichtungen bieten entsprechende Lösungen an.

Pa. Iv. SGK-N. BVG-Alterssparen ab dem 1. Januar nach dem 19. Geburtstag



Keine Folge geben

Der SVV empfiehlt, der parlamentarischen Initiative **keine Folge zu geben**.

- Die Kosten der Vorverlegung des Sparbeginns sind hoch, der finanzielle Nutzen jedoch gering.
- Ein früherer Sparbeginn ist im überobligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge bereits heute möglich, und diese Möglichkeit wird von vielen Arbeitgebern und Vorsorgeeinrichtungen auch aktiv genutzt.

Beurteilung

Mit der parlamentarischen Initiative soll beschlossen werden, «eine Vorlage auszuarbeiten, um das Startalter für die obligatorische berufliche Vorsorge (BVG) für das Alterssparen neu auf den 1. Januar nach dem 19. Geburtstag festzusetzen».

Im Rahmen der «Reform BVG 21» wurde der Vorschlag zur Senkung des Sparbeginns im BVG auf das 20. Lebensjahr im parlamentarischen Prozess von der SGK-N eingebracht. Die jährlichen Mehrkosten der Massnahme wurden auf rund 700–800 Millionen Franken geschätzt. Jedoch wurde der Vorschlag im Laufe der Beratungen abgelehnt und war somit nicht Teil der Reform, die am 22. September 2024 vom Volk abgelehnt wurde.

Eine Vorverlegung der Beitragspflicht im BVG würde junge Menschen mit meist tiefen Einkommen in einer Lebensphase mit hohen Ausbildungs- und Lebenshaltungskosten unnötig belasten. Für viele andere wiederum würde sie gar nicht greifen, da sich über 45 Prozent der 20- bis 25-Jährigen noch in Ausbildung befinden oder kein BVG-pflichtiges Einkommen erzielen.

Auch bei durchgehender Erwerbstätigkeit bliebe der zusätzliche Vorsorgeeffekt aufgrund tiefer Löhne und kurzer Beitragsdauer marginal und hätte kaum Einfluss auf die spätere Rentenhöhe.

Ein früherer Sparbeginn ist bereits heute im überobligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge möglich und wird gezielt genutzt. Daneben stehen jungen Erwerbstätigen mit freiwilligen Instrumenten wie der Säule 3a bereits vor dem 25. Lebensjahr ausreichende Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Altersvorsorge offen.

Eine Senkung des Alters des BVG-Sparbeginns ist somit weder zielführend noch notwendig.

**Kontaktperson Schweizerischer
Versicherungsverband SVV**

Nicolas Jutzet

Leiter Bereich Public Affairs

nicolas.jutzet@svv.ch

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

8002 Zürich

Mobile +41 79 841 55 05