

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	23.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Keine Einschränkung
Akteure	Santésuisse – Schweizer Krankenversicherer
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 – 01.01.2021

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Rohrer, Linda
Schnyder, Sébastien

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Rohrer, Linda; Schnyder, Sébastien 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Santé Suisse – Schweizer Krankenversicherer, 1996 – 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	1

Abkürzungsverzeichnis

EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ETH	Eidgenössische Technische Hochschule
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BFS	Bundesamt für Statistik
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EU	Europäische Union
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
BIP	Bruttoinlandsprodukt
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
OR	Obligationenrecht
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
KOF	Konjunkturforschungsstelle
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (Konsumentenschutz der italienischsprachigen Schweiz)
FRC	Fédération romande des consommateurs (Konsumentenschutz der Romandie)
SSV	Schweizerischer Städteverband
KVAG	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
KKa	Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften
CLASS	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
KVAV	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung
MFE	Haus- und Kinderärzte Schweiz

AELE	Association européenne de libre-échange
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
EPF	École polytechnique fédérale
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFS	Office fédéral de la statistique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
UE	Union européenne
DFI	Département fédéral de l'intérieur
PIB	Produit intérieur brut
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMaI	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
USAM	Union suisse des arts et métiers
CO	Code des obligations
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (Fédération des consommateurs en Suisse alémanique)

UPS	Union Patronale Suisse
KOF	Centre de recherches conjoncturelles
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (Fédération des consommateurs en Suisse italienne)
FRC	Fédération romande des consommateurs
UVS	Union des Villes Suisses
LSAMal	Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
CCM	Conférence des Sociétés Cantonales de Médecine
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
FSP	Fédération Suisse des Patientes
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OSAMal	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale
MFE	Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 29.04.1996
ANJA HEIDELBERGER

Im April 1996 errichteten die Krankenversicherungen – vertreten durch Santésuisse und den Schweizerischen Versicherungsverband – die «**Gemeinsame Einrichtung KVG**». Diese soll die Behandlungskosten bei Notfällen von Schweizer Bürgern in EU-/EFTA-Staaten übernehmen sowie die Behandlungskosten von EU-/EFTA-Bürgern in der Schweiz vorfinanzieren und in den entsprechenden Staaten zurückfordern; Dienstleistungen zur Versicherungspflicht im Rahmen der Personenfreizügigkeit erbringen sowie die Organisation und Durchführung des Risikoausgleichs zwischen den Versicherungen vornehmen.¹

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 20.01.2007
MARIANNE BENTELI

Besonders sauer stiess den Befürwortern die Rolle von **Santésuisse** auf, dem Dachverband der Krankenversicherer. Bereits in der Ständeratsdebatte hatte Fetz (sp, BS) einen aus Prämiegeldern gespiesenen und mit CHF 7 Mio. dotierten Politfonds von Santésuisse kritisiert. Brändli (svp, GR), Präsident von Santésuisse, hatte zugeben müssen, dass ein Teil der Fondsgelder tatsächlich in diese Abstimmungskampagne fliesse.²

MOTION
DATUM: 25.09.2007
MARIANNE BENTELI

Ständerat Frick (cvp, SZ) wollte mit einer Motion den Bundesrat verpflichten, zur Verhinderung der „**Billigkassen**“ eine Ergänzung des KVG vorzulegen, wonach Krankenkassen unter einheitlicher Leitung (Konzern, Kassenkonglomerate und dergleichen) für die obligatorische Grundversicherung in derselben Prämienregion jeweils dieselbe Prämie festlegen müssen. Im Plenum konnte Santésuisse-Präsident Brändli (svp, GR) mit einem Ordnungsantrag erreichen, dass der Vorstoss zur weiteren Vorbereitung an die Kommission zurückgegeben wurde.³

STUDIEN / STATISTIKEN
DATUM: 25.10.2008
LINDA ROHRER

Da Versicherer seit drei Jahren verpflichtet sind, ihre Leistungen zu sistieren, sobald sie in einem Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt haben, waren im Berichtsjahr faktisch 120'000 bis 150'000 Versicherte ohne Versicherungsschutz. Weil diese Personen trotzdem medizinische Leistungen in Anspruch nahmen, entstanden offene Spitalrechnungen im Umfang von über CHF 80 Mio. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der Krankenkassenverband Santésuisse fanden nun eine gemeinsame Lösung für das Problem dieser **unbezahlten Spitalrechnungen**. Während die Kantone in Zukunft 85% der Kosten übernehmen, welche Grundversicherte nicht bezahlen können, zahlen die Kassen die restlichen 15% und wollen in jedem Fall die Leistungserbringung gewährleisten.⁴

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 21.04.2009
LINDA ROHRER

Bei einem Gesundheitsgipfel im Frühjahr forderte Bundesrat Couchepin die Einführung einer **Praxisgebühr** von CHF 30, um unnötige Arztbesuche zu verhindern. Diese finanzielle Hürde sollte die Patienten davon abhalten, wegen Bagatellen die Krankenkasse zu beanspruchen. Die Belastung chronisch Kranker wurde dabei allerdings begrenzt. Der Vorschlag stiess auf sehr viel Kritik: Einzig der Krankenkassenverband Santésuisse stand der vorgeschlagenen Praxisgebühr positiv gegenüber. Neben der Praxisgebühr stellte Couchepin wenig später noch weitere Massnahmen vor, um die angekündigten massiven Prämien erhöhungen zu stoppen. Einerseits sollte eine Telefonberatung eingeführt werden, welche alle Versicherer kostenlos erbringen müssen. Andererseits wollte der Bundesrat die Kompetenz erhalten, die Senkung der Arzttarife bei einer überdurchschnittlichen Kostensteigerung beschliessen zu können. Mit Leistungsaufträgen sollten die Kantone zudem dazu gebracht werden, die Kosten bei den Spitalambulatorien zu senken. Für die Verbilligung von Krankenkassenprämien forderte Couchepin zudem den Einsatz von mehr Bundesmitteln.⁵

PARLAMETARISCHE INITIATIVE
DATUM: 28.05.2009
LINDA ROHRER

In eine ähnliche Richtung zielte auch eine parlamentarische Initiative Jacqueline Fehr (sp, ZH), welche verlangte, dass Personen, die in einem operativen oder strategischen Leitungsgremium von Krankenkassen sitzen oder in den Leitungsgremien der entsprechenden Verbände, namentlich Santésuisse, tätig sind, der **Bundesversammlung nicht angehören** dürfen. Die Kommission des Nationalrates beantragte mit 16 zu 8 Stimmen, die parlamentarische Initiative abzulehnen. Dies mit der Begründung, dass Krankenkassen zwar im obligatorischen Bereich Verwaltungsaufgaben wahrnehmen, aber der Bund keine beherrschende Stellung einnehme, da er weder die geschäftsleitenden Gremien bestimme noch die Krankenkassen finanziere. Der Nationalrat folgte der Mehrheit seiner Kommission und lehnte die Initiative mit 104 zu 61 Stimmen ab.⁶

PARLAMETARISCHE INITIATIVE
DATUM: 07.06.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Au mois de mars, l'association des hôpitaux, H+, la FMH ainsi que quatorze organisations professionnelles et syndicales ont lancé un appel soutenu par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé afin que l'introduction du système de montants forfaitaires en fonction du diagnostic (DRG) mettant les hôpitaux en concurrence ne nuise pas aux **conditions de travail et à la formation** du personnel soignant. Ils craignent que cette concurrence porte préjudice à la qualité des soins en poussant les hôpitaux à dispenser des prestations moins complètes. Certaines organisations ont demandé un moratoire sur la mise en œuvre de la loi. Par ailleurs, Santésuisse et la Conférence des directeurs cantonaux de la santé ont évalué le surcroît de charge global pour la mise en place du nouveau système à 1 milliard de francs pour les cantons et à 400 millions de francs pour les caisses. Ils ont également estimé que ce dernier entraîne une augmentation de 1,6 à 2% des primes de l'assurance de base. En mai, la CSSSP-CE a déposé une initiative parlementaire visant à interdire en urgence les augmentations de primes durant trois ans. Cette dernière a rencontré l'opposition des cantons et a finalement été rejetée par les chambres, seules l'UDC et une partie du groupe PDC l'ayant clairement soutenue. En juillet, H+ et Santésuisse ont conclu une convention permettant la transmission aux assureurs des données relatives aux diagnostics afin de contrôler les coûts. Certains acteurs comme Privatim, l'association des commissaires suisses à la protection des données, ont fortement protesté tandis que les hôpitaux, en contradiction avec leur faïtière, et de nombreux prestataires de soins ont refusé cette pratique l'estimant inacceptable au vu du secret médical et inutile. Au mois de novembre, de nombreuses manifestations ont eu lieu dans l'ensemble du pays afin de protester contre le nouveau financement hospitalier. Les professionnels de la santé ont estimé que le nouveau système aggrave des conditions de travail déjà difficiles, notamment en raison de sous-dotation en personnel, tandis que le syndicat des services publics a estimé que les décisions sont prises sans consultation du personnel.⁷

STUDIEN / STATISTIKEN
DATUM: 26.10.2012
FLAVIA CARONI

Der Krankenversichererverband Santésuisse legte eine Studie vor, wonach die **Margen auf Medikamente**, welche die abgebenden Ärzte, Apotheken und Spitäler für ihren Aufwand beim Medikamentenverkauf entschädigen, in der Schweiz deutlich über dem Niveau vergleichbarer europäischer Länder liegen. Dies mache zwei Prozent der Krankenkassenprämien aus. Insbesondere die Ärzte würden an der Abgabe von Medikamenten doppelt verdienen. Der Verband forderte eine Angleichung, welche er in Zusammenarbeit mit Ärzten und Apothekern erreichen wollte. Dafür wäre jedoch eine Anpassung der entsprechenden Verordnung nötig, da derzeit das BAG für die Festsetzung der Medikamentenpreise und der Margen zuständig ist. Die Reaktionen auf die Forderung waren heftig. Die Ärztevereinigung FMH etwa warf der Santésuisse vor, bewusst falsche Aussagen zu machen und auf dem Rücken der Haus- und Kinderärzte sparen zu wollen.⁸

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 01.01.2013
FLAVIA CARONI

Im Sommer kündigte der Branchenverband der Krankenversicherer, Santésuisse, für das Jahr **2013** ein moderates **Prämienwachstum** von zwei bis drei Prozent an. Im Herbst gab das BAG einen Anstieg von gar nur 1,5% bekannt. Ab 2014 drohten jedoch unter anderem aufgrund der Unsicherheit bei der neuen Spitalfinanzierung wieder grössere Aufschläge.⁹

STUDIEN / STATISTIKENDATUM: 04.04.2013
FLAVIA CARONI

Der Krankenversichererverband Santésuisse veröffentlichte im April eine in seinem Auftrag von der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften angefertigte Studie zur **Kostenentwicklung im Gesundheitswesen**. Die Kostensteigerung sei nicht primär, wie oft angenommen, durch steigende Preise bei Medikamenten und Leistungserbringern bedingt, sondern vielmehr durch eine Zunahme des Konsums von Gesundheitsleistungen, insbesondere bei Ärzten, Medikamenten und ambulanten Spitalleistungen. Die Konsummenge sei auch der entscheidende Faktor bei den Kostendifferenzen zwischen den Kantonen, so die Studie.¹⁰

MOTIONDATUM: 11.09.2013
FLAVIA CARONI

Die grosse Kammer befasste sich mit einer Motion Maire (sp, NE), welche ein **Verbot von Telefonwerbung durch Krankenversicherer** anstrebt, nachdem eine 2011 in Kraft getretene Vereinbarung von Santésuisse mit ebendiesem Ziel ihre Wirkung verfehlt zu haben schien. Die Werbung verursache hohe Kosten und verärgere die Versicherten, welche sich nicht adäquat dagegen wehren könnten. Der Bundesrat sprach sich gegen ein Verbot aus, insbesondere mit der Begründung, ein solches wäre sehr schwer umzusetzen. Gleichzeitig schlug er aber vor, im Entwurf zum Gesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung eine Bestimmung einzubauen, welche es ihm ermöglicht, die Entschädigung der Vermittler und die gesamten Werbeausgaben zu regeln. Mit knapper Mehrheit nahm der Nationalrat die Motion gegen den Widerstand wirtschaftsliberaler Stimmen an. Die Beratung in der kleinen Kammer stand noch aus.¹¹

POSTULATDATUM: 11.09.2013
FLAVIA CARONI

Die grosse Kammer überwies ein Postulat Darbellay (cvp, VS), das den Bundesrat beauftragt, einen Bericht über die **Kriterien für die Repräsentativität bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen** im Gesundheitswesen zu verfassen. Anlass dazu gab ein Konflikt im Bereich der Physiotherapie: Der Taxpunktwert der Physiotherapeuten war seit 1998 nicht nach oben angepasst worden, was laut dem Postulanten daran liege, dass die Santésuisse-Tochter Tarifsuisse ihren Vertrag nicht mit dem grössten Physiotherapeutenverband, sondern mit einem kleineren, nur regional aufgestellten Verband abgeschlossen habe, der nicht repräsentativ sei.¹²

ANDERESDATUM: 05.01.2015
FLAVIA CARONI

Im Januar 2015 gab das Bundesamt für Gesundheit BAG bekannt, im Zuge seiner Strategie Gesundheit 2020 auch die **Wahlfranchisen** in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung überprüfen zu wollen. Deren ursprünglicher Zweck sei es gewesen, die Versicherten zu einer verantwortungsvollen und zurückhaltenden Inanspruchnahme von Leistungen zu motivieren. Dieses Ziel werde jedoch nur bedingt erreicht, denn die hohen Franchisen würden insbesondere von gesunden Versicherten gewählt, welche keine Leistungen benötigten und damit Prämien sparen können. Dies schwäche möglicherweise die Solidarität in der Krankenversicherung. Gut 1,1 Mio. Versicherte wählten gemäss Statistik des BAG im Jahr 2013 die maximale Franchise von CHF 2'500. Damit entgingen den Krankenversicherern Prämieeinnahmen zwischen CHF 800 und 900 Mio. Stimmen aus dem linken Lager sprachen sich für eine allfällige Senkung der Maximalfranchise aus und argumentierten, die dem System entgehenden Prämieeinnahmen müssten von Versicherten mit tieferer Franchise kompensiert werden. Es treffe im Übrigen nicht zu, dass die Versicherten sich für Lappalien in ärztliche Behandlung begeben würden. Vertreterinnen und Vertreter bürgerlicher Parteien wehrten sich gegen eine Senkung der Franchisen und schlugen im Gegenteil eine Stärkung des Wahlfranchisensystems vor, etwa mittels mehrjähriger Verträge mit gleichbleibender Franchisenhöhe. Der Krankenversichererverband Curafutura forderte eine Anhebung der Maximalfranchise auf CHF 3'000, Santésuisse eine Anhebung der Mindestfranchise von CHF 300 auf CHF 500.¹³

VERORDNUNG / EINFACHER BUNDESBESCHLUSSDATUM: 15.03.2015
FLAVIA CARONI

Über 10 Milliarden Franken an Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen im ambulanten Bereich in Arztpraxen und Spitälern jährlich an, was 37% der Gesamtkosten entspricht (Stand 2013). Seit dem Jahr 2004 werden die entsprechenden Leistungen mithilfe des **Tarmed** berechnet. Dabei werden ärztlichen Leistungen und dem Einsatz von medizinischem Material eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeschrieben. Die Anzahl Taxpunkte multipliziert mit dem kantonalen Taxpunktwert ergibt die verrechenbaren Preise. Ausgehandelt werden die Taxpunktwerte zwischen den Krankenversicherern und einer Tarifkommission der Unfallversicherung einerseits und der Ärzteverbinding FMH und dem Spitalverband H+ andererseits. Kann keine Einigung erzielt werden, wird der Taxpunktwert durch den

jeweiligen Regierungsrat festgesetzt. Der Bund hat eine Schiedsrichterrolle. Bereits seit längerer Zeit stand fest, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts, der manche durch Apparate gestützte Leistungen stark vereinfacht hatte, die geltende Tarmed-Struktur veraltet ist. Manche Gruppen von Leistungserbringenden, darunter viele Fachärzte und -ärztinnen, verdienen daher zu viel, andere, insbesondere Kinder- und Hausärzte, zu wenig. Dies trägt zu den hohen Kosten im Zusammenhang mit Spezialärztinnen bei gleichzeitigem Hausärztemangel bei.

Im März 2015 gründeten die FMH, die Medizinaltarifkommission der Unfallversicherung MTK, Curafutura und H+ die „TARMED Suisse AG“, um die sich in Liquidation befindende Tarmed Suisse abzulösen und eine neue Tarifstruktur zu erarbeiten, welche per Anfang 2017 in Kraft treten soll. Damit sollten seit längerer Zeit herrschende Konflikte zwischen den Tarifpartnern gelöst werden. Der grössere der beiden Krankenversichererverbände, Santésuisse, beteiligte sich allerdings nicht an der neuen Firma, da man befürchte, die Tarmend-Revision werde zu einem Kostenschub im Rahmen von CHF 1,5 Mrd. oder fünf Prämienprozenten führen. Dies könne den Versicherten nicht zugemutet werden. Die an der TARMED Suisse AG beteiligten Partner betonten dagegen, die Revision werde kostenneutral ausfallen und Santésuisse sei eingeladen, sich an den Arbeiten zu beteiligen. Auch der Bundesrat betonte im Juni 2015, die Revision müsse dauerhaft kostenneutral ausfallen. Zudem rief Bundesrat Berset den Akteuren in Erinnerung, die Bundesregierung werde lediglich eine einzige und nicht zwei parallele Tarifstrukturen billigen, und hinter der gefundenen Lösung müsse die Mehrheit jeder Branche stehen.¹⁴

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 22.03.2015
FLAVIA CARONI

Im Frühjahr 2015 kündigte der Schweizerische Fitness- und Gesundheitscenter-Verband SFGV an, eine Volksinitiative zur **Finanzierung von ärztlich verschriebenen professionellen Fitnesstrainings** durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung lancieren zu wollen. Durch eine verstärkte sportliche Betätigung sollen Probleme wie Haltungsschäden oder Übergewicht behandelt oder vermieden werden. Bereits heute übernehmen viele Krankenkassen im Rahmen ihrer freiwilligen Zusatzversicherung einen Teil der Kosten von sportlichen Angeboten. Dennoch machten die Versicherer sofort klar, gegen die Initiative zu sein. Da Trittbrettfahrer-Verhalten nicht zu vermeiden sei, würden die Kosten rasch in die Höhe schnellen, so der Krankenversichererverband Santésuisse. Damit wären auch Prämien erhöhungen unvermeidbar. Zudem würde die Initiative eine massive Subventionierung der Fitnessbranche bedeuten. Der Krankenversicherer CSS kritisierte zudem, Personen die sich ausserhalb von Fitnesscentern auf eigene Verantwortung oder in Vereinen sportlich betätigen, könnten nicht von den Leistungen profitieren, was eine Ungleichbehandlung der Versicherten bedeute. Etwas später als geplant reichte der Verband die Volksinitiative schliesslich im Dezember unter dem Titel „Ja zur Bewegungsmedizin“ bei der Bundeskanzlei zur Vorprüfung ein. Die Sammelfrist läuft bis Juni 2017.¹⁵

**VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS**
DATUM: 01.11.2015
FLAVIA CARONI

Der Ergebnisbericht zur Anhörung über den Entwurf zur **Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung** erschien im November 2015. Eine Mehrzahl der Kantone, die SP, der Schweizerische Gewerkschaftsbund und mehrere Konsumenten- und Patientinnenschutzorganisationen sprachen sich grundsätzlich für den Entwurf aus, wenn auch teilweise mit Vorbehalten. Wie erwartet lehnten die SVP, die FDP und die CVP den Entwurf in der aktuellen Form ab und forderten, diesen zu überarbeiten und danach erneut in eine Anhörung zu schicken. Diese Haltung teilten auch die Dachverbände der Wirtschaft sowie die Versicherer und ihre Dachverbände. Die Verbände der Leistungserbringenden sprachen sich teils für, teils gegen den Entwurf aus. Die befürwortende Seite wandte vereinzelt ein, der Entwurf gehe zu wenig weit. So beanstandete der SGB, die Aufsicht sei weniger griffig als jene über die Privatversicherungen. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie die meisten Kantone verlangten dagegen, die Bestimmungen zur Prämien genehmigung zu ändern, sodass sichergestellt ist, dass die kantonalen Prämien sich entsprechend den kantonal anfallenden Kosten entwickeln. Die Gegnerseite kritisierte diverse Punkte, darunter der Widerspruch des Entwurfs zum Aufsichtsgesetz KVAG, wobei sie insbesondere die Pflicht zum Reserveabbau und die Transaktionsaufsicht beanstandeten. Die Regelungsdichte sei zu hoch und die Regelungen unverhältnismässig. Der Mehraufwand werde zu höheren Prämien führen, die Prämienentwicklung werde un stetig werden, den Unterschieden zwischen grossen und kleinen Versicherern werde nicht Rechnung getragen, es komme zu unzulässigen Eingriffen in die Geschäftsführung der Kassen und der Wettbewerb werde ausgehebelt.

Am 18. November verabschiedete der Bundesrat die überarbeitete Verordnung. Als Reaktion auf die Kritik in der Anhörung hatte er einige Anpassungen vorgenommen. So fiel die Verpflichtung der Versicherer weg, übermässige Reserven abzubauen. Gemäss einem Bericht des Tagesanzeigers hatte ein Mitglied der SGK-NR angegeben, ohne diese Anpassung hätte Bundesrat Berset die Verordnung nicht durch das Bundesratskollegium gebracht – dafür habe der Druck der Kassen auf die bürgerlichen Bundesratsmitglieder gesorgt. Die SP kritisierte die Druckausübung der Kassenlobby auf die Mitglieder der Nationalratskommission, welche wiederum ihren Einfluss auf den Bundesrat habe geltend gemacht. Mit der vorliegenden Ausführungsverordnung sei das Aufsichtsgesetz Makulatur, so die Sozialdemokraten – die Möglichkeit eines bundesrätlichen Eingriffs bei massiv überhöhten Kassenreserven war eines der ursprünglichen Ziele des Gesetzes gewesen. Das Bundesgesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung und die dazugehörige Ausführungsverordnung traten wie geplant am 1. Januar 2016 in Kraft.¹⁶

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 01.01.2016
FLAVIA CARONI

Im Juli 2015 wurden erste Prognosen für die **Prämien 2016 der Krankenversicherung** bekannt. Vonseiten des Krankenversichererverbands Santésuisse hiess es, da im laufenden Jahr mit einer Steigerung der Gesundheitskosten um 3,5% zu rechnen sei, müssten Prämienhöhungen um bis zu 4% erwartet werden. Besonders stark, nämlich rund 5%, sei die Kostensteigerung im ambulanten Bereich (Praxen und Spitalambulatorien). Unter anderem mache sich hier die in den Jahren 2012 und 2013 deutlich erhöhte Anzahl der Neuzulassungen von Spezialärzten und -ärztinnen bemerkbar, die eine Mengenausweitung nach sich gezogen hatte, hiess es. Auch habe der Rechnungsbetrag pro Konsultation zugenommen, und Ärztinnen und Ärzte würden in grösserem Masse Zeit für Leistungen in Abwesenheit der Patienten, wie Aktenstudium, verrechnen. Mit der zunehmend ambulanten Durchführung verschiedener Behandlungen, darunter sogar Chemotherapien, die dem medizinischen Fortschritt zu verdanken ist, verschiebt sich auch die Kostenlast: Während im stationären Bereich die Kosten etwa hälftig von den Kantonen und den Versicherern getragen werden, wird der ambulante Bereich gänzlich durch die Krankenkassen finanziert.

Gesundheitspolitikerinnen und -politiker zeigten sich wenig überrascht ob der Ankündigung. Es bestünden starke Fehlanreize im System und man werde für eine Effizienzsteigerung nicht darum herumkommen, auch unpopuläre Massnahmen einzuführen. Welche dies sind – diskutiert werden unter anderem eine Einschränkung der freien Arztwahl oder die Aufhebung des Vertragszwangs – ist dagegen umstritten. Einige Hoffnungen bestanden im Zusammenhang mit einer laufenden Revision des Tarmed. Aus der Romandie ertönte weiterhin die Forderung, kantonale Einheitskassen zuzulassen.

Die definitiven Zahlen publizierte das BAG Ende September, nachdem es die Prämien der Krankenversicherer für das nächste Jahr bewilligt hatte. Wie zuvor vermutet, gab Bundesrat Berset einen Anstieg der Standard-Prämie für Erwachsene um 4,0% bekannt, was dem Anstieg des Vorjahres entspricht. Die Standardprämie für Kinder würde um 3,9%, jene für junge Erwachsene um 3,6% ansteigen. Wie bereits in den Vorjahren war jedoch der Aufschlag in Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Arztwahl, dazu gehören Hausarzt- und Teldoc-Modelle, höher als beim Standardmodell, weshalb der effektive Prämienaufschlag im Schnitt 5,4% beträgt. Der Prämienanstieg unterschied sich stark zwischen den Kantonen. Am härtesten traf es den Kanton Neuenburg mit 8,2%, am schwächsten Appenzell Innerrhoden mit 2,2%; in Zürich und Bern betrug der Aufschlag 3,6% respektive 3,2%. Besonders hoch fiel der Aufschlag bei der Billig-Kasse Assura aus: Sie musste ihre durchschnittliche Prämie um 9,3% erhöhen, da sich die Zusammensetzung ihres Versichertenpools verändert hatte und dieser nun vermehrt auch Personen mit hohen Krankheitskosten umfasste. Dies traf vor allem die Romandie, in der die Assura stark vertreten ist – im Kanton Neuenburg ist die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner bei der Assura versichert.¹⁷

**VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS**
DATUM: 04.02.2016
FLAVIA CARONI

Im Winter und Frühling 2016 gingen die Arbeiten für eine **Reform des Tarmed** weiter und ein baldiger Abschluss wurde angestrebt – das Resultat musste dem Bundesrat bis Ende Juni zur Prüfung vorgelegt werden. Ansonsten werde dieser seine subsidiäre Kompetenz nutzen und selbst in den Tarmed eingreifen, hiess es von Seiten des BAG. Dies wollten die Tarifpartner unbedingt verhindern. Dennoch zeichnete sich ab, dass eine Einigung schwierig werden würde. Nachdem die Kosten im Gesundheitswesen und insbesondere im vom Tarmed geregelten ambulanten Bereich im Jahr 2015 erneut stark angestiegen waren und ein Eingriff des Bundesrates aus dem Jahr 2014 nicht die

erwünschte Wirkung gezeigt hatte, erschien die Revision eigentlich dringender denn je. Dennoch beteiligte sich der grössere der beiden Krankenversichererverbände, Santésuisse, nach wie vor nicht an den Verhandlungen, und bei den Leistungserbringern eröffnete sich eine Kluft zwischen einer die Spezialärztinnen und Spezialärzte umfassenden Tarifunion und der FMH. Auch die FMH zeigte sich jedoch aufgrund innerer Konfliktlinien kritisch – der neue Tarif würde unter ihren Mitgliedern zwingend Gewinnerinnen und Verliererinnen schaffen. Die Santésuisse warnte weiterhin, die angedachte Lösung werde zu einem spürbaren Kostenschub führen, da nicht nur umverteilt, sondern auch der Kuchen vergrössert werde. Stattdessen müssten die teils überhöhten Tarife auf ein betriebswirtschaftlich sinnvolles Niveau gesenkt werden.

Anfang April wurde die erarbeitete Lösung vorgelegt und die Branchenverbände waren aufgerufen, sich dazu zu äussern. Die FMH sprach sich bereits kurz darauf anlässlich zweier Delegiertenversammlungen mehrheitlich für die neue Tarifstruktur aus, brachte aber einen Vorbehalt bei der Normierungsvereinbarung an, welche dafür sorgen soll, dass durch die Reform trotz Ausbau der Tarif-Positionen keine Zusatzkosten entstehen. Die Forderung nach Verzicht auf den Normierungsfaktor, welcher alle Positionen um den gleichen Anteil kürzt und so die Kosten auf dem bisherigen Niveau hält, stiess bei Curafutura prompt auf vehemente Ablehnung. Die jährlich vier Milliarden Franken Mehrkosten, die dadurch entstehen würden, wurden als inakzeptabel und keinesfalls tragbar angesehen. Der Spitalverband H+ stellte sich Ende Mai als einziger voll hinter den neuen Tarmed und akzeptierte auch die vorgesehene Normierung. Die Vereinbarung könne in ihrer aktuellen Form dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt werden. Nachdem Anfang Juni jedoch die Urabstimmung der FMH im Widerspruch zum vorherigen Entscheid der Delegierten eine knappe Ablehnung des Tarifs und eine überaus deutliche Ablehnung der Normierungsvereinbarung und damit der Kostenneutralität ergeben hatte, war klar, dass die Tarmed-Revision gescheitert war. Die nicht an den gemeinsamen Arbeiten beteiligte Santésuisse legte kurz darauf ihren eigenen Vorschlag vor, der auch für den ambulanten Bereich ein stärker an Fallpauschalen angelegtes System vorsieht.

Mitte Juni gab Bundesrat Berset in einem Interview in der Sonntagspresse bekannt, den Tarifpartnern eine Nachfrist einzuräumen, erklärte aber gleichzeitig, er schätze die Chancen für einen breit unterstützten Kompromiss als gering ein und der Bundesrat sei zu einem Eingriff in das Tarifsysteem bereit. Entsprechende Arbeit würden bereits während des Laufens der Nachfrist begonnen. Nachdem auch Curafutura dem vorliegenden Vorschlag eine Absage erteilt hatte, standen nur noch die Spitäler dahinter. Wie erwartet lief die ursprüngliche Frist damit Ende Juni ungenutzt ab: Beim Bundesrat wurde kein gemeinsamer Vorschlag zur Revision des Tarmed eingereicht.

In der Zwischenzeit hatte die Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit des Nationalrats drei gleichlautenden parlamentarischen Initiativen Folge gegeben, die dem Bundesrat und den Kantonsregierungen die Kompetenz zum Eingriff in die Tarifstrukturen und Preise entziehen wollen.¹⁸

Spätestens im Dezember 2016 zeichnete sich ab, dass die vom BAG geplante und sich in der Vernehmlassung befindende **Änderung der Verordnung über die Prämienregionen** auf Widerstand stossen würde. Die Versicherer kritisierten, die Nivellierung zwischen den städtischen Gebieten, die durch die Revision tendenziell entlastet würden, und den ländlichen Regionen, die mehr bezahlen müssten, verkleinere ohne Grundlage die Prämienunterschiede innerhalb der Kantone und sei ein weiterer Schritt in Richtung kantonaler Einheitsprämien. Insgesamt handelt es sich um eine reine Umverteilung, jedoch drohen gemäss Berechnungen der Krankenkasse CSS in gewissen Gemeinden Aufschläge um bis zu 22%. Bezirke können sehr heterogene Gebilde sein und seien daher die falsche Grundlage für die Einteilung von Prämienregionen, hiess es vonseiten der Santésuisse. Ländliche Regionen mit tiefen Kosten würden die zum selben Bezirk gehörenden Städte, die hohe Kosten haben, quersubventionieren. Auch vonseiten der Gemeinden regte sich Widerstand. Der Entscheid liegt nach der Vernehmlassung nicht beim Gesamtbundesrat, sondern beim EDI-Vorsteher Berset – so steht es im 2016 in Kraft getretenen Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz. Mitte Dezember gingen im Parlament zwei Vorstösse ein (16.494 und 16.4083), um am bisherigen System festzuhalten.¹⁹

VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS
DATUM: 06.12.2016
FLAVIA CARONI

Im April 2017 beriet die SGK-NR einen Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) (übernommen von Brand (svp, GR)) zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**, gemäss welchem eine Wahlfranchise während dreier Jahre nicht gewechselt werden kann. Dadurch sollen kurzfristige Wechsel zur Grundfranchise bei bekannten anstehenden medizinischen Eingriffen verhindert und die Administrationskosten gesenkt werden. Ein Krankenkassenwechsel der Versicherer wäre unter Beibehaltung der Franchise weiterhin möglich. Die Kommission stimmte dem Vorentwurf mit 17 zu 6 Stimmen zu, eine Minderheit lehnte ihn ab, da dadurch Personen mit chronischen Erkrankungen schlechtergestellt würden. Zudem könnten den Versicherten so durch gesundheitliche oder finanzielle Schwierigkeiten grosse Probleme entstehen.

Im September 2017 schickte die SGK-NR den Vorentwurf in die Vernehmlassung. Dort stiess er bei der SVP, BDP und CVP, sechs Kantonen (AI, BL, NW, SG, UR, ZG), dem Gewerbeverband sowie einzelnen Leistungserbringern und Versicherern auf Zustimmung. Die FDP und GLP sowie vier Kantone (AG, GR, JU, ZH) stimmten zwar mehrheitlich zu, brachten aber auch Vorbehalte an. Die Befürworter lobten, dass die Vorlage die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken stärke und zur Kostensenkung beitrage. Sie brachten jedoch verschiedene Verbesserungsvorschläge ein: die Beibehaltung von einjährigen Wahlfranchisen mit Option auf mehrjährige Verträge; eine zwei- anstatt dreijährige Mindestdauer der Franchisen; eine jährliche Möglichkeit, in höhere Franchisen zu wechseln sowie eine vorgängige Analyse der Auswirkungen eines solchen Systemwechsels. Trotz ihrer Zustimmung äusserten sie Zweifel, ob durch diese Änderung wirklich ein Effekt der Kostendämpfung beobachtet werden könne. Womöglich würden dadurch mehr Personen die Grundfranchise wählen und sich in der Folge weniger kostenbewusst verhalten. Allenfalls würden die Versicherten dadurch auch mehr Sozialhilfe oder Prämienverbilligungen benötigen, wodurch die Kosten für die Kantone stiegen.

Elf Kantone (AR, BE, FR, GE, GL, NE, OW, SO, TG, TI, VD), die SP, die Grünen sowie zahlreiche Wirtschaftsverbände, Leistungserbringer, Versicherer, Konsumentenvertreter und andere Interessierte lehnten den Entwurf ab. Entweder bezweifelten sie die positive Wirkung der Vorlage auf die Selbstverantwortung der Versicherten, auf die Kosten oder auf den Aufwand für die Versicherer oder sie kritisierten die Einschränkungen der Wahlfreiheit der Versicherten und deren bereits sehr hohe Selbstbeteiligung.

Im April 2018 entschied die SGK-NR mit 11 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen, die Vorlage mit einer kleinen Änderung zu überweisen.²⁰

Die Schweiz verfügt über eine der höchsten Dichten an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der OECD. Zur Beschränkung der Ärztezahl hatte das Parlament 2000 eine zeitlich begrenzte Bedürfnisklausel eingeführt und diese bis 2011 dreimal verlängert. Aufgrund der grossen Zahl an Praxiseröffnungen nach dem Auslaufen der Bedürfnisklausel schränkte das Parlament die Zulassung von Leistungserbringenden 2013 in einem dringlichen Bundesgesetz erneut ein. Nachdem der Nationalrat einen Vorschlag zur langfristigen Steuerung des ambulanten Bereichs in der Schlussabstimmung abgelehnt hatte, musste die Zulassungsbeschränkung 2016 erneut verlängert werden. Gleichzeitig beauftragte das Parlament den Bundesrat, einen neuen Vorschlag zur **Zulassung der Leistungserbringenden** in die Vernehmlassung zu schicken. Diesen Vorschlag basierte der Bundesrat auf den Bericht zur Erfüllung eines Postulats der SGK-SR.

Der Bundesrat schlägt dabei Massnahmen auf drei Interventionsebenen vor. Eine erste Ebene dient der Sicherung der Qualifikation der Leistungserbringenden; dabei sollen Anforderungen an Aus- und Weiterbildung, an das Erlangen von Diplomen sowie an die Anerkennung ausländischer Diplome formuliert werden. Auf einer zweiten Ebene sollen die Anforderungen an die Leistungserbringenden durch ein formales Zulassungsverfahren mit allfälliger Wartefrist von zwei Jahren, durch einen Nachweis der Qualität der Leistungserbringung sowie durch die Knüpfung der Tätigkeit zu Lasten der OKP an Auflagen erhöht werden. Die Versicherer sollen eine Organisation schaffen, welche über die Zulassungsgesuche entscheidet. Die dritte Interventionsebene beschreibt Massnahmen, die es den Kantonen erlauben, das Versorgungsangebot nach Bedarf zu regeln. Dazu gehören Höchstzahlen an zu Lasten der OKP im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zulassungseinschränkungen in Bereichen mit massivem Kostenanstieg.

An der **Vernehmlassung**, die vom 5. Juli 2017 bis zum 25. Oktober 2017 stattfand, beteiligten sich 91 Organisationen. Mehrheitlich einig war man sich über die

Notwendigkeit der Zulassungssteuerung, die einzelnen Massnahmen der Vorlage stiessen jedoch auf unterschiedlich grossen Anklang. Klar für die Vorlage sprachen sich die SP, die GDK und CLASS, alle Kantone (ausser AG, GR, JU, LU und TG), die Konsumentenverbände, der Patientenverband DVSP sowie die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Berggebiete (SAB) aus. Die SVP und FDP, die meisten Dachverbände der Wirtschaft, die Versichererverbände, die Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften (KKA) und die meisten kantonalen und regionalen Ärztesellschaften lehnten die Vorlage deutlich ab. Gespalten zeigten sich die Verbände der Leistungserbringenden: Einige befürworteten den bundesrätlichen Vorschlag, die meisten sprachen sich allerdings dagegen aus oder kritisierten ihn zumindest stark.

Viel Kritik gab es für den Vorschlag, die Zulassungssteuerung den Versicherern zu übertragen. Dies wurde als erster Schritt zur Aufhebung des Vertragszwangs gewertet. Stattdessen solle die Zulassung von den Kantonen gesteuert werden, argumentierten zahlreiche Akteure. Mehrfach wurde zudem eine Verschärfung der Zulassungskriterien gefordert. Unter anderem sollen Ärztinnen und Ärzte mindestens drei Jahre an schweizerischen Bildungsstätten gearbeitet haben müssen und über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, bevor sie zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden. CVP, FDP und SVP schlugen zudem vor, die Zulassungsbeschränkungen mittelfristig mit einer einheitlichen Leistungsfinanzierung zu verknüpfen.²¹

GERICHTSVERFAHREN
DATUM: 01.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September und November 2017 entschied das **Bundesverwaltungsgericht**, dass **Mittel und Gegenstände**, die für die Pflege gebraucht werden, **nicht mehr separat von den Krankenkassen bezahlt** werden, da diese zu den Pflegekosten gehören. Zuvor hatten die Krankenversicherung CSS und Tarifsuisse, eine Tochtergesellschaft von Santésuisse, gegen einen Regierungsratsbeschluss des Kantons Basel-Stadt zur Verlängerung des bis 2014 gültigen Tarifvertrags im Bereich MiGeL um ein Jahr geklagt. Das Gericht unterschied zwischen Mitteln und Gegenständen, die durch professionelles Personal, und solche, die durch die Patientinnen und Patienten selbst angewendet werden. Die Krankenkassen übernehmen zukünftig also nur noch die Kosten von Mitteln und Gegenständen Letzterer. Da die Kosten der MiGeL zum Beispiel in Pflegeheimen neu bereits in den fixen Vergütungen für die Pflegekosten enthalten sind, erhalten die Heime keine zusätzliche Entschädigung mehr dafür. Das Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau sprach in seiner Medienmitteilung von Ertragsausfällen für die Pflegeheime von CHF 4 Mio. und von unbekannt hohen Ausfällen für die Spitexbetriebe. In der Folge erklärte zum Beispiel die CSS, dass sie ab 1. Januar 2018 keine MiGeL-Produkte mehr vergüten werde. Erste Krankenversicherungen hätten gemäss Medienmitteilung des Kantons Aargau zudem mit Rückforderungen für die Jahre 2015 bis 2017 begonnen.²²

MOTION
DATUM: 28.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem im August 2015 bekannt geworden war, dass der Bundesrat im Rahmen der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung plane, die Anzahl Wahlfranchisen zu reduzieren, reichte Thomas Weibel (glp, ZH) eine Motion "**Richtige Anreize mit Wahlfranchisen**" ein, die den Bundesrat beauftragen wollte, die Wahlfranchisen gemäss KVG beizubehalten. Dabei stützte er sich auf eine von Santésuisse in Auftrag gegebene, repräsentative Umfrage, die ergeben hatte, dass die Versicherten die bestehenden Wahlfranchisen beibehalten möchten. Der Motionär argumentierte, dass sich die Streichung der Franchisenstufen und Rabattmöglichkeiten negativ auf die Kostenentwicklung auswirken und vor allem Jugendliche und junge Familien treffen würde, da diese besonders häufig höhere Franchisen wählten. Der Bundesrat verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass das EDI zuerst die Klärung des Zusammenhangs zwischen Franchisenhöhe und Leistungsbezug sowie der Gründe für Franchisenwechsel abwarten möchte, bevor es weiterführende Entscheidungen trifft. Er beantragte entsprechend die Ablehnung der Motion.

Bis zur Behandlung durch den Erstrat im September 2017 war der Bundesrat nach breiter Kritik von der Idee zur Streichung von Franchisenstufen abgerückt. Stattdessen beabsichtigte er beruhend auf einem Bericht in Erfüllung der Motion Schmid-Federer (cvp, ZH), anstelle der Anzahl Franchisenstufen deren Rabattierung zu ändern. In der Parlamentsdebatte wies der Motionär nochmals darauf hin, dass die Reduktion der Rabatte genauso wie die Abschaffung der höchsten Franchisenstufe das Wahrnehmen von Eigenverantwortung bestrafe. Dies setzte falsche Anreize und mache die Risikoselektion attraktiver. Bundesrat Berset erklärte, dass es bereits mehrere Vorstösse zu diesem Thema gegeben habe (Po. 13.3250, Mo. 15.4157) und die Diskussion

um die Franchisen noch nicht abgeschlossen sei. So gebe es heute nur eine Scheinauswahl, da nur die höchste und die tiefste Franchise rechnerisch interessant seien. Entsprechend bevorzuge er eine Ablehnung der Motion, um vorgängig eine entsprechende Diskussion führen zu können. Dennoch sprach sich der Nationalrat mit 136 zu 53 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) für Annahme der Motion aus.²³

**VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS**
DATUM: 18.10.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2017 gab der Bundesrat bekannt, dass er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen und die Einzelleistungstarifstruktur **Tarmed** anpassen werde. Dies war nach 2014 zum zweiten Mal nötig geworden, weil sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf einen gemeinsamen Tarif hatten einigen können und somit für das Jahr 2018 keine Tarifstruktur mehr vorgelegen hätte. Die Änderungen der Verordnung zum **Tarmed** sahen vor, die „Vergütungen der verschiedenen Leistungen in angemessene Relation zu stellen“. Dazu sollten einerseits die Leistungsvergütungen bestimmter Tarifpositionen geändert werden. Zum Beispiel soll für alle Leistungen ein einheitlicher Dignitätsfaktor bestimmt werden. Die Weiterbildungsdauer der Fachärzte soll folglich nicht mehr in die Tarife einfließen, so dass alle ärztlichen Leistungen einheitlich abgerechnet werden. Andererseits werden die Abrechnungsregeln einzelner Tarifpositionen geändert, was unter anderem zu mehr Abrechnungstransparenz und reduzierten Beträgen bei der Verrechnung von Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten führen soll. Zudem werden die Tarife derjenigen Leistungen gesenkt, deren Dauer durch technische oder medizinische Fortschritte reduziert worden ist. Einzelne dieser Massnahmen hatte der Bundesrat entsprechend den Rückmeldungen aus der Vernehmlassung angepasst, so dass er nun mit jährlichen Einsparungen von CHF 470 Mio. (anstelle der ursprünglich erwarteten CHF 700 Mio.) rechnete. Diese Korrekturen betrafen vor allem die vulnerabelsten Patienten, also Kinder, Betagte und psychisch Kranke, deren Grundkonsultation unter anderem weiterhin länger dauern darf als bei den übrigen Patienten.

Die betroffenen Akteure reagierten unterschiedlich auf die Revision. Der Kassenverband Curafutura lobte die Revision und erwartete deutliche Einsparungen bei den Prämien; Santésuisse hingegen bezweifelte, dass die durch die Revision möglichen finanziellen Reduktionen tatsächlich die von Bundesrat Berset angegebene Höhe erreichen würden. Negative Reaktionen kamen vor allem von den Leistungserbringern: Der Ärzteverband FMH sorgte sich aufgrund der Revision wie bereits in der Vernehmlassung vor möglichen Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich. Für die Ärzte bedeute dies zudem eine Reduktion ihrer Vergütungen um durchschnittlich 10 Prozent, vereinzelt könne es gar zu Reduktionen bis 30 Prozent kommen. Dies veranlasste die Presse zu Spekulationen, ob die Revision den Anreiz der Ärzteschaft gesteigert habe, ihre eigene Tarifrevision Tarco voranzutreiben. Deren Erarbeitung hatte sich zuvor als schwierig erwiesen, weil höhere Ansätze bei den einen Ärzten aufgrund der nötigen Kostenneutralität zu finanziellen Einbussen für andere Ärzte führen würden. Der Spitalverband H+ betonte schliesslich, dass die Anpassung des **Tarmed** die Situation der Spitäler weiter verschlechtern werde. Aufgrund dieser unterschiedlichen Rückmeldungen waren sich die Medien nicht einig, ob die Revision eine gute oder schlechte Nachricht für die Patienten sei. Zwar setze der Bundesrat damit ein Zeichen gegen die ständig wachsenden Prämien, jedoch seien Einsparungen von einer halben Milliarde pro Jahr bei jährlichen Gesundheitskosten von etwa CHF 70 Mrd. eher ein Tropfen auf den heissen Stein.²⁴

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 01.01.2018
ANJA HEIDELBERGER

Wie bereits im Vorjahr hörte man auch im Jahr 2017 viele Stimmen, die sich ob dem **Prämienanstieg fürs Jahr 2018** besorgt zeigten. Unter anderem prognostizierte die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich im Juni 2017 einen Anstieg der Gesundheitskosten auf über CHF 10'000 pro Person und Jahr. Nach der Ankündigung eines Eingriffs des Bundesrats bei **Tarmed** verbesserten sich im August 2017 jedoch die Prognosen. Durch die Änderungen im **Tarmed** könne man CHF 470 Mio. pro Jahr einsparen, erklärte Gesundheitsminister Berset. Da Letzterer zudem die Krankenversicherer anhielt, diese Einsparungen bereits in den Prämien fürs Jahr 2018 zu berücksichtigen, ging man davon aus, dass diese um 1.5 Prozent weniger stark steigen würden als ohne den Eingriff. Der Krankenkassenverband Curafutura rechnete entsprechend mit einem Prämienanstieg zwischen 2.5 und 3.5 Prozent anstelle von 4 bis 5 Prozent. Anders sah dies der Krankenkassenverband Santésuisse. In einem Brief an den Gesamtbundesrat nannte er das Vorgehen des BAG «gefährlich»; es sei unklar, ob es wirklich zu Einsparungen in dieser Höhe kommen würde. Denn beim ersten **Tarmed**-Eingriff des Bundesrats 2014 hätten die Leistungserbringer die Kürzungen durch

Mengenausweitung oder Verrechnung auf andere Positionen kompensiert. Zudem gebe es keine gesetzliche Grundlage dafür, allfällige zukünftige Kosteneinsparungen bei der Prämienberechnung zu berücksichtigen. Insgesamt befürchtete Santésuisse, dass die Prämien 2018 zu niedrig festgelegt würden und es so 2019 zu einem starken Prämienanstieg kommen würde. Dann müssten einige Versicherte aufgrund der Neueinteilung der Prämienregionen sowie wegen tieferer Rabatte bei der höchsten Franchise mit einem Prämienanstieg von bis zu 20 Prozent rechnen.

Kurz vor Bekanntgabe der Prämien für das nächste Jahr präsentierte Santésuisse überdies die Kosten der OKP. Diese betragen fürs Jahr 2016 CHF 31.7 Mrd. und waren um 3.8 Prozent angestiegen, was wie im Vorjahr vor allem auf das Kostenwachstum im spitalambulanten Bereich (8%) und bei den Medikamentenpreisen zurückzuführen war.

Ende September verkündete Bundesrat Berset schliesslich, dass die Prämien für die Grundfranchise von CHF 300 mit Unfaldeckung durchschnittlich um 4 Prozent und damit unterdurchschnittlich (4.6%) stark steigen würden. Grosse Unterschiede zeigten sich insbesondere zwischen den Sprachregionen: In der Romandie stiegen die Prämien deutlich stärker als in der Deutschschweiz, die höchsten Zunahmen waren denn auch in französisch- oder zweisprachigen Kantonen festzustellen (Waadt: 6.4%, Wallis: 5.9%, Genf: 5.4%, Neuenburg: 5.4%). Deutliche Worte fand diesbezüglich vor allem der Waadtländer Gesundheitsdirektor Pierre-Yves Maillard (VD, sp), der die Schuld am Anstieg der Gesundheitskosten bei der Bundespolitik sah. Insbesondere die neue Spitalfinanzierung mit Einführung von Fallpauschalen und freier Spitalwahl, aber auch die Aufhebung des Zulassungsstopps hätten katastrophale Auswirkungen auf die Gesundheitskosten gehabt.

Neben den regionalen Unterschieden sorgten vor allem auch die steigenden Kosten für Familien für Schlagzeilen. So wuchsen die Prämien für Kinder erneut besonders stark – um durchschnittlich 5 Prozent –, diejenigen für junge Erwachsene um 4.4 Prozent.²⁵

MOTION
DATUM: 26.02.2018
ANJA HEIDELBERGER

Heinz Brand (svp, SZ) beabsichtigte im September 2017, mit einer Motion eine **Innovationsbestimmung im KVG einzuführen**. Diese soll für alle Akteure offen sein und Pilotprojekte für die Durchsetzung von Massnahmen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ermöglichen. Konkret soll von einzelnen KVG-Bestimmungen gezielt abgesehen werden können, um alternative Mechanismen zu testen. Unbeeinflusst bleiben sollen jedoch die Leistungsansprüche der Versicherten und der Aufnahmezwang für die Versicherungen. Bereits vor Einführung des KVG hätte man mit einem Experimentierartikel gute Erfahrungen gemacht, erklärte der Motionär sein Anliegen. Anders als heute, wo vor allem Kantone die Möglichkeit zu ausserordentlichen Massnahmen hätten, sollten zukünftig alle Akteure Pilotprojekte anstossen können. Durch solche Projekte könnten die Folgen einzelner Änderungen untersucht, Hinweise auf ihre Tauglichkeit oder auf Umsetzungsprobleme gefunden und dringliche Reformen vorbereitet werden. Diese Änderung war ganz im Sinne des Bundesrates: Aufgrund des Expertenberichts «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» würden Massnahmen zur Kostendämpfung ausgearbeitet, wozu auch eine Innovationsbestimmung zähle, erklärte er in seiner Stellungnahme. Daher empfahl er die Motion zur Annahme.

Um eine diskussionslose Annahme der Motion zu verhindern, bekämpfte Barbara Gysi (sp, SG) den Vorstoss im Dezember 2017. In der Nationalratsdebatte in der Frühjahrssession 2018 verdeutlichte der Motionär nochmals den Nutzen des Vorstosses: Da das Gesundheitswesen sehr stark reglementiert sei, sei ein Innovationsartikel nötig, um einzelne Änderungen in dieser komplexen Materie zu testen. Der Innovationsartikel stelle dabei die materiell-rechtliche gesetzliche Grundlage für Abweichungen vom geltenden Recht dar. Dabei sollten alle betroffenen Akteure nur freiwillig und bei reversiblen Projekten mitmachen. Man habe bereits im Asylbereich mit einem solchen Innovationsartikel gearbeitet. Barbara Gysi wies darauf hin, dass ein Innovationsartikel «nicht per se einfach nur etwas Gutes» sei. Pilotprojekte sollten nicht zu offen ausgelegt sein und keine Präjudize schaffen. Aufgeschreckt habe sie insbesondere die Formulierung in der Begründung der Motion bezüglich einer Lockerung des Vertragszwangs. Dies sei ein Anliegen der Versicherungslobby, welcher der Motionär als Präsident von Santésuisse angehöre. Keinesfalls dürfe aber die Solidarität untergraben werden; der Vertragszwang sei für die Bevölkerung sehr wichtig, erklärte sie mit Verweis auf die Managed-Care-Abstimmung weiter. Daher bat sie den Bundesrat darzulegen, in welchen Bereichen Pilotversuche möglich sein sollen. Gesundheitsminister Berset erklärte, dass sich der Bundesrat bei Annahme der Motion auf den Motionstext, nicht auf dessen Begründung stützen werde, was Gysi überzeugte: Sie bekämpfte die Vorlage in der Folge nicht mehr, so dass diese

stillschweigend angenommen wurde.²⁶

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 01.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Nachgang zur Änderung des Tarmed, die am 1. Januar 2018 in Kraft trat, zeigten sich verschiedene **Gruppierungen von ambulanten Ärztinnen und Ärzten** – zum Beispiel Gynäkologen und Orthopäden – **unzufrieden**, da ihre ambulanten Tarife reduziert worden waren. In Genf entschieden sich die Handchirurgen gar, ab dem 1. Januar für fairere Abgeltungen ihrer Arbeit zu streiken, und führten vorerst keine nicht dringlichen Operationen mehr durch. Zum Beispiel solle eine Karpaltunneloperation neu statt CHF 177 noch CHF 105 – und somit weniger als ein Haarschnitt, wie Stéphane Kämpfen, Präsident der Gruppe der Handchirurgen betonte – kosten. Dadurch würden sie mit solchen Operationen Verluste erzielen, argumentierten die Chirurgen; zudem seien solche Tarife schon fast eine Beleidigung ihrer Arbeit. Der Streik dauerte bis zum 1. März 2018: Nach langen Verhandlungen standen die Genfer Handchirurgen kurz vor einer Einigung mit Santésuisse für eine neue nationale Vergütung von fünf Behandlungen, so dass das Tarmed in diesen Bereichen nicht zur Anwendung gelangen würde. Da das KVG den Kantonen die Möglichkeit gebe, mit den Tarifpartnern – den Ärztinnen, Ärzten und Krankenversicherungen – entsprechende eigene Übereinkommen zu treffen, könne der Bundesrat diese Änderung nicht verhindern, betonte die Tribune de Genève.²⁷

GERICHTSVERFAHREN

DATUM: 01.04.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2018 urteilte das Bundesgericht in der Frage, ob der **Bundesrat 2014 dazu berechtigt gewesen war, den Tarmed nach politischen Gesichtspunkten zu ändern**. Der Bundesrat hatte bei der ersten Tarmed-Änderung entschieden, den Haus- und Kinderärzten mehr und den Spezialärzten im Tarmed weniger Geld für ihre Leistungen zuzusprechen. Dies erachtete die Privatklinik St. Anna in Luzern als widerrechtlich und verrechnete ihre Kosten weiterhin nach den alten, höheren Tarmed-Tarifen. Das eingesetzte Schiedsgericht, das nötig geworden war, weil eine Krankenversicherung diese höheren Tarife nicht akzeptiert hatte, gab der Klinik recht, woraufhin die Versicherung den Fall vors Bundesgericht weiterzog. Da in der Zwischenzeit auf Anraten des Spitalverbands H+ verschiedene Spitäler ihre Rechnungen unter Vorbehalt ausgestellt hatten, erwarteten sowohl Krankenversicherungen als auch Spitäler den Entscheid mit grossem Interesse.

Das Bundesgericht befand im April 2018, dass das KVG keine klaren Vorgaben dazu mache, welche Anpassungen der Bundesrat machen dürfe und wie er dabei vorgehen müsse. Folglich komme ihm diesbezüglich ein grosser Ermessensspielraum zu; er könne daher auch lineare Kürzungen sowie politisch motivierte Kürzungen wie die Förderung der Hausarztmedizin vornehmen. Die Krankenkassen zeigten sich erleichtert über das Urteil, das gemäss Santésuisse nun für Rechtssicherheit Sorge. Der Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte FMH zeigte sich erstaunt über den Entscheid und insbesondere darüber, dass es dem Bundesrat möglich sein soll, politische Aspekte zu berücksichtigen, während sich die Tarifpartner beim Tarmed strikt an den Wortlaut des KVG halten müssten. Die Medien urteilten, dass dieser Entscheid den Einfluss des Bundesrates stärke; Gewinner seien die Prämienzahlenden, lobte Santésuisse den Entscheid.²⁸

STANDESINITIATIVE

DATUM: 12.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2018 reichte der St. Galler Kantonsrat eine Standesinitiative ein, die ein **Verbot von Provisionszahlungen für Wechsel der Grundversicherung** zum Ziel hatte. Krankenkassen gäben gemäss einer Studie Hunderte von Millionen Schweizerfranken pro Jahr an Provisionen für OKP-Abschlüsse aus, begründete der Kantonsrat seinen Vorstoss. Diese Kosten müssten die Versicherten durch die Prämien tragen. Da viele Krankenkassen die Branchenlösung von Santésuisse, welche die Provisionen auf CHF 50 pro OKP-Abschluss beschränkt, nicht unterzeichnet hätten oder sich nicht daran hielten, sei ein Verbot nötig.

Im Oktober 2018 beantragte die SGK-SR mit 11 zu 1 Stimmen, der Initiative keine Folge zu geben. Obwohl die Kommission den Handlungsbedarf anerkannte, ging ihr ein gänzlich Verbot zu weit. Stattdessen bevorzugte sie eine allgemeinverbindliche Selbstregulierung der Branche mit wirksamen Sanktionen und reichte in der Folge eine entsprechende Motion (Mo. 18.4091) ein.

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat die Standesinitiative zusammen mit der Motion der SGK-SR und einer Motion von Prisca Birrer-Heimo (sp, LU; Mo. 17.3956), die zukünftig «unverhältnismässige» Ausgaben für Vermittlungsprovisionen verhindern wollte. Wie von der Kommission empfohlen gab der Ständerat der Standesinitiative keine Folge, da sie ihm zu weit ging. Stattdessen sprach sich der Rat für die in der Kommissionsmotion enthaltene Selbstregulierungslösung aus.²⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 14.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung zum ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** zwischen September und Dezember 2018 beteiligten sich 150 Einheiten und Organisationen, darunter alle Kantone, die sieben grossen nationalen Parteien, der Städte- und der Gemeindeverband, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumenten-, Patienten-, Leistungserbringenden- sowie Versichererverbände. Entsprechend breit war trotz Lobes für die Bemühungen des Bundesrates zur Kostensenkung auch die Kritik an dem neuen Projekt. Insbesondere wurde vor Wechselwirkungen mit anderen Revisionen, vor Finanzierungs- oder Versorgungsproblemen sowie vor einer verstärkten Bürokratisierung oder staatlichen Steuerung gewarnt, wie das BAG in seinem Ergebnisbericht erklärte.³⁰

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 01.01.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2018 waren für einmal positive Neuigkeiten von der Prämienfront zu vernehmen: Für das Jahr 2017 hatte das Monitoring des BAG einen Rückgang der Leistungen im Bereich «Spital stationär» um 2.8 Prozent pro Person festgestellt. Erste Abklärungen bei den Spitälern und Spitalverbänden trübten die Freude jedoch bereits wieder. Vieles deutete darauf hin, dass diese Reduktion nicht einer Abnahme der Fallzahlen geschuldet, sondern auf das neue Spitalgesetz zurückzuführen war, das nun Wirkung zeigte: Seit Anfang 2017 mussten die Kantone mindestens 55 Prozent der stationären Spitalkosten übernehmen. Dadurch verringerte sich zwar der Anteil der von den Krankenkassen übernommenen und damit für die Prämien relevanten Kosten, stattdessen stiegen aber die von den Steuerzahlenden übernommenen Gesundheitskosten an. Trotzdem erwarteten die Medien aber auch fürs **Jahr 2019** steigende **Prämien**, da das Mengenwachstum im ambulanten Bereich, der vollständig von der OKP übernommen wird, die «Einsparungen gleich wieder wegfrisse» – wie es die Aargauer Zeitung formulierte.

Bereits im April 2018 folgte ein weiterer Dämpfer: Das BFS informierte, dass die Gesundheitsausgaben 2016 erstmals CHF 80 Mrd. überstiegen und sich diese daher seit Einführung des KVG 1996 verdoppelt hätten. Die Gesundheitskosten machten somit 12.2 Prozent des BIP oder 803 Franken pro Person im Monat aus. Jahreskosten von über CHF 10'000 pro Kopf prognostizierte die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich weiterhin für die kommenden Jahre. In Übereinstimmung damit zeigte eine Umfrage von Tamedia im Juni 2018, dass die Gesundheitskosten für 70 Prozent der Befragten zu den grössten Sorgen überhaupt gehörten.

Teilweise Entwarnung gab es jedoch im September 2018: Hatte der Krankenkassenverband Santésuisse ein Jahr zuvor noch vor einem starken Prämienanstieg 2019 gewarnt, stiegen die Prämien im Vergleich zum Vorjahr nur vergleichsweise schwach an. Neu gab das BAG nicht mehr die durchschnittliche Prämie bei einer Grundfranchise von CHF 300 mit Unfaldeckung an – mit dieser Messmethode läge der Prämienanstieg bei 2.7 Prozent und damit deutlich unter den durchschnittlichen 4.6 Prozent seit Einführung des KVG –, sondern wies stattdessen die durchschnittliche Prämienhöhung pro Person über alle Alterskategorien hinweg aus. Diese betrug fürs Jahr 2019 1.2 Prozent und lag damit ebenfalls deutlich unter dem entsprechenden, für alle bisherigen Prämienrunden, berechneten Wert von 3.9 Prozent. Aufgrund einer Entlastung der Versicherer beim Risikoausgleich für junge Erwachsene (19- bis 25-Jährige) sanken deren Prämien durchschnittlich sogar um 15.6 Prozent oder CHF 50 pro Person, während für Erwachsene und Kinder im Jahr 2019 jeweils 2.4 Prozent mehr an Prämien anfielen. Grosse Unterschiede gab es wiederum auch zwischen den Regionen: Während der Anstieg in den meisten Kantonen zwischen 0.5 und 2 Prozent lag und die Prämien in den Kantonen Uri und Appenzell Innerrhoden durchschnittlich sogar leicht sanken, stiegen sie insbesondere in der Romandie und im Tessin stark, teilweise über 3 Prozent, an.

Zurückgeführt wurde der insgesamt unterdurchschnittlich starke Kosten- und Prämienanstieg neben der Umsetzung des Spitalgesetzes auch auf die Änderungen bei Tarmed. Unklar blieb jedoch, wie stark die neuen Tarife des Tarmed die Gesundheitskosten bisher wirklich reduzieren konnten und wie sich dieser Einfluss weiter entwickeln würde.³¹

MOTION
DATUM: 14.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Die SGK-NR befürwortete zwar eine **Einschränkung der Vermittlerprovisionen in der OKP**, wie sie die ständerätliche Schwesterkommission vorgeschlagen hatte, beantragte aber mit 16 zu 8 Stimmen, diese nicht nur auf die OKP zu beschränken, sondern auch die Krankenzusatzversicherungen miteinzubeziehen. Da sich Grund- und Zusatzversicherung in der Praxis nicht trennen liessen, blieben ansonsten Umgehungsmöglichkeiten bestehen. Eine Ausdehnung auf die Zusatzversicherungen sei von den Krankenversichererverbänden, darunter auch Curafutura und Santésuisse,

ausdrücklich gefordert worden, betonte Bea Heim (sp, SO) im Rahmen der Nationalratsdebatte in der Frühjahrsession 2019.

Dieser Mehrheitsmeinung standen zwei Anträge entgegen: Eine Minderheit Nantermod (fdp, VS) befürwortete zwar eine Einschränkung der Vermittlerprovisionen in der OKP, lehnte aber eine Regulierung bei den Krankenzusatzversicherungen ab. Da Gewinne dort erlaubt seien und diese in einem Marktumfeld agierten, würde eine Regulierung der Provisionen bei diesen zu weit gehen. Im Rat ergänzte Minderheitssprecher Nantermod seine Position noch um ein weiteres Argument: Wenn der Nationalrat die Motion abändere, müsse der Ständerat in der nächsten Runde entscheiden, ob er diese Änderung annehmen oder das ganze Projekt ablehnen wolle, erklärte Nantermod. Dies sei zu gefährlich, weshalb man die Motion in ihrer ursprünglichen Form annehmen solle. Eine Ablehnung der Motion in beiden Formen befürwortete Thomas Aeschi (svp, ZG). Mit 103 zu 78 Stimmen (bei 1 Enthaltung) respektive 152 zu 30 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) entschied sich der Rat gegen den Minderheitsantrag Nantermod respektive den Antrag Aeschi und für den Mehrheitsantrag der Kommission. Abgeändert gelangte die Motion somit zurück an den Ständerat.³²

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 01.01.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Durchschnitt stieg die mittlere **Prämie der Krankenkassen-Grundversicherung 2020** nur um 0.2 Prozent. Dies stellte den zweitniedrigsten Anstieg seit der Einführung des KVG 1996 dar – auch wenn die Werte aufgrund der Änderung der Berechnungsmethode 2018 nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar sind. Dieser vergleichsweise tiefe Wert wäre an sich eine gute Nachricht, jedoch war man sich in Medien und Politik einig: Um auch zukünftig einen tiefen Prämienanstieg zu verzeichnen, brauche es weitere Massnahmen. Man dürfe jetzt keinesfalls nachlassen, erklärte auch Gesundheitsminister Berset. Es brauche immer wieder neue Massnahmen zur Dämpfung der Kosten, zumal ein gewisses Wachstum aufgrund der Alterung der Gesellschaft und des medizinisch-technischen Fortschritts unausweichlich sei. Dieses Ergebnis zeige aber, dass sich das Kostenwachstum eindämmen lasse. Als Mitgrund für diese Eindämmung erwähnte er explizit den Tarmed-Eingriff sowie die regelmässigen Preisreduktionen bei Medikamenten des Bundesrates seit 2012, mit denen CHF 500 Mio. respektive CHF 1 Mrd. hätten eingespart werden können.

Getrübt wurde die Freude durch die Tatsache, dass sich der Prämienanstieg zwischen Krankenversicherungen, Franchisen, Versicherungsmodellen und zwischen den Kantonen stark unterschied. So sank die mittlere Prämie zwar in zehn Kantonen, in acht Kantonen stieg sie aber gar um mehr als 1 Prozent an. Besonders kritisch war die regionale Verteilung dieser Unterschiede: Während die Prämien in der Deutschschweiz durchschnittlich um 0.15 Prozent anstiegen, nahmen sie in der Romandie um 0.5 Prozent und im Tessin um 2.5 Prozent zu. Den höchsten Anstieg verzeichnete der Kanton Neuenburg mit 2.9 Prozent. «Les Romands perdants», betonte Le Temps in der Folge. Entsprechend schlecht war auch die Stimmung in der Romandie, insbesondere im Kanton Genf, der zusammen mit dem Kanton Basel-Stadt die höchsten Prämien aufweist. Der Genfer Staatsrat Mauro Poggia (GE, mcg) verwies darauf, dass die Reserven der Krankenversicherungen stark angestiegen seien und 2018 mit CHF 9.4 Mrd. rund CHF 4.6 Mrd. höher gewesen seien als gesetzlich vorgeschrieben. Mit diesem Geld hätte man den Prämienanstieg vollständig verhindern können, betonte er. Als «Skandal» bezeichnete auch Jean-Paul Derouette, Präsident der Sektion Romande des Schweizerischen Verbands der Versicherten (Assuas) den Anstieg, zumal die Romands für die kleinen Deutschschweizer Kantone zahlen müssten. Damit verwies er auf den Vorwurf, dass die Krankenversicherungen die überschüssigen Reserven einzelner Kantone zum Ausgleich fehlender Reserven in anderen Kantonen nutzten, wie es der Kanton Genf bereits in einer Standesinitiative angeprangert hatte (Kt.lv. 17.306). Dem widersprach Santésuisse, die betonte, der Prämienanstieg in den entsprechenden Kantonen sei auf steigende Gesundheitskosten zurückzuführen; so seien zum Beispiel die Gesundheitskosten in Neuenburg zwischen 2017 und 2018 um 4.6 Prozent gewachsen.

Doch nicht nur die ungleiche Verteilung der Prämienanstiege führte zu Kritik. «On paiera cela en 2021», vermutete Mauro Poggia zudem und warf dem Gesundheitsminister vor, die Prämien vor den eidgenössischen Wahlen 2019 absichtlich nicht stärker zu erhöhen – zumal die Krankenkassen gemäss Sorgenbarometer im Jahr 2019 die grösste Sorge der Bevölkerung gewesen seien (in der Tat belegten sie jedoch den zweiten Platz). Auch Nationalrat Samuel Bendahan (ps, VD) stellte in seinem Blog in «Le Temps» einen Zusammenhang zwischen dem geringen Prämienanstieg und den Wahlen fest. Die Tribune de Genève errechnete zudem mit den für die Änderung der Berechnungsart korrigierten Zahlen des BAG, dass in der Tat im Wahlherbst 2007 zum einzigen Mal überhaupt ein Prämienrückgang verzeichnet worden war. Nur in zwei von sechs Fällen seit 1997 hätten die Prämien vor den nationalen Wahlen den langjährigen

Durchschnitt übertroffen.³³

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 24.01.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Hinblick auf die stetig steigenden Krankenkassenprämien, vor allem in den französischsprachigen Kantonen, lancierten die Kantone Tessin, Genf, Jura, Freiburg und Neuenburg eine **Offensive für tiefere Krankenkassenprämien**. Dabei zielten sie auf verschiedene Änderungen am KVAG ab, mit denen sie Probleme, die in ihren Augen mit der letzten KVAG-Revision geschaffen worden waren, lösen wollten. Dazu zählte insbesondere die Problematik der Krankenkassenreserven. So müssen Krankenkassen Reserven anlegen, die ihre langfristige Zahlungsfähigkeit garantieren sollen. Übersteigen die Kosten der Versicherungen ihre Prämieinnahmen, wird der Verlust über die Reserven bezahlt, Gewinne fliessen ihrerseits in die Reserven. Bei «übermässigen Reserven» erlaubt das KVAG einen Abbau durch eine Verteilung der überschüssigen Reserven an alle Versicherten einer Krankenkasse respektive eine Rückzahlung eines Teils der Prämien an die Versicherten spezifisch in denjenigen Kantonen, in denen zu hohe Prämien verlangt worden waren. Weder das KVAG noch die KVAV spezifizieren jedoch, was «übermässige Reserven» sind oder schreiben gar einen Reservenabbau vor. Entsprechend forderte eine erste Gruppe von Standesinitiativen der fünf Kantone die ausdrückliche Definition einer maximal erlaubten Reservehöhe und eine Pflicht zum Abbau von zu hohen Reserven. Eine zweite Gruppe zielte auf die Rückerstattung von zu hohen Prämien in einzelnen Kantonen: Zukünftig sollen die Krankenkassen zu hoch festgelegte Prämien über einen Prämienausgleich bei zukünftigen Prämien in demselben Kanton ausgleichen. Die dritte Gruppe von Standesinitiativen widmete sich der Einschränkung der Möglichkeiten der Kantone, sich zu den zukünftigen Prämien zu äussern, und verlangte eine Möglichkeit zur Stellungnahme sowie den Zugang zu den dafür notwendigen Informationen.

In der Zwischenzeit hatte der Bundesrat jedoch eine Änderung der KVAV bekannt gegeben, mit welcher der freiwillige Abbau und die Rückerstattung der Krankenkassenreserven vereinfacht und die Regeln dazu präzisiert werden sollen.

In Übereinstimmung mit der Urhebererschaft der verschiedenen Standesinitiativen wurde diese Problematik in den Deutschschweizer Medien kaum aufgenommen, während sie in der Romandie und vor allem im Tessin für grosse mediale Diskussionen sorgte. Demnach betonte etwa 24 Heures, dass die Reserven heute mit CHF 11 Mrd. doppelt so hoch seien, wie rechtlich nötig wäre. Auf das Jahr 2021 hin waren die Krankenkassenprämien im Durchschnitt zwar vergleichsweise schwach angestiegen, erneut verzeichneten die romanischsprachigen Kantone jedoch einen grösseren Anstieg als die Deutschschweizer Kantone. Entsprechend wies Felix Schneuwly, Krankenkassenexperte von Comparis, darauf hin, dass die Kosten zukünftig in allen Prämienregionen hoch genug sein müssten, so dass nicht einzelne Prämienregionen für die zu tiefen Prämien anderer Regionen aufkommen und diese so «finanzieren» müssten. Kritisiert wurde darüber hinaus, dass der Bund bei der Prämienfestlegung zu wenig interveniere und die vorgeschlagenen Prämien einfach akzeptiere. Die Reserven müssten überdies nicht nur angesammelt, sondern tatsächlich auch eingesetzt werden, etwa im Rahmen der Corona-Pandemie: Anstatt dass die Kantone hier für einen Grossteil der Kosten aufkommen müssten, sollten die Krankenversicherungen ihre Reserven für diese unerwartete Notlage einsetzen – schliesslich sei dies ja ihr Zweck. Diesbezüglich betonte Heinz Brand (svp, GR) als Präsident von Santésuisse, dass die Krankenversicherungen ihre Reserven während der Pandemie dafür eingesetzt hätten, dass es nicht zu pandemiebedingten Prämien erhöhungen komme. Allgemein wehrten sich die Krankenversicherungen in den Medien gegen die Pflicht zum Reserveabbau, da man bereits in den letzten Jahren zu tiefe Kostenerwartungen eingereicht habe, um die Prämien tief halten zu können.³⁴

VERORDNUNG / EINFACHER BUNDESBESCHLUSS

DATUM: 12.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2020 eröffnete der Bundesrat eine Vernehmlassung zur Präzisierung des **Spitalkostenbeitrags der Patientinnen und Patienten**. Dort schlug er vor, die bestehende Regelung in der KVV, wonach die Patientinnen und Patienten einen Beitrag in der Höhe von CHF 15 pro Tag an die Spitalkosten bezahlen müssen, dahingehend zu präzisieren, dass diese Beiträge neu weder für den Austrittstag noch für Urlaubstage anfallen sollen. Dadurch würden bei den Krankenversicherungen Mehrkosten in der Höhe von CHF 22 Mio. jährlich anfallen.

An der **Vernehmlassung**, die bis Oktober 2020 dauerte, nahmen 38 Stellungnehmende teil, darunter 23 Kantone, die GDK, die SP und die Grünen, der SSV, Curafutura und Santésuisse, der SGB sowie FMH, Spitex und die Stiftung Konsumentenschutz aller drei Sprachregionen (SKS, FRC, acsi). Der Grossteil der Befragten, darunter 20 Kantone, die links-grünen Parteien und die Gewerkschaft, aber auch die Leistungserbringenden

sprachen sich vorbehaltlos für die Vorlage aus. Einen Vorbehalt brachten hingegen die Konsumentenverbände an: Sie verlangten eine Rückerstattung der ab Anfang 2012 unrechtmässig erhobenen Beträge für den Austrittstag, teilweise auch für den Eintrittstag. Die Versicherungen hingegen forderten, dass die Urlaubstage und teilweise die Austrittstage gleich definiert werden wie in der Tarifstruktur.³⁵

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 23.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 legte der Bundesrat dem Parlament die **Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials** vor. Ziel der Vorlage war es, in Übereinstimmung mit einer Motion der SGK-NR (Mo. 18.3710) eine einheitliche Vergütung für Pflegematerial, das von der betroffenen Person selbst oder von Laien angewendet wird, und von Pflegematerial, das von Pflegefachpersonen angewendet wird, einzuführen. 2017 hatte das Bundesverwaltungsgericht die Position des Bundesrates bestätigt, wonach gemäss dem bestehenden Gesetz die von Pflegefachpersonen verwendeten Materialien Bestandteil der Pflegeleistung seien und nicht separat verrechnet werden dürften. Die von den Versicherten selbst angewendeten Materialien seien hingegen separat von der OKP zu übernehmen.

Neu sollen die Materialien in drei Kategorien gegliedert werden: Die Kategorie A enthält einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z.B. Handschuhe) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z.B. Blutdruckmessgeräte), diese sollen auch zukünftig gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung von OKP, Versicherten und Kantonen bezahlt werden. Zur Kategorie B gehören Mittel und Gegenstände für die Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit gemäss MiGeL (z.B. Verbandmaterial), diese werden neu unabhängig von der anwendenden Person durch die OKP finanziert. Auch die Materialien der Kategorie C, Mittel und Gegenstände, die nicht von der versicherten Person selbst oder durch eine nichtberuflich mitwirkende Person verwendet werden können (z.B. Heimventilation), werden von der OKP übernommen.

Die Vorlage soll eine Entlastung für Gemeinden und Kantone in der Höhe von jährlich CHF 65 Mio. mit sich bringen und stattdessen die Gesamtkosten der OKP um 0.2 Prozent erhöhen. Da die Höhe des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung 7.5 Prozent der OKP-Bruttokosten beträgt, steigt auch der entsprechende Bundesbeitrag um CHF 4.9 Mio.

Zwischen Dezember 2019 und Februar 2020 fand die **Vernehmlassung** zur Vergütung des Pflegematerials statt. Dabei gingen 126 Stellungnahmen ein. Die Kantone und mit ihnen die GDK sowie die Leistungserbringenden sprachen sich für die Änderung aus. Auch die CVP, EVP, FDP, GLP und SP zeigten sich mehrheitlich zufrieden, äusserten jedoch teilweise Vorbehalte, insbesondere bezüglich der Kostenverlagerung zur OKP. Die SVP lehnte die Vorlage ab, da sie dadurch eine Mengenausweitung ohne qualitative Verbesserung der Pflegeleistungen befürchtete. Auch die Versichererverbände lehnten die Vorlage ab, da sie die höheren Kosten fürchteten.

In der Herbstsession 2020 behandelte der **Nationalrat** die Vorlage. Hatte sich die SVP im Rahmen der Vernehmlassung als einzige Partei noch gegen die KVG-Änderung ausgesprochen, stimmte auch sie der Gesetzesänderung nun zu: Einstimmig mit 189 zu 0 Stimmen nahm der Nationalrat die Vorlage an.³⁶

BERICHT
DATUM: 21.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

Gut sechs Jahre, nachdem das Postulat Humbel (cvp, AG) für die **Entlastung der Krankenversicherung von ungerechtfertigten Kosten** angenommen worden war, legte der Bundesrat seinen **Bericht** vor. Konkret ging es um die Frage, welche **Kosten der OKP durch Arztbesuche aufgrund von Arztzeugnissen**, welche die Arbeitgebenden nach kürzester Zeit verlangten, entstehen.

Der Bundesrat erachtete es als schwierig, die Kostenfolgen durch entsprechende Zeugnisse abzuschätzen. Das Ausstellen eines Zeugnisses sei nur ein Nebenaspekt der Behandlung und werde folglich in der Rechnungsstellung nicht als Kostenpunkt vermerkt. Zudem werde nirgends zwischen notwendigen, sinnvollen und nicht notwendigen, nicht sinnvollen Behandlungen unterschieden. Bei einer Umfrage durch das BAG schätzte Santésuisse die entsprechenden vermeidbaren Kosten auf CHF 200 Mio. pro Jahr (0.6% der OKP-Bruttokosten), Curafutura und der Haus- und Kinderärzterverband MFE konnten keine entsprechenden Schätzungen abgeben. Dieselbe Umfrage ergab, dass die meisten Arbeitgebenden nach drei Tagen ein Arbeitszeugnis verlangten, üblich seien aber auch Regelungen zwischen einem und fünf Tagen. Santésuisse schätzte denn auch das Einsparpotenzial einer Regelung, gemäss der Arbeitgebende erst nach fünf Tagen ein Arbeitszeugnis verlangen könnten, auf CHF 100

Mio. pro Jahr. Dieser Betrag lasse sich jedoch aufgrund der Franchisen nicht 1:1 auf die OKP übertragen, gab der Verband zu bedenken. Heute bestehe weder im OR noch im Arbeitsgesetz eine Regelung zum Arztzeugnis, wurde im Bericht weiter ausgeführt; stattdessen werde dies jeweils im Arbeitsvertrag oder im Gesamtarbeitsvertrag geregelt.

Diskutiert wurden auch verschiedene Möglichkeiten zur Änderung der bisherigen Regelung: Eine Kostenübernahme durch die Versicherten kritisierte MFE mit der Befürchtung, dass Arbeitnehmende damit seltener oder später zum Arzt gingen, wodurch sich das Ansteckungsrisiko für andere Personen erhöhe oder sich die Krankheit verschlimmere, was eine lange Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen könnte. Eine Übernahme der Zeugniskosten durch die Arbeitgebenden lehnten SAV und SGV ab und auch eine Aufteilung der Kosten, bei der die Patientinnen und Patienten für den Arztbesuch, die Arbeitgebenden für das Arztzeugnis aufkommen würden, bezeichnete der SAV als «weder denkbar noch angemessen», während der SGV auf Kostenfolgen von mehreren Tausend Franken pro Jahr für die Unternehmen verwies. Eine Festsetzung der Zeugnispflicht auf den vierten Tag lehnte der SAV wiederum ab, weil er einerseits ungerechtfertigte Absenzen befürchtete und ein zu einem früheren Zeitpunkt erstelltes Arztzeugnis oft für die Kostenübernahme der Taggeldversicherung nötig sei. Den Vorschlag von MFE, diese Frage neu im OR zu regeln, lehnte wiederum der Bundesrat aus formellen Gründen ab: Eine entsprechende Regelung sei untypisch für das OR, ihre Aufnahme brauche daher wichtige Gründe. Man solle entsprechend nicht das Gesetz, sondern die Vertragspraxis ändern. Zusammenfassend erklärte der Bundesrat, dass eine Übernahme der Kosten von Akteuren ausserhalb der OKP zu wenig Kosteneinsparungen, aber zu zahlreichen Folgeproblemen führen würde, und empfahl daher mangels Alternativen, dass die OKP die Kosten auch zukünftig übernehmen solle.³⁷

1) Gemeinsame Einrichtung KVG

2) BaZ, 20.1.07.

3) AB SR, 2007, S. 793 ff.

4) Presse vom 25.10.08.

5) Presse vom 22.4. und 7.5.09.

6) AB NR, 2009, S. 939 ff.

7) BO CE, 2011, p. 457 ss. et 951 ss.; BO CN, 2011, p. 1084 ss.; NZZ et Lib., 17.3.11; Woz, 24.3.11; Lib. 13.4.11; Exp. 4.5.11; LT et Lib., 17.5.11; NZZ et QJ, 28.5.11; NZZ, 31.5.11; QJ, 19.7.11; TG, 11.8.11; presse du 16.8.11; LT, 23.9.11

8) TA, 27.10.2012; SoZ, 28.10.2012.

9) Presse vom 28.7.12; SGT, 28.9.12; BAZ, 11.10.12.; Prämienübersicht 2013

10) NZZ, 5.4.2013.

11) AB NR, 2013, S. 1330.

12) AB NR, 2013, S. 1326; TG, 7.3.13.

13) Faktenblatt Weniger Franchisestufen; LT, TG, 5.1.15; AZ, 2.3.15; NZZ, 22.4.15

14) AZ, 23.3.15; NZZ, 27.3.15; TG, 28.8.15

15) BBI, 2015, S. 9335 ff.; NZZ, 27.1.15; LZ, NZZ, 14.3.15

16) Ergebnisbericht der Anhörung; Medienmitteilung Bundesrat vom 18.11.2015; TA, 14.11.15; NZZ, 19.11.15

17) Prämienübersicht 2016; AZ, LZ, Lib. SGT, 18.7.15; NZZ, 26.8.15; TG, 19.9.15; AZ, BZ, LT, LZ, NZZ, TA, 25.9.15

18) AZ, 4.2.16; SO, 20.3.16; AZ, 21.4., 29.4.16; AZ, NZZ, SGT, 30.4.16; BZ, 24.5.16; AZ, BZ, NZZ, 10.6.16; NZZ, TA, 11.6.16; SoZ, 19.6.16; BZ, NZZ, 24.6.16

19) NZZ, 6.12.16; LZ, 19.12.16; BZ, 30.12.16

20) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.9.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 7.4.17

21) Erläuternder Bericht vom 5.7.17; Vernehmlassungsbericht vom 9.5.18

22) BVG-Urteil C-1970_2015 vom 7.11.17; BVG-Urteil C-332_22015 vom 1.9.2017; Medienmitteilung Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau vom 2.7.18

23) AB NR, 2017, S. 1678 f.; Communiqué von Santésuisse; TA, 18.8.15; NZZ, 20.8.15, 29.9.17

24) Ergebnisbericht Vernehmlassung BAG; Medienmitteilung BAG vom 16.8.17; AZ, BZ, CdT, LT, LZ, Lib, NZZ, TA, 17.8.17; AZ, LT, 19.8.17; NZZ, 19.10.17; SGT, 21.10.17

25) Medienmitteilung BAG vom 28.9.17; Prämienübersicht 2018; LT, TG, 21.3.17; So-Bli, 21.5.17; AZ, 14.6.17; NZZ, 13.7.17; LMD, 18.7.17; LZ, 12.8.17; SGT, TA, 17.8.17; NZZ, 9.9.17; Lib, 20.9.17; LMD, 21.9.17; AZ, 23.9.17; Blick, CdT, NZZ, TA, 27.9.17; BZ, BaZ, LMD, LT, NZZ, TG, 28.9.17; AZ, Blick, LMD, LT, LZ, Lib, NZZ, QJ, TA, 29.9.17; 24H, LT, LZ, 30.9.17

26) AB 2017, NR, S. 2186; AB 2018, NR, S. 29 f.

27) TG, 1.2., 2.2., 3.2., 10.2., 1.3.18

28) AZ, LZ, NZZ, TA, 14.4.18

29) AB SR, 2018, S. 1035 ff.; Bericht SGK-SR vom 16.10.18

30) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung

31) Medienmitteilung BAG vom 24.9.18; Prämienübersicht 2019; APZ, TA, 6.1.18; LT, 8.2.18; NZZ, 17.2.18; AZ, 20.2.18; NZZ, 7.3.18; TA, 29.3.18; SGT, TA, 20.4.18; TG, 24.4.18; TA, 27.4.18; Lib, 3.5.18; TA, 13.6.18; TG, 29.6.18; LZ, TA, 13.7.18; BaZ, TA, 25.8.18; CdT, 29.8.18; TG, 20.9.18; CdT, 21.9.18; BaZ, LT, NZZ, 25.9.18; BaZ, 27.9., 3.10.18

32) AB NR, 2019, S. 345 ff.; Bericht SGK-NR vom 15.2.19

33) BaZ, 2.9.19; LT, NZZ, TA, TG, 25.9.19

34) 24H, 23.9.20; LT, 25.9.20; WOZ, 8.10.20; CdT, 5.12.20; TA, 7.12.20; CdT, 9.12., 17.12.20; TA, TG, 8.1.21; CdT, 19.1., 1.2.21; LT, 10.2.21; TA, 26.2.21; CdT, 3.3., 12.3.21

35) Bericht über die Vernehmlassungsergebnisse; Medienmitteilung BR vom 12.6.20

36) AB NR, 2020, S. 1785 ff.; BBI 2020, S. 4825 ff.

37) Bericht BR zur Entlastung der Krankenversicherungen vom 21.10.20