

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>23.04.2024</b>
Thema	<b>Sozialversicherungen</b>
Schlagworte	<b>Keine Einschränkung</b>
Akteure	<b>Anderer Gesundheitsverband</b>
Prozesstypen	<b>Keine Einschränkung</b>
Datum	<b>01.01.1990 - 01.01.2020</b>

# Impressum

## Herausgeber

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

## Beiträge von

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, Anderer Gesundheitsverband, 1991 – 2018*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 23.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	<b>1</b>
<b>Sozialpolitik</b>	<b>1</b>
Sozialversicherungen	1
Invalidenversicherung (IV)	1
Krankenversicherung	1

## Abkürzungsverzeichnis

<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>KSK</b>	Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen
<b>SAB</b>	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
<b>KKA</b>	Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften
<b>CLASS</b>	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>DVSP</b>	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
<hr/>	
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>AI</b>	Assurance-invalidité
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>CAMS</b>	Concordat des assureurs-maladie suisses
<b>SAB</b>	Groupement suisse pour les régions de montagne
<b>CCM</b>	Conférence des Sociétés Cantionales de Médecine
<b>CLASS</b>	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>FSP</b>	Fédération Suisse des Patientes

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Sozialversicherungen

#### Invalidenversicherung (IV)

**MOTION**  
DATUM: 04.10.1991  
MARIANNE BENTELI

Im Anschluss an die Behandlung einer Petition der Schweizerischen Paraplegikervereinigung zur Verbesserung der Stellung der Behinderten (Pet. 91.2012) verabschiedete der Nationalrat eine **Motion** seiner Petitions- und Gewährleistungskommission für die **Einführung einer Integritätsentschädigung in der IV** auf Antrag des Bundesrates nur in der Postulatsform.<sup>1</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 14.10.1998  
MARIANNE BENTELI

Vor der Schlussabstimmung kündigte Nationalrat Suter (fdp, BE) im Namen der Behindertenverbände das **Referendum** gegen diese Gesetzesrevision an. Die Nationalrätinnen Hafner (sp, SH) und Gonseth (gp, BL) sicherten ihm die Unterstützung ihrer Parteien zu. Die Fraktionen der SP, GP und LdU/EVP votierten denn auch geschlossen gegen die Vorlage. Die CVP unterstützte offiziell den Beschluss, doch stimmten mehrere ihrer Abgeordneten dagegen oder enthielten sich der Stimme. Das Referendum wurde von der Schweizer Paraplegikervereinigung und vom Schweizerischen Invalidenverband mit Unterstützung der Dachorganisation der Behindertenhilfe Askio ergriffen und mit 77'580 gültigen Unterschriften Mitte Oktober eingereicht.<sup>2</sup>

#### Krankenversicherung

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 09.08.1994  
MARIANNE BENTELI

Bereits bevor die Räte das neue Gesetz definitiv verabschiedet hatten, erklärte die Krankenkasse Artisana, dass sie das **Referendum** dagegen ergreifen werde. Zwei weitere Kassen (Swica und Winterthur) und vier Ärztevereinigungen aus dem Bereich der Komplementärmedizin machten ebenfalls für das Referendum mobil, so dass dieses im Laufe des Sommers mit 148'952 gültigen Unterschriften eingereicht werden konnte.<sup>3</sup>

**ANDERES**  
DATUM: 06.06.1998  
MARIANNE BENTELI

Die Aktion der Krankenkasse Visana im Vorjahr, ältere und kranke Versicherte als "schlechte Risiken" zum Austritt zu bewegen, hatte Folgen. Das **Konkordat der Krankenkassen** beschloss einen **neuen Ehrenkodex**, wonach die Versicherer ausdrücklich auf alle Handlungen verzichten, die dazu dienen, beitrittswillige kranke Personen oder Anwärter mit einem hohen Krankheitsrisiko resp. anderweitig unerwünschte Personen von sich fernzuhalten oder sie abzuschieben, wenn sie bereits versichert sind.<sup>4</sup>

**STANDESINITIATIVE**  
DATUM: 11.12.2000  
MARIANNE BENTELI

Im Nachgang an den Rückzug der Krankenkasse Visana aus der Grundversicherung in acht Kantonen hatten fünf Ostschweizer Kantone (Thurgau, beide Appenzell, Glarus und Graubünden (Kt. lv. 99.306, 99.310, 00.300, 00.304) bei den eidgenössischen Räten je eine gleichlautende **Standesinitiative** eingereicht. Danach sollte der Versicherer bei einem **Kassenwechsel eines Versicherten** die anteiligen Reserven und die durch die abwandernden Personen nicht beanspruchten **anteiligen Rückstellungen dem neuen Versicherer** weitergeben – und zwar rückwirkend ab dem 1. Juli 1998. Das Konkordat der Krankenversicherer (KSK) sprach sich gegen die Initiativen aus, da sie zu enormen Zusatzkosten führen und kleinere Versicherungen benachteiligen würden. Der Ständerat folgte einstimmig dieser Einschätzung, verwies auf die im Rahmen der 1. Teilrevision des KVG bereits gefassten Beschlüsse und gab den Standesinitiativen keine Folge.<sup>5</sup>

**VERORDNUNG / EINFACHER  
BUNDESBESCHLUSS**  
DATUM: 30.01.2009  
LINDA ROHRER

Trotz heftiger Proteste der Ärzte senkte der Bundesrat auf Mitte Jahr die **Labortarife**. Damit sollen jährlich CHF 200 Mio. eingespart werden. Die Ärzterverbundung FMH wehrte sich gegen die Senkung und warnte vor einschneidenden Folgen für die Patienten. Das geltende Tarifmodell war seit 1994 nicht mehr angepasst worden, obwohl heute dank technischem Fortschritt Analysen automatisiert und damit kostengünstiger durchgeführt werden können. Die Schweizer Labortarife waren zudem massiv höher als im umliegenden Ausland. Diese Sparmassnahme sorgte nicht nur bei den Ärzten für sehr viel Widerstand, sondern auch bei Gesundheitspolitikern aus verschiedenen Lagern. Neben den Hausärzten forderten auch die Patienten den Bund auf, die Labortarife nicht zu senken. Ein Ärztestreik in den Kantonen Waadt und Genf gegen die höheren Labortarife war ausserdem gut befolgt worden. Wenig später folgte ein landesweiter Ärzteprotest, bei dem viele Hausärzte ihre Praxen für einige Stunden schlossen und zu Manifestationen in die Kantonshauptstädte zogen.<sup>6</sup>

**PARLAMENTARISCHE 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 faitière, 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.<sup>7</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 19.01.2012  
FLAVIA CARONI

Nach langjährigen Verhandlungen war im Vorjahr die Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (Managed Care) von beiden Räten mit deutlicher Mehrheit angenommen worden. Eine Gruppierung von Spezialärzten, unterstützt vom Schweizerischen Gewerkschaftsbund, hatte bereits vor dem Ratsbeschluss ein **Referendum** angekündigt. Das eigentliche Referendumskomitee bildete schliesslich eine Vereinigung von Praktikern aus dem Gesundheitswesen, unterstützt von einem Fachärzterverband und einem Verband medizinischen Personals. Am Tag des Ablaufs der Referendumsfrist, dem 19. Januar 2012, wurde das Referendum mit über 130'000 gültigen Unterschriften eingereicht.<sup>8</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 11.02.2012  
FLAVIA CARONI

Nach verschiedenen Verhandlungen mit Bundesrat Berset verzichteten die Ärzterverbände, der Spitalverband H+ sowie der Verband Patienten.ch auf das im Vorjahr angekündigte **Referendum** gegen die Revision des KVG bezüglich der subsidiären Kompetenz des Bundesrates beim Tarmed und der Übermittlung von Patientendaten.<sup>9</sup>

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 19.06.2012  
FLAVIA CARONI

Die im Vorjahr lancierte **Volksinitiative „für eine öffentliche Krankenkasse“** ist im Frühling des Berichtsjahrs zustande gekommen und provozierte ein breites Medienecho. Unter anderem wurde der Vorwurf laut, die frühe Einreichung der Unterschriften sei ein Mittel im Abstimmungskampf gegen die Managed-Care-Vorlage, der die Mehrheit des Initiativkomitees kritisch gegenüberstand. Auf die politische Agenda gelangte das Thema auch nach der Ablehnung von Managed Care am 17. Juni, als eine Debatte zu möglichen Alternativen in Gang kam. Alain Berset, der sich bei der Frage nach einer Einheitskrankenkasse in seiner Rolle als Gesundheitsminister gegen die eigene Partei stellen musste, regte einen indirekten Gegenvorschlag an und schlug einen verbesserten Risikoausgleich, eine stärkere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung sowie die Einrichtung eines Ausgleichsfonds für chronisch Kranke und andere besonders kostenintensive Patienten vor. Letzteres war bereits im Vorjahr aufgrund zweier Postulate im Nationalrat diskutiert worden. Insgesamt sollte aus den drei Vorschlägen eine Reduktion der Prämienunterschiede resultieren. Die bürgerlichen Parteien sprachen sich bereits gegen Initiative und Gegenvorschlag aus, dem Initiativkomitee und der SP erschien der Gegenvorschlag als zu wenig stichhaltig. Die Krankenkassenverbände zeigten sich gegenüber einem verfeinerten Risikoausgleich offen, äusserten sich aber kritisch gegenüber den beiden anderen Punkten. Der Gegenvorschlag wird voraussichtlich 2013 in die Vernehmlassung gehen. In der Wintersession reichte ein in beiden Räten breit abgestütztes bürgerliches Komitee eine Motion Schwaller (cvp, FR) ein, welche eine rasche Volksabstimmung über die Initiative ohne Gegenvorschlag fordert. Die Motion wurde im Berichtsjahr von den Räten noch nicht behandelt.<sup>10</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**  
DATUM: 01.01.2014  
FLAVIA CARONI

Die Frage der **Telefonwerbung von Krankenkassen** beschäftigte 2014 einmal mehr nicht nur die Politik, sondern auch eine breite Öffentlichkeit. Mitte 2011 war eine Branchenvereinbarung in Kraft getreten, in der die Versicherer sich verpflichteten, auf Telefonwerbung für ihre Grundversicherungsangebote zu verzichten und die Maklerprovisionen zu beschränken. Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten hatte der Krankenversichererverband Santésuisse die Vereinbarung der Wettbewerbskommission Weko zur Prüfung vorgelegt, um sich kartellrechtlich abzusichern. Diese gab im Februar 2014 bekannt, die Vereinbarung enthalte Anhaltspunkte für eine mögliche Wettbewerbsbeschränkung. Es sei wichtig, dass die Versicherer über Informationsmittel verfügten, denn sie ermöglichten einen funktionierenden Wettbewerb. Eine Beschränkung führe zu Intransparenz und zu hohen Prämien. Santésuisse hob daraufhin die Vereinbarung auf – laut verschiedenen kritischen Stimmen war diese ohnehin unwirksam gewesen. So waren bei Konsumentenschutzorganisationen innerhalb von zwei Jahren über 7'000 Beschwerden eingegangen, wonach Callcenter Telefonnummern trotz Sternmarkierungen im Telefonbuch angerufen hätten. Die Vermittlungsfirmen hätten sich zudem einfach auf den Verkauf von Zusatzversicherungen spezialisiert, welcher nicht geregelt und rentabler sei. Das im Herbst verabschiedete neue Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) schuf schliesslich die gesetzlichen Grundlagen für eine neue Branchenlösung, ohne jedoch selbst eine Beschränkung der Telefonwerbung zu enthalten.<sup>11</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 22.01.2014  
FLAVIA CARONI

Im Januar bzw. April 2014 gaben die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats und Ständerats einer parlamentarischen Initiative Kessler (glp, SG) Folge, welche die **Risikoselektion von Patienten mit teuren Medikamenten** durch die Krankenkassen unterbinden will. Der Vorstoss will bei der Abrechnung von Leistungen das System des Tiers payant, das bereits für stationäre Behandlungen gilt, auf den Bezug von Medikamenten ausweiten. Gemäss diesem System schulden die Versicherungsunternehmen den Leistungserbringenden die Vergütung direkt. Im Gegensatz dazu schulden beim System des Tiers garant, das grundsätzlich bei allen übrigen Leistungen gilt, die Patientinnen und Patienten den Leistungserbringern die Vergütung, die sie anschliessend von den Versicherern zurückfordern können. Derzeit sind für Medikamente beide Systeme erlaubt; eine Minderheit der Kassen macht vom Recht auf das System des Tiers garant Gebrauch. Gerade bei teuren Präparaten wie Krebsmedikamenten, welche monatlich vierstellige Summen kosten können, sei es den Versicherten oft jedoch nicht möglich, die hohen Beträge vorzuschüssen. Um nicht auf das Entgegenkommen der Apotheken angewiesen zu sein, die die Medikamente teils auf Kredit abgeben, würden viele chronisch Kranke zu einer Kasse mit dem Abrechnungssystem des Tiers payant wechseln, so die Begründung des Anliegens. Die Kassen erreichten dadurch mit dem System des Tiers garant eine für sie positive Risikoselektion, weil teure Patientinnen und Patienten freiwillig abwanderten. Ohne

gesetzliche Massnahmen sei eine weitere Ausbreitung des System des Tiers garant für Medikamente in der Kassenlandschaft zu befürchten. Apothekenvertreter äusserten sich kritisch zum Anliegen: Zwar halte man den Tiers payant für das patientenfreundlichere System, man habe aber ein Interesse daran, diesen auf Verhandlungsbasis mit den Versicherern zu vereinbaren. Vertreter der Ärzteschaft betonten, bei ambulanten Leistungen solle am derzeit üblichen System des Tiers garant festgehalten werden.<sup>12</sup>

VOLKSINITIATIVE  
DATUM: 22.03.2014  
FLAVIA CARONI

Die **politischen Kampagnen** zur Abstimmung über die Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ vom 28. September 2014 begannen schon bald nach der parlamentarischen Beratung in der Frühjahrsession und zogen sich mit grosser Intensität bis zum Abstimmungstermin hin. Die Argumentationslinien verliefen entlang denen in den Räten, wobei sich medial die häufige Beschäftigung der Bevölkerung mit dem Thema in ihrem Alltagsleben und gleichzeitig ein grosser Bedarf nach Faktenwissen abzeichneten. Zahllose Politikerinnen, Gesundheitsexperten, Kadermitglieder der Kassen und Journalistinnen äusserten sich in Interviews, Podien und Kolumnen. Auffallend stark mobilisierte das Thema in der Romandie, die sich bei Volksinitiativen mit ähnlichen Forderungen in der Vergangenheit bereits offener für einen Systemwechsel gezeigt hatte als die Deutschschweiz. Verschiedene Details gaben Anlass zu Diskussionen. So ortete zu Beginn der Kampagne das Gutachten eines St. Galler Rechtsprofessors, in Auftrag gegeben von der Initiativgegnerschaft, einen Fehler im Initiativtext: Da der Text kantonal einheitliche Prämien verlange, wären in Zukunft keine Rabatte für junge Erwachsene und insbesondere keine Kinderprämien mehr möglich. Auch Rabatte bei Hausarzt- oder Telemedizin-Modellen und bei hohen Franchisen wären laut dem Gutachten nicht mehr erlaubt. Die Initianten widersprachen: Es sei zu einer Unklarheit aufgrund ungenauer Übersetzung des ursprünglich in französischer Sprache eingereichten Initiativtexts durch die Bundeskanzlei gekommen. Bei genauer Übersetzung müsse es heissen: „Für jeden Kanton wird eine Prämie festgelegt“, während in der geltenden Übersetzung von einer „einheitlichen“ Prämie die Rede ist. Auch die Höhe der durch die öffentliche Kasse realisierbaren Einsparungen sorgte für Diskussionsstoff. Während die Befürworter von einer Milliarde – mittel- bis langfristig gar von drei Milliarden – sprachen, hielten die Gegner dagegen, man könne höchstens von CHF 350 Mio. an Einsparungen im administrativen Bereich ausgehen, viel wahrscheinlicher jedoch von nur CHF 100 Mio. Bereits im Frühling 2013 hatte sich das Gegner-Komitee „Alliance Santé“ konstituiert, dem rund 100 Parlamentsmitglieder, Vertreter der Leistungserbringer, die beiden grossen Krankenversichererverbände Santésuisse und Curafutura, Patienten- und Konsumentenschutzverbände, der Versicherungs-, der Gewerbe- und der Bauernverband sowie der Pharmaverband Interpharma angehörten. Zwischen Juni und August 2014 formten sich zudem diverse kantonale Komitees. Die Ärzteschaft, der in Abstimmungen zum Gesundheitswesen ein grosser Einfluss zugeschrieben wird, bildete einen Spezialfall: Einige Verbände, unter ihnen der Verband der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, schlossen sich dem Ja-Komitee an, da sie sich von der Einheitskasse eine Minderung des eigenen administrativen Aufwands, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten und eine bessere Koordination der Behandlungen erhofften. Andere, darunter der Spitalverband H+, befürchteten ein Staatsmonopol in der Medizin mit allfälliger Leistungsrationierung und schlossen sich dem Nein-Lager an. Der Dachverband FMH beschloss aufgrund der internen Divergenzen schliesslich Stimmfreigabe. Seitens der Parteien beschlossen nebst der SP die Grünen, die EVP und die CSP die Ja-Parole, alle anderen grossen Parteien sprachen sich für ein Nein aus. Travail.Suisse schloss sich dem Ja-Lager an. Einige Aufmerksamkeit erhielt die schwierige Rolle des Gesundheitsministers Berset, der im Abstimmungskampf das Nein des Bundesrates zur Initiative seiner eigenen Partei vertreten musste – eine Rolle, die er dem allgemeinen Tenor nach gut erfüllte. Deutlich umstrittener war die Rolle der Krankenversicherer im Abstimmungskampf. Durch ihre Verbände waren sie im Nein-Komitee vertreten und steuerten drei der fünf Millionen Franken zum Kampagnenbudget bei, viele engagierten sich aber auch direkt gegen die Volksinitiative. Bereits früh publizierten diverse Kassen in ihren aufgabenstarken Kundenmagazinen Artikel gegen die öffentliche Krankenkasse oder boten in Interviews prominenten Mitgliedern des Nein-Lagers eine Plattform. Vom Initiativkomitee erteten die Kassen damit umgehend Kritik: Sie würden das Gebot der objektiven, verhältnismässigen und zurückhaltenden Information krass verletzen, das für sie als mit öffentlichen Bundesaufgaben betraute Organe in gleicher Weise wie für staatliche Behörden gelte. Die Kassen hielten dagegen, sie würden auch befürwortenden Stimmen Platz in ihren Publikationen einräumen; zudem würden sie das Geschäft durch und durch kennen und hätten damit die Pflicht, über die Konsequenzen der Initiative zu informieren. Im Juli wurde im Kanton Bern eine Abstimmungsbeschwerde gegen sieben



Kassen beim Regierungsrat eingereicht; diese hätten durch ihre nicht objektive und unsachliche Information in ihren Publikationen die Abstimmungsfreiheit verletzt. Der Beschwerdeführer wurde von der SP juristisch unterstützt. Wenige Tage darauf folgten Abstimmungsbeschwerden in den Kantonen Waadt, Genf, Basel-Stadt und Tessin. Allerdings stellte sich schnell heraus, dass die kantonalen Behörden nicht zuständig sind: Da die Beanstandungen kantonsübergreifende Aspekte betreffen, führe der Rechtsmittelweg direkt ans Bundesgericht, so die jeweiligen Antworten. Das daraufhin mit zwei Stimmrechtsbeschwerden angerufene oberste Gericht stellte knapp drei Wochen vor der Abstimmung fest, die Krankenkassen seien bei der vorliegenden Abstimmung nicht zur sonst erforderlichen Neutralität verpflichtet, da die Vorlage sie in qualifizierter Weise betreffe. Eine sachliche Argumentation und Zurückhaltung beim Einsatz von Werbemitteln und finanziellen Ressourcen könnten dennoch erwartet werden. Das Gericht zweifelte diese Sachlichkeit bei einzelnen Publikationen zwar an. Es führte aber aus, da der Abstimmungskampf intensiv geführt werde und auch das Ja-Lager ausreichend zu Wort käme, würden die Äusserungen der Krankenkassen das Abstimmungsergebnis nicht wesentlich beeinflussen. Auf diverse Punkte der Beschwerden war das Gericht gar nicht eingetreten, da diese als nicht ausreichend begründet angesehen wurden.<sup>13</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 01.04.2014  
FLAVIA CARONI

Nach jahrelangen Auseinandersetzungen und über zwei Jahren des tariflosen Zustandes konnte im April 2014 eine Einigung zwischen den im Verband Tarifsuisse organisierten Krankenkassen und dem Verband der **Physiotherapeuten** Physioswiss erreicht werden: Der Taxpunktwert wurde um 9% erhöht. Allerdings beteiligen sich vier grosse Kassen, welche zusammen 35% der Grundversicherten halten, nicht an dem Kompromiss und vergüten damit weiterhin ohne vertragliche Grundlage nach dem seit 1998 nicht mehr angepassten Tarif.<sup>14</sup>

#### VERORDNUNG / EINFACHER BUNDESBESCHLUSS

DATUM: 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 Ärzteverbindung 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.<sup>15</sup>

Im September 2014 hatte das Parlament das Bundesgesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung verabschiedet. Daraufhin erarbeitete der Bundesrat einen Entwurf für eine **Ausführungsverordnung**, welche Innenminister Berset Anfang April 2015 in die Anhörung schickte. Sie dauerte bis zum 8. Juli 2015; das Inkrafttreten des neuen Aufsichtsgesetzes und der Ausführungsverordnung war auf den 1. Januar 2016 geplant. Zwar passierte die Anhörung grossmehrheitlich unterhalb des Medienradars – mit der Ausnahme der NZZ –, dennoch ergaben sich einige gewichtige Kontroversen. Während die Anhörung noch lief, liessen die Versicherer via ihre Verbände bereits verlauten, der Verordnungsentwurf sei sehr bürokratisch und schiesse über das Ziel hinaus. Teuer, unsozial, gesetzeswidrig und unsolidarisch sei die geplante Umsetzung, hiess es bisweilen gar. Kritisiert wurde unter anderem, dass der Abbau übermässiger Reserven, welche aufgrund zu hoch angesetztter Prämien entstanden sind, im Gesetz als „kann“-Formulierung enthalten ist, während die Verordnung eine „muss“-Formulierung beinhaltet. Für eine Pflicht fehle jedoch die gesetzliche Grundlage. Da die Verordnung auch definiert, ab wann Reserven als „übermässig“ zu taxieren sind, würden damit de facto Maximalreserven definiert, welche zudem für kleine Kassen zu tief angesetzt seien. Weiter kritisierten die Versicherer die weitreichenden Kontrollkompetenzen des BAG, die auch zu einem Mehraufwand bei den Kassen führen würden. Dieser rührt daher, dass bestimmte Transaktionen innerhalb einer Krankenversicherungsgruppe zwingend vorab dem Bundesamt zugestellt werden müssen (Transaktionsaufsicht). Mit etwas zeitlicher Verzögerung stimmten auch die politischen Parteien in die Kritik ein. Mitte Juni reichten die Nationalräte Frehner (svp, BS) und Stolz (fdp, BS) zwei Motionen (Frehner: 15.3711; Stolz 15.3690) zum Thema ein. Die Motion Frehner forderte den Bundesrat auf, die Inkraftsetzung des Aufsichtsgesetzes vorerst auszusetzen und es so anzupassen, dass eine wirksame Steuerung der obligatorischen Krankenversicherung resultiert, die den regulierten Wettbewerb fördert und die staatliche Aufsicht reduziert, verhältnismässig ist und die unternehmerische Freiheit wahrt. Die Motion Stolz verlangte vom Bundesrat, den Entwurf zur Krankenversicherungsaufsichtsverordnung grundlegend zu überarbeiten und die nach Ansicht des Motionärs gesetzeswidrigen und unverhältnismässigen Bestimmungen zu korrigieren. Unterscriben hatten beide Vorstösse Vertreterinnen und Vertreter aus den Reihen der SVP, der FDP, der CVP-EVP, der GLP und der BDP, im Falle der Motion Frehner aber auch Nationalrätin Gilli (SG) von der grünen Partei. Die Ärztin kritisierte, der Bundesrat habe die Grenzen des Handlungsspielraumes im Umgang mit Gesetz und Ausführungsverordnung überschritten. Gestützt wurde diese Aussage durch ein für Santésuisse erstelltes Rechtsgutachten der Universität Zürich, das gleich bei mehreren Bestimmungen eine fehlende gesetzliche Grundlage feststellte. Angesichts des geballten Widerstandes der bürgerlichen Parteien legte jedoch sogar die ebenfalls bürgerliche Neue Zürcher Zeitung den Verdacht nahe, dass das Parlament das Aufsichtsgesetz primär aus taktischen Gründen im Hinblick auf die kurz nach den Beratungen stattfindende Abstimmung über die Volksinitiative für eine soziale Einheitskasse unterstützt hatten. Nun warfen sie SP-Bundesrat Berset vor, die Einheitskasse durch die „Hintertür“ doch noch einführen zu wollen. Im August 2015 präsentierte der Versichererverband Curafutura ein Rechtsgutachten eines Professors aus Zürich und St. Gallen, das den Entwurf zur Ausführungsverordnung als schlecht geschrieben, überregulierend und unzulässig geisselte. Der Verband, dem vier grosse Krankenkassen angehören, kündigte an, im Falle der unveränderten Verabschiedung der Verordnung den Rechtsweg zu beschreiten und letztendlich ein Bundesgerichtsurteil über das Vorhandensein einer gesetzlichen Grundlage für die umstrittenen Bestimmungen zu erzwingen. Dies betrifft insbesondere die Datensammlung durch das BAG und die Mitsprache des Amtes bei operativen Entscheidungen.<sup>16</sup>

Anfang November 2016 gab das Bundesamt für Gesundheit bekannt, dass die Tarifpartner auch die verlängerte Frist bis Ende Oktober nicht genutzt hatten, um einen gemeinsamen Vorschlag für die **Revision des Tarmed** einzureichen. Aus diesem Grund würden nun Anpassungen bei den zu hoch tarifierten Leistungen vorbereitet, welche in der ersten Jahreshälfte 2017 in die Vernehmlassung gehen sollen. Die Vermeidung von Mehrkosten sei immer noch Bedingung; ein von H+ eingereicherter Vorschlag für eine Gesamtrevision und punktuelle Vorschläge der anderen Tarifpartner würden soweit als möglich berücksichtigt. Ende November genehmigte der Bundesrat die Vereinbarung der Tarifpartner, am aktuell gültigen Tarmed bis Ende 2017 festzuhalten, um einen vertragslosen Zustand zu vermeiden.<sup>17</sup>

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 Wartezeit 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 Ärztegesellschaften (KKA) und die meisten kantonalen und regionalen Ärztegesellschaften 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.<sup>18</sup>

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.<sup>19</sup>

1) Amtl. Bull. NR, 1991, S. 1957 f.

2) AB NR, 1998, S. 1634f.; AB SR, 1998, S. 839; BBl, I, 1999, S. 241f.; CHSS, 1998, S. 166-167; Presse vom 15.10.98

3) BBl 1994, III, 1256 f.; BZ, 16.3. und 13.4.94; Bund, 10.5.94; NZZ, 18.8.94.

4) Presse vom 6.6.98; NZZ, 7.11.98.

5) AB SR, 2000, S. 878ff.; Presse vom 10.3.00

6) Bund, 30.1.09; NZZ, 20.2. und 31.3.09; Presse vom 25.3.09.

- 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) Medienmitteilung BK vom 16.2.12; NZZ, 20.1.12
- 9) NZZ, 11.2.12
- 10) BBl, 2012, S. 6631 f.; NZZ, 23.5., 28.8. und 4.9.12; TA, 28.8. und 15.12.12; BAZ, 11.10.12; Mo. 12.4277: AB SR, 2013, S. 218 ff.
- 11) NZZ, TA, 26.2.14
- 12) www.parlament.ch; NZZ, 7.2., 5.4.14
- 13) LZ, 5.07.14; SO, 2.3.14; NZZ, 22.3.14; SO, 23.3.14; BZ, 9.5.14; BaZ, NZZ, 24.5.14; NZZ, 30.6.14; Lib, 1.7.14; NZZ, 10.7.14; BZ, 21.7.14; 24H, 23.7.14; NZZ, 29.7.14; CdT, 9.8.14; NZZ, 10.9.14; TA, 15.9.14
- 14) NZZ, 11.4.14; TA, 9.5.14
- 15) AZ, 23.3.15; NZZ, 27.3.15; TG, 28.8.15
- 16) NZZ, 13.5., 8.6., 19.6., 9.7.15; AZ, NZZ, 25.8.15; NZZ, 17.9.15
- 17) Medienmitteilung BAG vom 04.11.16; Medienmitteilung BAG vom 23.11.16; TG, 5.11.16
- 18) Erläuternder Bericht vom 5.7.17; Vernehmlassungsbericht vom 9.5.18
- 19) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung