

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Spitalwesen, Gesundheitspolitik
Akteure	Keine Einschränkung
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2023

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, Spitalwesen, Gesundheitspolitik, 1989 – 2022*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Sozialversicherungen	1
Invalidenversicherung (IV)	3
Krankenversicherung	3
Unfallversicherung	22

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
BIP	Bruttoinlandsprodukt
EL	Ergänzungsleistungen
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
HMO	Health Maintenance Organization
AKV	Aargauischer Krankenkassenverband
DRG	Diagnosis Related Groups
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)
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
SSV	Schweizerischer Städteverband
CLASS	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
GE KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
TAF	Tribunal administratif fédéral
PIB	Produit intérieur brut
PC	Prestations complémentaires
FMH	Fédération des médecins suisses
TFA	Tribunal fédéral des assurances
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité

SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (Fédération des consommateurs en Suisse alémanique)
HMO	Health Maintenance Organization
AKV	Association des assureurs-maladie argovienne
DRG	Diagnosis Related Groups
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
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
UVS	Union des Villes Suisses
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
IC LAMal	Institution commune LAMal
EAE	Efficacité, Adéquation et Économicité

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

Jahresrückblick 2022: Sozialversicherungen

BERICHT
DATUM: 31.12.2022
ANJA HEIDELBERGER

Im Zentrum des Themenbereiches «Sozialversicherungen» standen im Jahr 2022 – wie in den meisten Jahren zuvor – die Altersvorsorge und die Krankenkassen.

Bei der **Altersvorsorge** wurde insbesondere über die **AHV21** diskutiert, insbesondere vor der Abstimmung im September, wie Abbildung 1 der APS-Zeitungsanalyse 2022 verdeutlicht. Das Parlament hatte die neuste AHV-Reform im Dezember 2021 fertig beraten und dabei entschieden, das Rentenalter der Frauen auf 65 Jahre zu erhöhen und somit demjenigen der Männer anzupassen. Als Kompensation sollten die am stärksten von der Änderung betroffenen neun Jahrgänge entweder einen Rentenzuschlag erhalten oder bei einem frühzeitigen Rentenbezug geringere Renteneinbussen hinnehmen müssen. Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer um 0.4 Prozentpunkte sollte zusätzliche Mehreinnahmen für die AHV generieren. Nachdem die SP vor allem aufgrund der Rentenaltererhöhung der Frauen das Referendum ergriffen hatte – sie störte sich insbesondere am Umstand, dass die Renten der Frauen noch immer um einen Drittel tiefer liegen als diejenigen der Männer –, sprachen sich die Stimmberechtigten im September 2022 mit Ja-Anteilen von 50.6 Prozent und 55.1 Prozent für die Änderung des AHV-Gesetzes und für die Mehrwertsteuererhöhung zugunsten der AHV aus. Laut Nachbefragungen hatten sich Frauen mehrheitlich gegen die Erhöhung ihres Rentenalters ausgesprochen, waren aber von einer Mehrheit der Männer überstimmt worden.

Weil Frauen vor allem in der zweiten Säule deutlich tiefere Renten erhalten als Männer, wurde die Diskussion um die Angleichung des Rentenalters auch mit der Besserstellung der Frauen in der **beruflichen Vorsorge** verknüpft. Deren Revision war 2021 erstmals vom Nationalrat beraten worden. Im Zentrum stand dabei eine Senkung des Mindestumwandlungssatzes. Für Frauen besonders zentral war die vom Bundesrat geplante Senkung des Koordinationsabzugs sowie die von der SGK-NR ergänzte Senkung der Eintrittsschwelle, welche den versicherten Lohn von Teilzeiterwerbstätigen erhöhen sollen. Statt die BVG21-Revision in der Frühjahrsession 2022 merklich voranzutreiben, schickte der Ständerat das Geschäft für vertiefte Abklärungen zurück an die Kommission. Damit verärgerte er jene Kreise, die ihre Unterstützung der AHV21 von einer Verbesserung der Situation von Teilzeiterwerbstätigen in der beruflichen Vorsorge abhängig machten. Für neuerliche Enttäuschung sorgte in diesen Kreisen dann die Meldung der Kommission, die Vorlage nicht in der Herbstsession, also noch vor der Abstimmung über die AHV21, zur Beratung bereit zu haben. Der Ständerat setzte sich also erst nach erfolgter Annahme der AHV21-Reform in der Wintersession mit der BVG-Reform auseinander und entschied sich dabei unter anderem für einen Mittelweg zwischen Bundesrat und Nationalrat bei der Eintrittsschwelle und für einen prozentualen Abzug beim Koordinationsabzug anstelle der vom Nationalrat geplanten Halbierung des bisherigen Abzugs.

Neben dem Gleichstellungsargument betonten die Gegnerinnen und Gegner der AHV21 im Abstimmungskampf auch ihre Befürchtung, dass die Rentenaltererhöhung der Frauen nur ein erster Schritt für weitere Erhöhungen des Pensionsalters sei. Dabei verwiesen sie unter anderem auf die Initiative der Jungfreisinnigen «**Für eine sichere und nachhaltige Altersvorsorge (Renteninitiative)**», welche eine automatische Anpassung des Rentenalters an die Lebenserwartung fordert. Diese empfahl der Bundesrat im Juni zur Ablehnung. Zudem beklagten die Gegnerinnen und Gegner der AHV21 die steigenden Lebenshaltungskosten – auch im Rahmen der Teuerung – und forderten einen Leistungsausbau bei der AHV. Dies bezweckt etwa die vom Gewerkschaftsbund eingereichte Initiative «**Für ein besseres Leben im Alter (Initiative für eine 13. AHV-Rente)**». Der Bundesrat empfahl jedoch auch dieses Anliegen zur Ablehnung und der Nationalrat teilte diesen Antrag in der Wintersession. Stattdessen behandelte das Parlament die **Teuerung** in einer ausserordentlichen Session, wobei eine Motion für einen vollständigen Teuerungsausgleich bei der AHV vom National- und Ständerat angenommen wurde.

Bei den **Krankenversicherungen** standen – nach einer dreijährigen Erholungspause, in der die Krankenkassenprämien jeweils weniger als 0.6 Prozent pro Jahr angestiegen waren – 2022 die Gesundheitskosten und Prämien im Mittelpunkt des Interesses. Bereits Mitte Jahr wurde aufgrund der steigenden Gesundheitskosten darüber spekuliert, dass die **Krankenkassenprämien auf das Jahr 2023** hin wohl einen grossen Sprung machen würden – und tatsächlich musste Gesundheitsminister Berset Ende September eine Erhöhung der mittleren Prämie um 6.6 Prozent bekannt geben. Dies führte in den Medien einmal mehr zur Forderung an die Politik, den Anstieg der Gesundheitskosten endlich in den Griff zu bekommen, was gemäss APS-Zeitungsanalyse insbesondere im September ausführlich diskutiert wurde.

Bundesrat und Parlament beschäftigten sich in der Tat auch 2022 mit verschiedenen Projekten zur **Dämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen**, etwa im Rahmen des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Im Jahr zuvor hatte das Parlament bereits das Teilpaket 1a gutgeheissen und unter anderem entschieden, auch ambulante Behandlungen zukünftig durch Patientenpauschalen abzurechnen und dafür eine neue Tarifstruktur zu schaffen. Die Frage der **Tarifstrukturen im ambulanten Bereich** beschäftigte die Tarifpartner denn auch während des ganzen Jahres.

Im Teilpaket 1b, welches das Parlament im Jahr 2022 verabschiedete, wurde unter anderem ein Beschwerderecht der Krankenversicherungen gegen Spitalplanungsentscheide der Kantone sowie ein «Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten» geschaffen. Ein ausführlicheres Kostenmonitoring mit verpflichtenden Massnahmen bei zu starkem Kostenanstieg schlug der Bundesrat zudem als indirekten Gegenvorschlag zur **Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei** vor. Eine solche Massnahme war zuvor im zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung vorgesehen gewesen.

Auch zur **Prämien-Entlastungs-Initiative der SP**, die gleichzeitig zur Debatte stand, schuf der Bundesrat einen indirekten Gegenvorschlag, mit dem er zukünftig einen Mindestbeitrag an Prämienverbilligungen für die Kantone festsetzen wollte. Der Nationalrat hiess diesen Vorschlag in der Sommersession gut, der Ständerat trat in der Wintersession jedoch nicht auf den Gegenvorschlag ein.

Einen anderen Ansatz zur Kostendämpfung verfolgte das Parlament schon seit mehreren Jahren: Seit 2011 wird an einer **einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen** (EFAS) gearbeitet. Im Jahr 2022 nahm sich der Ständerat dieses Themas an und schuf zahlreiche gewichtige Differenzen zum Erstrat: So entschied er unter anderem, bereits jetzt die Integration der Pflegeleistungen in EFAS zu regeln und mehr Steuerungsmöglichkeiten und Pflichten für die Kantone zu schaffen.

Eine Möglichkeit, die Prämien zu senken, sahen verschiedene Kantone der Romandie sowie das Tessin in den hohen Reserven der Krankenversicherungen. Ihre Standesinitiativen sowie weitere Vorstösse für eine **verbindlichere Rückzahlung der zu hohen Reserven** scheiterten 2022 jedoch allesamt im Parlament. Vielmehr wurden die im Vorjahr erfolgten Rückzahlungen der Reserven in verschiedenen Kommentaren als Mitgrund für den hohen aktuellen Prämienanstieg erachtet: Einerseits hätten die Rückzahlungen den Anstieg der Gesundheitskosten überdeckt, andererseits seien deshalb für das neue Jahr weniger Reserven zur Prämienreduktion vorhanden gewesen.

Nicht in erster Linie eine Senkung der Gesundheitskosten, sondern weniger Ärger für die Versicherten erhofften sich Bundesrat und Parlament durch das **Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit**. Damit soll der Bundesrat Branchenlösungen der Krankenversicherungen im Bereich der Vermittlertätigkeit allgemeinverbindlich erklären können, wodurch Werbeanrufe für Krankenversicherungen bei Personen, die nicht bereits bei der entsprechenden Krankenkasse versichert sind, verboten würden. Strittig war hier zwischen den Räten insbesondere, ob die Branchenlösungen zu Entschädigungen und Ausbildung neben den externen auch für interne Mitarbeitende gelten sollen. Nach der Durchführung einer Einigungskonferenz lenkte der Nationalrat diesbezüglich ein und das Parlament verzichtete auf die Schaffung einer entsprechenden Unterscheidung.¹

Invalidenversicherung (IV)

MOTION
DATUM: 05.10.2007
MARIANNE BENTELI

Im Einverständnis mit dem Bundesrat stimmte der Nationalrat einer Motion Müller (fdp, SG) zu, welche eine gesetzliche Anpassung in dem Sinn verlangt, dass den Patienten der Invalidenversicherung bei öffentlichen und öffentlich subventionierten **Spitälern** grundsätzlich die gleichen **Tarife** und Kosten verrechnet werden wie den Patienten der obligatorischen Krankenversicherung. Je nach Kanton können die IV-Tarife höher ausfallen, da für diese Patienten die anteilmässige Kostenbeteiligung der Kantone nicht explizit festgeschrieben ist. Der Rat befand, angesichts der schwierigen finanziellen Lage der IV sei diese Differenzierung nicht länger zu rechtfertigen.²

MOTION
DATUM: 18.12.2008
LINDA ROHRER

Der Ständerat stimmte der 2007 vom Nationalrat überwiesenen Motion Müller (fdp, SG) ebenfalls zu. Diese forderte den Bundesrat auf, Massnahmen zu ergreifen, damit den Patienten der Invalidenversicherung bei öffentlichen und öffentlich subventionierten **Spitälern** grundsätzlich die gleichen **Tarife** und Kosten verrechnet werden wie denjenigen der obligatorischen Krankenversicherung. Er überwies auch die Motion (06.3466) Robbiani (cvp, TI) für die Anpassung der Vollzugsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung.³

Krankenversicherung

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 27.06.1989
MARIANNE BENTELI

Ziemlich überraschend schickte das BSV im Juni das bereits bewilligte Gesundheitskassenmodell **HMO** (Health Maintenance Organization) und das bedeutend umstrittenere, von der Krankenkasse Grütli vorgeschlagene **Bonussystem** in eine breite Vernehmlassung. Während die probeweise Einrichtung von HMO-Praxen in den Kantonen und bei den Parteien allgemein auf ein eher positives Echo stiess, lehnten viele Kantone, die SVP, die SP, die Gewerkschaften und die Invalidenverbände das Bonussystem zum Teil vehement ab, da es zu einer krassen Entsolidarisierung im Kassenwesen führe. FDP und CVP konnten sich mit einem befristeten Versuch unter gewissen Bedingungen einverstanden erklären, forderten aber dessen wissenschaftliche Begleitung. Die meisten Krankenkassen – mit Ausnahme der Helvetia, die sich dem Grütli-Modell angeschlossen hat – zeigten wenig Begeisterung, erklärten aber, bei Einführung des Versuchs aus Konkurrenzgründen ebenfalls Bonus-Versicherungen anbieten zu wollen. Ende Dezember beschloss der Bundesrat, die beiden Modelle versuchsweise bis Ende 1995 zuzulassen. Am 01.01.1990 wurde in Zürich die erste HMO-Praxis eröffnet, weitere Praxen sind in Basel, Bern und Lausanne geplant. Das Bonus-System soll ab dem 01.07.1990 erlaubt werden.⁴

**VERORDNUNG / EINFACHER
BUNDESBESCHLUSS**
DATUM: 04.12.1990
MARIANNE BENTELI

Im Sinn **weitergehender Massnahmen zur Kosteneindämmung** setzte der Bundesrat im Dezember die Jahresfranchise für Versicherte auf neu 150 Fr. fest, die traditionelle Quartalsfranchise von zuletzt 50 Fr. wurde abgeschafft, der Selbstbehalt von 10% des die Franchise übersteigenden Betrags beibehalten. Im Bereich der Kollektivversicherungen verfügte er, dass die Versicherten auch bei alters- oder invaliditätsbedingtem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben sowie bei Arbeitslosigkeit weiterhin mit ihren Familienangehörigen dem Kollektivvertrag angehören können. Weiter wurden die Beitragsunterschiede zwischen den einzelnen Regionalstufen und den Eintrittsaltersgruppen gleichmässiger auf alle Versicherten einer Kasse verteilt und festgehalten, dass die Prämien der Kollektivversicherung die Minimalprämien der Einzelversicherung nicht unterschreiten dürfen.⁵

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 01.10.1991
MARIANNE BENTELI

Wirksame Mittel zur Kostendämpfung und ein sozial gerechteres Gesundheitssystem verspricht sich der Bundesrat vor allem von der **Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes**. Da die Beratung dieser Vorlage noch einige Zeit in Anspruch nehmen dürfte, die jedes Jahr massiv ansteigenden Krankenkassenprämien aber für viele Haushaltungen zu einer fast untragbaren Belastung geworden sind, und – so lauteten zumindest die Vermutungen – um der von den Krankenkassen lancierten und im Frühjahr 1992 zur Abstimmung gelangenden Volksinitiative "für eine finanziell tragbare Krankenversicherung", die bedeutend höhere Subventionen des Bundes im Gesundheitswesen verlangt, den Wind aus den Segeln zu nehmen, entschloss sich der Bundesrat, dem Parlament für die gravierendsten Probleme der Krankenversicherung eine Übergangslösung vorzuschlagen.

Im Oktober stellte das EDI einen **Vorentwurf für einen dringlichen Bundesbeschluss** vor. Durch ein **Verbot der Neugründung von sogenannten "Billigkassen"**, die in erster Linie Junge und sogenannte "gute Risiken" anwerben und damit den traditionellen Kassen finanzielle Substanz entziehen, will man der zunehmenden Entsolidarisierung entgegenwirken. Der Kostenspirale soll durch eine **Plafonierung der Tarife und Prämien** begegnet werden: Erhöhungen bei den Prämien der Grundversicherung und den Tarifen und Preisen für Arztleistungen, Spitalaufenthalte und Medikamente sollten nicht mehr als 125% der nominalen Lohnerhöhungen des Vorjahres betragen dürfen. Verschiedene Ausnahmen waren allerdings vorgesehen, so etwa für Kollektivversicherungen – deren Prämien die Minimalprämien der Einzelversicherungen nicht mehr unterschreiten dürfen – sowie bei ungenügenden Reserverdeckungen. Rund 100 Mio. Fr. zusätzliche Bundessubventionen sollen die Prämienlast einkommensschwacher Versicherter erleichtern helfen, allerdings nur unter der Bedingung, dass auch die Kantone – je nach ihrer Finanzkraft – Beiträge leisten.⁶

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 05.12.1991
MARIANNE BENTELI

Vom Ständerat wurde bedeutend mehr Widerstand erwartet, da hier die Opposition der Kantone, die eine Verlagerung der Kosten zu ihren Ungunsten befürchteten, mehr ins Gewicht fallen würde. Und tatsächlich fiel das Verdikt der kleinen Kammer eindeutig aus. Während sie den Massnahmen gegen die Entsolidarisierung und den Bundessubventionen deutlich zustimmte, lehnte sie die Plafonierung der Preise, Tarife und Prämien ebenso klar ab. Die Plafonierung wurde mit 35:6 Stimmen abgelehnt: dafür stimmten nur Onken (TG) und Piller (FR) von der SP, Delalay (VS) und Roth (JU) von der CVP sowie Salvioni (TI) und Flückiger (JU) von der FDP.⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 12.12.1991
MARIANNE BENTELI

Bei der **Differenzbereinigung im Nationalrat** warf Bundesrat Cotti noch einmal sein ganzes politisches Gewicht in die Waagschale – und setzte sich wider alle Erwartungen durch. Entgegen der Empfehlung der Mehrheit der vorberatenden Kommission schloss sich die grosse Kammer nicht dem Ständerat an, sondern bekräftigte ihren ersten Entscheid mit ähnlichem Stimmenverhältnis wie zwei Wochen zuvor. Angesichts der Entschlossenheit des Nationalrates **nahm** daraufhin **der Ständerat den Gedanken des Vorlagensplittings wieder auf** und schlug vor, dem dringlichen Bundesbeschluss gegen die Entsolidarisierung (Beschluss A) sogleich zuzustimmen, den Bundesbeschluss über die **Kostendämpfung** (Beschluss B) aber an den Bundesrat zurückzuweisen, damit dieser erneut und eingehender die Kantone konsultieren könne; über diesen Teil des Beschlusses wollte die kleine Kammer dann in der Frühjahrssession beschliessen.⁸

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 28.09.1992
MARIANNE BENTELI

Der **Ständerat trat ohne Begeisterung auf die Vorlage ein**. Im Detail brachte er dann im Sinn von mehr Flexibilität und grösserer Opfersymmetrie einige nicht unwesentliche Korrekturen an. Oppositionslos wurden lediglich die gelockerten Tarifbeschränkungen im stationären Bereich angenommen. Im ambulanten Sektor gab die kleine Kammer vorerst einem Modell den Vorzug, welches im Gegensatz zum Vorschlag des Bundesrates bereits 1993 Tarifierhöhungen für jene Leistungserbringer zulassen wollte, welche seit 1990 keine Erhöhung des Taxpunktwertes vorgenommen haben. Durch einen Rückkommensantrag Coutau (Ip, GE) in letzter Minute wurden die Ärzte dann noch milder behandelt: statt für den einjährigen Tarifstopp mit grosszügiger Ausnahmeregelung stimmte der Ständerat nun einer generellen Erhöhung der Preise und Tarife im ambulanten Sektor zu, es sei denn, die Kosten würden damit mehr als ein Drittel über die allgemeine Teuerung ansteigen. Ein Antrag Onken (sp, TG), die Krankenkassen zum Abschluss besonderer Tarifverträge mit kostengünstig arbeitenden Ärzten zu ermächtigen, wurde mit deutlichem Mehr abgelehnt. Die Plafonierung der kantonalen Richtprämien schliesslich wurde nur unter der Bedingung angenommen, dass das gesetzliche Minimum der Reserven der Kassen ausdrücklich garantiert bleibt.

Vermeehrt wollte die kleine Kammer hingegen die Patienten in die Pflicht nehmen. Gegen den erbitterten Widerstand von Onken (sp, TG) und Roth (cvp, JU), welche die ebenso entschiedene Unterstützung von Bundesrat Cotti fanden, führte der Rat eine **Franchise von 10 Fr. pro Tag für die stationäre Behandlung** ein. Unbestritten blieb dagegen die Beschränkung der Gesamtfranchise auf 500 Fr. im Jahr. Von der Kostenbeteiligung im Spital ausgenommen wurden auf Antrag Schmid (cvp, AI) neben den Kindern und den Chronischkranken auch die Frauen im Wochenbett. Keine Opposition erwuchs auch dem Kommissionsantrag, dass Krankenkassen in der Krankenpflege-Grundversicherung nur noch die Pflichtleistungen übernehmen müssen. Mit deutlichem Mehr beschränkte der Rat die Grundversicherung zudem auf

Medikamente, die in der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste figurieren.⁹

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 07.10.1992
MARIANNE BENTELI

Anders als in der kleinen Kammer war im Nationalrat das Eintreten nicht unbestritten, doch wurde ein Rückweisungsantrag Rychen (svp, BE), welcher die Unterstützung der AP und eines Teiles der FDP fand, deutlich abgelehnt. In der Detailberatung standen sich bei den Arzttarifen drei Anträge gegenüber. Rychen (svp, BE) wollte die Preise einfrieren, Allenspach (fdp, ZH) plädierte für den Beschluss des Ständerates, und die Kommissionsmehrheit sprach sich für den ursprünglichen Entscheid der kleinen Kammer aus. Dank einer Allianz aus SP, CVP, Grünen und SD setzte sich schliesslich dieser Tarifstopp mit Ausnahmen – von denen rund 40% der Ärzte profitieren können – mit einer Zweidrittelsmehrheit durch. Den Selbstbehalt für Spitalpatienten kippte der Nationalrat mit praktisch demselben Stimmenverhältnis aus der Vorlage. Dem Argument des Ständerates, dadurch werde das Kostenbewusstsein der Patienten geschärft, setzten die Gegner dieser Bestimmung die Behauptung gegenüber, hier gehe es nicht ums Sparen, sondern um das Abwälzen der Kosten auf die Schultern der Versicherten. Ebenfalls nichts wissen wollte der Nationalrat vom Beschluss des Ständerates, nur noch die Kosten für Medikamente der Arznei- und Spezialitätenliste durch die Grundversicherung abzudecken. Er übernahm damit das Anliegen eines Antrags Plattner (sp, BS) im Ständerat, welcher vergebens darauf hingewiesen hatte, dass die in der Liste nicht aufgeführten Naturheilmittel nicht nur sanfter, sondern auch billiger seien. In den anderen Punkten (Tarife und Preise im stationären Bereich, Prämienplafonierung) schloss sich die grosse der kleinen Kammer an.¹⁰

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 06.10.1993
MARIANNE BENTELI

Bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes entbrannte eine heftige Kontroverse um die **Stellung der Psychotherapeuten**. Der Ständerat wollte bei der heute geltenden Regelung bleiben, wonach Psychotherapeuten nur im Rahmen der Praxis eines Psychiaters Leistungen der sozialen Krankenversicherung erbringen dürfen. Der Nationalrat nahm eine liberalere Haltung ein. Auch er lehnte es ab, die Psychotherapeuten als eigenständige, unabhängige Leistungserbringer ins Gesetz aufzunehmen, hiess aber eine Bestimmung gut, wonach der Bundesrat sowohl die Zulassung der selbständig tätigen Psychotherapeuten wie auch die Ausbildungskriterien der von Ärzten angestellten Psychotherapeutinnen und -therapeuten regeln soll. Dies eröffnet nichtmedizinischen Psychotherapeuten die Möglichkeit, zwar nach wie vor nur auf Überweisung eines Arztes, aber in eigener Praxis kassenpflichtige Leistungen zu erbringen. Der Ständerat schloss sich in diesem Punkt dem Nationalrat an.¹¹

KANTONALE POLITIK

DATUM: 31.12.1993
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat erklärte die **Verträge zwischen den Spitälern und dem Krankenkassenverband im Kanton Aargau** für **ungültig**. Die Aargauer Regierung hatte 1991 einer Erhöhung der Spitaltarife um durchschnittlich 19,4% zugestimmt – zwei Tage nachdem der dringliche Bundesbeschluss zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen in Kraft getreten war, welcher die Tarifierhöhungen auf 7,8% beschränkte. Dagegen hatte sich der Aargauische Krankenkassenverband (AKV) mit einer Beschwerde beim Bundesrat gewehrt. Der Kanton Aargau muss nun dem AKV rund 14 Mio. Fr. zurückerstatten. Der AKV und das kantonale Gesundheitsdepartement liegen sich aber auch noch aus einem anderen Grund in den Haaren. Als der AKV drei Monate lang die Rechnungen der aargauischen Kantonsspitäler unter die Lupe nahm, entdeckte er 176 Fehler. Mit einer Ausnahme hatten die Spitäler dabei immer zu hohe Beträge verrechnet, insgesamt rund 50'000 Franken.¹²

STUDIEN / STATISTIKEN

DATUM: 19.04.1994
MARIANNE BENTELI

Der vom Parlament auf Anfang 1992 verfügte **Tarif- und Preisstopp im Gesundheitswesen hat Wirkung gezeigt**. Besonders in den Spitälern fielen die Kosten bedeutend geringer aus als in den Vorjahren. Die Zuwachsrate bei den Krankenpflegekosten in der Grundversicherung blieb 1993 und 1994 aber immer noch deutlich über der Lohn- und Preisentwicklung. Auch der härter gewordene Konkurrenzkampf unter den Krankenkassen trug zu einer Entspannung im Prämienbereich bei. Erstmals seit Jahren drohten die Kassen nicht mit massiven Prämien erhöhungen für das kommende Jahr, sondern sprachen von einem Einfrieren oder gar einer Senkung der Prämien für 1995.¹³

KANTONALE POLITIK
DATUM: 25.10.1996
MARIANNE BENTELI

Nachdem auch **mehrere kleine Kantone der Ost- und Zentralschweiz** ihre **Spitallisten** publiziert hatten, gingen beim BSV reihenweise **Beschwerden** von Privatspitälern ein, welche in dieser Aufzählung nicht berücksichtigt worden waren. Der Bundesrat hiess die Beschwerden zumindest teilweise gut und verfügte, dass die Kantone ihre Spitalplanung noch einmal überprüfen müssen und dabei gehalten sind, sämtliche bestehenden Kapazitäten einzubeziehen, also sowohl die kantonalen wie die ausserkantonalen, die öffentlich subventionierten Spitäler wie die Kliniken mit privater Trägerschaft. In seinen Erwägungen betonte der Bundesrat, dass die Spitalplanung eines der Hauptinstrumente zur Kosteneindämmung darstelle. Er räumte ein, dass die Kriterien für eine objektive und transparente Evaluation der verschiedenen Leistungserbringer in den meisten Fällen fehlen. Erst wenn die öffentlichen und privaten Spitäler ihre Kosten und Leistungen nach einer einheitlichen Methode berechneten, könne das beste Preis/Leistungs-Verhältnis ermittelt werden. Die Ausführungsbestimmungen zum neuen KVG verlangen deshalb von den Kantonen, bis Ende 1996 dem Bundesrat einen gemeinsamen Vorschlag über die Kostenberechnung und die Leistungsstatistik vorzulegen.¹⁴

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 25.10.1996
MARIANNE BENTELI

Eine **parteiübergreifende Parlamentariergruppe** bestehend aus den Abgeordneten Gross (sp, TG), Heberlein (fdp, ZH), Eymann (lp, BS) und Hochreutener (cvp, BE) übernahm eine alte Forderung von Gesundheitsökonomern und propagierte die **Abschaffung der kantonalen Subventionen für die öffentlichen Spitäler**. Diese sollten stattdessen direkt den Versicherten zukommen. Dies würde zu gleich langen Spiessen für öffentliche und private Spitäler sowie für die stationären und die (nicht subventionierten) ambulanten Behandlungen führen. Dadurch würden auch die Versicherten mehr Einblick in die effektiven Kosten erhalten. Dieser Vorschlag erhielt Unterstützung vom Präsidenten der Sanitätsdirektorenkonferenz und – etwas weniger einhellig – von den Krankenkassen. Er wurde jedoch von einer Arbeitsgruppe der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit unter Hinweis auf die Kompetenz der Kantone abgelehnt.¹⁵

KANTONALE POLITIK
DATUM: 23.11.1996
MARIANNE BENTELI

Das neue KVG verpflichtet die Kantone zur bedarfsgerechten **Spitalplanung** und zur Erstellung einer Liste mit jenen Spitälern, die künftig die Berechtigung erhalten, Patienten zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zu behandeln. Ende November stellte Zürich als erster grosser Kanton seine Spitalliste vor und gab diese in eine Vernehmlassung. Die Umsetzung dieser Vorschläge würde zu einem radikalen Reinemachen im Gesundheitswesen führen, soll doch bis ins Jahr 2005 in Zürich ein knappes Viertel der Akutbetten in den öffentlichen Spitälern verschwinden. Im Zeichen grösserer Effizienz durch Synergie will die Zürcher Gesundheitsdirektion im gleichen Zeitraum sechs Regionalspitäler schliessen oder zusammenlegen. Sie erhofft sich davon Einsparungen von 60 Mio. Fr. pro Jahr.¹⁶

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 21.02.1997
MARIANNE BENTELI

Unter dem Druck der trotz neuem Krankenversicherungsgesetz (KVG) ständig ansteigenden Prämien berief Bundesrätin Dreifuss im Februar einen **"Krankenversicherungs-Gipfel"** ein. Haupttenor der Veranstaltung, an der alle massgeblichen Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens teilnahmen, war die Feststellung, dass die Mängel der Krankenversicherung weniger dem neuen KVG als vielmehr dessen rascher Einführung und der zu wenig koordinierten Umsetzung zuzuschreiben sind. Mit dem Ziel, Einfluss auf die Kostenentwicklung im Krankenversicherungsbereich zu nehmen, wurden die Gespräche auf drei Themenkreise konzentriert: das Spitalwesen mit Fragen der Spitalplanung und der ausserkantonalen Hospitalisation, die öffentlichen Gesundheitsdienste mit dem Beispiel der spitalexternen Krankenpflege (Spitex) sowie die Kalkulation und Kontrolle der Krankenversicherungsprämien.¹⁷

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 30.06.1997
MARIANNE BENTELI

An ihrem Parteitag im Juni beschloss die **SP**, eine **Volksinitiative "für eine soziale Krankenversicherung"** zu lancieren. Eine Arbeitsgruppe unter dem Tessiner Arzt und Nationalrat Cavalli hatte dafür zwei Varianten vorbereitet. Gegen den abtretenden Parteipräsidenten Bodenmann setzte sich das moderatere, als mehrheitsfähiger erachtete Modell durch. Danach werden die individuellen Krankenkassenprämien je zur Hälfte über vier zusätzliche Mehrwertsteuerprozente sowie über einkommensabhängige Kopfprämien bezahlt und die Kinderprämien ganz abgeschafft. Zur Kostendämpfung

sollten die Kompetenzen des Bundes im Gesundheitsbereich ausgebaut werden. Der Bundesrat soll verpflichtet werden, jährliche Globalbudgets zu erlassen, die pro Region und Sparte die Ausgaben für die obligatorische Krankenversicherung limitieren. Zudem soll er die Prämien festsetzen und die Spitzenmedizin sowie die Zulassung der Ärzte beschränken können.¹⁸

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 25.10.1997
MARIANNE BENTELI

Dieser Vorschlag stiess beim Schweizerischen Gewerkschaftsbund vorerst nicht auf grosse Begeisterung. Der SGB fürchtete vor allem, dass durch Globalbudgetierungen gerade jene Hausärzte getroffen würden, die eine relativ preiswerte Medizin anbieten. Im definitiven Text, den **SP und SGB** Ende Oktober mit dem Titel "**Gesundheit muss bezahlbar bleiben**" verabschiedeten, wurde die zentrale Steuerung durch den Bund etwas relativiert. Die Kantone sollen nach wie vor auch ihre eigenen Gesundheitsplanungen vornehmen können. Die einkommensabhängigen Prämien wurden ebenfalls noch einmal überarbeitet, um auch den Mittelstand zu entlasten. Rund 90% der Bevölkerung würden mehr oder weniger deutlich vom neuen Modell profitieren, während die restlichen 10% mit Prämien zu rechnen hätten, die einer verdeckten Reichtumssteuer gleichkommen würden. Mit der Verlagerung auf die Reichen konnte auch die zur Schliessung der Finanzierungslücke notwendige Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes auf 3,5% reduziert werden, was namentlich den Bedenken des SGB und der Romands Rechnung trug.¹⁹

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 31.05.2000
MARIANNE BENTELI

Obschon sich die Spirale der Gesundheitskosten wegen der nichteinkommensabhängigen Prämien vor allem für die weniger bemittelten Versicherten weiter dreht, will der Bundesrat das heutige Krankenversicherungssystem nicht umkrempeln. Seine bereits im Vorjahr angekündigten **Absage an die Volksinitiative der SP** „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ („Gesundheitsinitiative“) begründete er in seiner diesbezüglichen **Botschaft** ans Parlament. Die Initiative, möchte von den starren Kopfprämien, die einzigartig in Europa sind, abkommen und verlangt eine Mischfinanzierung über Mehrwertsteuerprozente sowie über einkommens- und vermögensabhängige Prämien. Zur besseren Kostenkontrolle schlägt sie weiter die Verschiebung von Kompetenzen von den Kantonen auf den Bund vor, so etwa bei der Spitalplanung, der Festsetzung von Preisen und Tarifen sowie bei der Zulassung von Leistungserbringern. Aus Sicht des Bundesrates ist die Initiative jedoch mit einer ganzen Reihe von Mängeln behaftet. Die neue Finanzierung bereite nicht nur enorme Schwierigkeiten bei der Umsetzung, sie setze auch falsche Anreize. Durch den Wegfall von Franchise und Selbstbeteiligung würde das Kostenbewusstsein der Patienten vermindert. Ein Wettbewerb unter den Krankenkassen über die Prämien wäre nicht mehr möglich. Der soziale Ausgleich sei zudem über den Ausbau der bedarfsgerechten individuellen Prämienverbilligungen besser zu erreichen.

In dieser Botschaft präsentierte der Bundesrat erstmals eine **Gesamtschau der sozialen Krankenversicherung** und zog eine Bilanz zu den drei Hauptzielen des neuen KVG (Verstärkung der Solidarität, Eindämmung der Kosten und Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung). Er kam dabei zum Schluss, dass das KVG einen vorzüglichen und umfassenden Versicherungsschutz bei gesamthaft betrachtet tragbaren Prämien garantiert. Dass gewisse Ziele noch nicht optimal erfüllt werden konnten, sei nicht dem geltenden System, sondern vor allem den Kantonen anzulasten. Mängel ortete er namentlich bei der je nach Kanton unterschiedlichen Ausrichtung der Prämienverbilligungen an Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Verbesserungen können nach Auffassung des Bundesrates mit Teilrevisionen des KVG sowie mit dem Neuen Finanzausgleich zwischen dem Bund und den Kantonen erreicht werden.²⁰

ANDERES
DATUM: 31.12.2000
MARIANNE BENTELI

Erwartungsgemäss fand die SP-Initiative bei der bürgerlichen Mehrheit **im Nationalrat keine Unterstützung**. SP-Fraktionschef Cavalli (TI) legte einleitend dar, dass es eine Illusion sei zu glauben, ein vom Angebot bestimmter Markt könne die Kosten nach wettbewerbsspolitischen Grundsätzen regeln. Die Abkehr von den Kopfprämien würde zur **grössten finanziellen Entlastung** führen, die man in der Schweiz je **für Familien mit mittleren Einkommen** vorgeschlagen habe. Die Sprecher von FDP, CVP, SVP und LP widersprachen dem und rechneten vor, dass eine **Verlagerung auf die Mehrwertsteuer keineswegs sozial** sei. Im Gegenteil: Eine – gemäss Initiativtext nach oben offene – Erhöhung dieser Konsumsteuer treffe am härtesten junge Familien. Man gaulke einen Sinkflug der Prämien vor, tatsächlich aber würde der Bevölkerung das Geld via indirekte

Steuern aus der Tasche gezogen, warnte der Aargauer CVP-Vertreter Zäch. Ins gleiche Horn stiess der Zürcher Freisinnige Gutzwiller. Nicht zentralistische Planwirtschaft führe zur Genesung des Krankenversicherungssystems, sondern die konsequente **Umsetzung wettbewerblicher Anreize**. Als prioritär erachtete er die umfassende Reform der Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Kassen und Leistungsanbietern und eine wirkungsorientierte Überprüfung der Grundversicherungsleistungen. Die **Initiative** wurde mit 91 gegen 55 Stimmen **deutlich abgelehnt**. Ein Antrag des Tessiner CVP-Vertreters Robbiani, die Vorlage zwecks Ausarbeitung eines indirekten Gegenvorschlags an die Kommission zurückzuweisen, der die Unterstützung von Bundesrätin Dreifuss fand, wurde ebenfalls – wenn auch bedeutend knapper – mit 79 zu 62 Stimmen verworfen.²¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 14.09.2004
MARIANNE BENTELI

Das **zweites Reformpaket**, welches der Bundesrat im September vorlegte, umfasst die Neuordnung der Spitalfinanzierung (Botschaft 2A; 04.061) sowie die Förderung medizinischer Netzwerke, sogenannter Managed Care (Botschaft 2B; 04.062). Kernpunkt der ersten Botschaft ist der Übergang von der heutigen Objekt- zur Leistungsfinanzierung. Die Kosten der Spitalleistungen sowie die Investitionskosten sollen hälftig von Krankenversicherern und Kantonen getragen werden, und zwar für alle in der kantonalen Planung enthaltenen Spitäler (dual-fixes System). Mit der zweiten Botschaft will der Bundesrat Managed Care-Modelle zwar im Gesetz verankern, sie aber nicht für obligatorisch erklären.

Die SGK-SR wünschte vom Bundesrat zusätzliche Abklärungen und Vorschläge. Bei der Spitalfinanzierung verlangte sie unter anderem die finanzielle Gleichstellung von stationärer und ambulanter Behandlung. In den Vorschlägen zu Managed Care fehlte ihr ein Anreizsystem, damit Leistungserbringer, Versicherer und Patienten bereit sind, integrierte Netzwerke aufzubauen und zu nutzen.²²

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 22.11.2005
MARIANNE BENTELI

Nach einer Anhörung von Kantonsvertretern, bei der klar wurde, dass sie mit ihrem ursprünglichen Konzept definitiv auf Granit beißen würde, rückte die Ständeratskommission von ihrem Modell ab und wandte sich der Beratung eines **überarbeiteten Projekts des EDI** zu. Das neue Konsensmodell enthält neben dem Verzicht auf den Einbezug der ambulanten Spitalbehandlungen die folgenden Elemente: leistungsbezogene Abgeltung durch Fallpauschalen, Planungspflicht der Kantone im Spitalbereich sowie Beitragspflicht der Kantone für alle Leistungen, die der Planung entsprechen. Mit einer Übergangsfrist soll den Kantonen Zeit für die Umstellung eingeräumt werden. Sie müssen die vollen Beiträge an sämtliche Leistungen der Grundversicherung in allen Spitälern, die der Planung entsprechen, erst bezahlen, wenn die Bemessungsstrukturen für die leistungsbezogenen Pauschalen (mit Einbezug der Investitionen) vorhanden sind. Angesichts der neuen Ausgangslage beschloss die Kommission, dem Plenum den neuen Entwurf nicht, wie ursprünglich geplant, in der Wintersession vorzulegen, sondern erst in der Frühjahrsession 2006.

Bei den Von-Wattenwyl-Gesprächen verlangten alle Bundesratsparteien, das Parlament solle seine Gangart bei der KVG-Revision markant beschleunigen und nicht weiter Einzelprojekte in den Kommissionen blockieren.²³

MOTION
DATUM: 08.03.2006
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte die Kommission des Ständerates ein Modell ausgearbeitet, das eine einheitliche Finanzierung aller in einem Spital erbrachten Leistungen vorsah, also auch den **ambulanten Bereich**, der in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen hat, mit einbeziehen wollte. Sie war damit aber am erbitterten Widerstand der Kantone gescheitert, da die ambulant erbrachten Leistungen vollumfänglich zu Lasten der Krankenversicherer abgerechnet werden. Die Kommission nahm den Gedanken mit einer Motion wieder auf, die den Bundesrat beauftragt, dem Parlament bis Ende 2008 eine Vorlage für eine einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen auf der Grundlage der ursprünglichen Vorlage der SGK vorzulegen. Dabei soll auch geprüft werden, ob und mit welchen Kompetenzen und Konsequenzen eine Zahl- oder Clearingstelle eingeführt werden soll. Der Bundesrat verwies auf die geringe Akzeptanz des Vorschlags und erachtete zudem den Zeitrahmen als zu eng gefasst, weshalb er Ablehnung des Vorstosses beantragte. Sommaruga (sp, BE) war mit der Stossrichtung der Motion grundsätzlich einverstanden, fand aber, man könne nicht eine Spitalfinanzierung beschliessen, die frühestens 2007 in Kraft treten könne, und gleichzeitig bereits signalisieren, dass man eigentlich ein ganz anderes Modell anvisiere.

weshalb sie den Bundesrat unterstützte. Eine Mehrheit im Rat war aber der Ansicht, dass man bereits jetzt die Weichen für die Zukunft stellen müsse. Die Motion wurde mit 22 zu 15 Stimmen angenommen.²⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 22.03.2007
MARIANNE BENTELI

Nach langwierigen Vorarbeiten hatte der Ständerat im Vorjahr endlich sein Modell einer künftigen **Spitalfinanzierung** verabschiedet. Im Nationalrat bezeichnete die Kommissionssprecherin diese Vorlage als wichtigsten und wirksamsten Teil der Krankenversicherungsrevision. Gegen den Antrag von Huguenin (pda, VD), die vor negativen Folgen des Wettbewerbs warnte, trat der Rat mit 161 zu 3 Stimmen auf das Geschäft ein. Bei der Einführung von **Fallkostenpauschalen** (DRG-basierte Rechnungslegung) war man sich mit dem Ständerat weitgehend einig. Eine Kommissionsminderheit um Nationalrätin Fehr (sp, ZH) wollte im Gegensatz zum Ständerat die Investitionskosten für die Infrastruktur nicht in die Pauschalen einbeziehen. Die Fraktionen von SP und Grünen befürchteten davon Vorteile für die Privatspitäler. Diese könnten ihre Investitionen nach ganz anderen Kriterien tätigen und auf diese Weise Rosinen picken. Die Ratsmehrheit wollte aber eine Vollkostenrechnung ermöglichen und stimmte dem Einbezug der Investitionen zu. Intensiv wurde darüber diskutiert, wie die Kosten für die Listenspitäler zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern aufgeteilt werden sollen. Der Kommissionssprecher führte aus, dass diese **Aufteilung** von Kanton zu Kanton variieren. 2004 lag der Kantonsanteil an den Kosten im Durchschnitt bei 58%, wobei sich die Quoten zwischen 38,3% (Thurgau) und 73,4% (Genf) bewegten. Die Kommission beantragte erfolgreich, und gegen die SP, welche 60% verlangt hatte, dass der Anteil der Kantone auf **mindestens 55%** fixiert wird. Der Rat lehnte zudem mit 113 zu 58 Stimmen die vom Ständerat vorgesehene Möglichkeit als zu kompliziert ab, dass Kantone mit tiefem Prämienniveau den Anteil auf 45% senken könnten.

Weiter beschloss der Nationalrat auf Antrag seiner Kommission, dass künftig landesweit die **freie Spitalwahl** (innerhalb der Listenspitäler) gelten soll, auch ohne entsprechende Zusatzversicherung, da dies den Wettbewerbsdruck erhöhe. Die freie Spitalwahl wurde einzig von den Fraktionen der Grünen und der EVP/EDU bekämpft. Diese sahen in dieser für die Kantone teuren Bestimmung keinen entsprechenden Zusatznutzen und verlangten vergeblich, bei der Fassung des Ständerats zu bleiben. Für eine zusätzliche Wahlfreiheit sprach sich der Rat im Bereich der Geburtshäuser aus. Gegen den Widerstand der SVP-Fraktion beschloss er, Spital und Geburtshaus gesetzlich gleichzustellen. Eine Kontroverse entspann sich zur Frage der **Vertragsspitäler**. Entgegen dem Antrag der Kommission, der von linker und grüner Seite unterstützt wurde, hielt der Nationalrat an den vom Ständerat vorgeschlagenen Vertragsspitälern fest. Mit solchen privaten Krankenhäusern, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste figurieren und auch keine Kantonsbeiträge erhalten, sollen die Krankenversicherer in Zukunft ebenfalls Verträge abschliessen können. Diese Möglichkeit durchkreuze die Spitalplanung der Kantone und schaffe von der Grundversicherung mitgetragene Überkapazitäten argumentierte die Ratslinke. Schliesslich kam auch der schwelende Konflikt unter den Kantonen über die Standorte der Spitzenmedizin zur Sprache. Der Rat beschloss gemäss Antrag seiner Kommission und entsprechend der Ständeratsfassung, dass die Kantone die gesamtschweizerische Planung gemeinsam vornehmen. Wenn sie dies indessen nicht zeitgerecht tun, soll der Bundesrat festlegen, welche Spitäler für welche Sparten in den Spitallisten aufzuführen sind. In der Gesamtabstimmung unterstützte der Nationalrat die Vorlage mit 113 zu 54 Stimmen. Die SP-Fraktion lehnte die Vorlage wegen dem Passus über die Vertragsspitäler ab.²⁵

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 28.08.2007
MARIANNE BENTELI

Mit dem Bundesgesetz von 2002 über die Anpassung der **kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen** nach dem KVG hatte das Parlament eine Übergangsregelung beschlossen, die den Kantonen eine schrittweise Umsetzung der Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) zur Beitragspflicht beim Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung von innerkantonalen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erlaubt. Die Gültigkeit des Gesetzes war bis zum 31. Dezember 2004 befristet worden. Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision in den Räten in der Wintersession 2003 hatte der Bundesrat 2004 seinen Vorschlag zur Neuregelung des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung unterbreitet und gleichzeitig die Verlängerung des Bundesgesetzes bis Ende 2006 beantragt, da die Neuordnung der Spitalfinanzierung am 1. Januar 2007 in Kraft treten sollte. Das Parlament hatte dem Antrag zugestimmt. Weil die Zeit für die Bereinigung dieser Vorlage in beiden Räten und die Inkraftsetzung durch den Bundesrat nicht ausreichte, hatten die Räte im Dezember

2006 einer nochmaligen Verlängerung des Bundesgesetzes bis Ende 2007 zugestimmt. Die ständerätliche Kommission stellte nun fest, dass die Zeit für die Inkraftsetzung der Neuregelung auf Anfang 2008 trotzdem nicht ausreicht und beantragte mit einer parlamentarischen Initiative eine nochmalige Verlängerung um ein Jahr, bis längstens zum 31. Dezember 2008.

Die Verlängerung war in beiden Kammern nicht umstritten, hingegen deren zeitliche Ausdehnung. Im Ständerat wies der Bundesrat darauf hin, dass bei einer Verlängerung um lediglich ein Jahr, das Bundesgesetz dem fakultativen Referendum erneut entzogen würde. Ein dringliches Bundesgesetz, gegen welches kein Referendum möglich sei, dürfe jedoch nicht durch ein erneutes dringliches Bundesgesetz verlängert werden. Gegen einen Einzelantrag, der diesem Einwand Rechnung trug und eine Fristverlängerung **bis Ende 2009** postulierte, schloss sich der Rat aber mit 22 zu 10 Stimmen der Mehrheit der Kommission an, der bei ihren Beratungen die Stellungnahme des Bundesrates noch nicht vorgelegen hatte. Im Nationalrat konnte sich aber aus demokratiepolitischen Überlegungen die Auffassung des Bundesrates ganz klar durchsetzen, worauf der Ständerat einstimmig der Verlängerung bis Ende 2009 zustimmte.²⁶

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 03.10.2007
MARIANNE BENTELI

In der Folge schloss sich der **Nationalrat** mit 97 zu 87 Stimmen bei der freien Spitalwahl der Einschränkung der kleinen Kammer an (Tarif der Wohnsitzgemeinde). Eine Minderheit aus LP, FDP und SVP plädierte vergeblich für die völlige Freiheit, die sie als einen Kernpunkt der Vorlage bezeichnete, da damit der Wettbewerbsgedanke erheblich gestärkt würde. Die CVP-EVP-GLP-Fraktion unterstützte die Linke vornehmlich aus einem „erledigungspolitischen“ Grund: Die Beratungen zur Spitalfinanzierung seien nun über Jahre hinaus verschleppt worden und sollten endlich abgeschlossen werden; weitergehende Schritte könne man sich später überlegen. Beim **Kostenverteiler** hielt die grosse Kammer mit 147 zu 35 an ihrer fixen Regelung von 55% fest. Die Kommissionssprecherin begründete dies damit, ein Bandbreitenmodell schaffe Rechtsunsicherheit und könne zu einem massiven Kostenschub führen. Auch Bundesrat Couchepin bezeichnete das Modell als kaum durchführbar und realitätsfremd. Der Ständerat bekräftigte allerdings mit 27 zu 10 Stimmen erneut sein Modell, da man Kantone, die sich in der Vergangenheit für ein kostengünstiges Gesundheitssystem eingesetzt hätten, nicht bestrafen dürfe. Im Grundsatz wich der Nationalrat weiterhin nicht von seinem Beschluss ab. Mit einer Übergangsbestimmung kam er aber dem Ständerat entgegen: Demnach können Kantone, die beim Inkrafttreten des Gesetzes ein unterdurchschnittliches Prämienniveau haben, ihren Kostenanteil zunächst zwischen 45 und 55% festlegen. Sie haben dann maximal fünf Jahre Zeit, diesen Anteil schrittweise auf 55% zu erhöhen. In der Einigungskonferenz setzte sich diese Variante des Nationalrats durch. In der Schlussabstimmung im Nationalrat enthielt sich die SVP grossmehrheitlich der Stimme, CVP und FDP stimmten geschlossen dafür, GP und SP mehrheitlich dagegen. Im Ständerat wurde die Gesetzesänderung mit 33:3 angenommen.

Beide Kammern überwiesen eine Motion (07.3555) der Kommission des Ständerates, die den Bundesrat auffordert, die gesetzlichen Grundlagen für die Rechnungskontrolle sowie die Überprüfung der Berechnung der Vergütung gemäss dem Tarifregime von SwissDRG (Fallkostenpauschalen) vorzulegen.²⁷

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 01.01.2008
ANJA HEIDELBERGER

Die **SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)** ist das seit 2012 **gültige Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen und stationäre Leistungen in Geburtshäusern** und legt die Höhe der Entschädigung durch die OKP, beruhend auf diagnosebezogenen, gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen, fest. Die SwissDRG AG wurde im Januar 2008 von den Kantonen und den Tarifpartnern im Krankenversicherungsbereich als gemeinnützige Aktiengesellschaft gegründet; noch immer setzt sich der Verwaltungsrat aus Vertretenden der Kantone, der Spitäler und der Ärzteschaft sowie der Versicherungsverbände zusammen. Im Juli 2009 beantragte die SwissDRG beim Bundesrat die Genehmigung der gleichnamigen Tarifstruktur, welche seit 1. Januar 2012 schweizweit gilt.

Neben SwissDRG existieren auch weitere schweizweit einheitliche Tarifstrukturen zur Abrechnung von stationären Leistungen – im Unterschied zum TARMED, das auf ambulante Leistungen anwendbar ist. Die Leistungen im Bereich der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie werden demnach im Rahmen der Tarifstruktur **TARPSY**

vergütet. Diese war ebenfalls von der SwissDRG AG entwickelt und vom Bundesrat auf den 1. Januar 2018 in Kraft gesetzt worden.

Die Tarifstruktur **ST Reha**, welche die Abrechnung der Kosten der stationären Rehabilitation regeln soll, befindet sich noch in der Entwicklung. Im März 2021 gab die SwissDRG AG deren Fertigstellung bekannt und beantragte ihre Einführung per Anfang 2022.²⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 17.02.2011
ANJA HEIDELBERGER

Zusammenfassung

Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS; Pa.lv. 09.528)

Im Jahr 2009 verlangte Ruth Humbel (damals cvp, AG) in einer parlamentarischen Initiative die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitskosten, EFAS genannt. 2011 gaben beide Gesundheitskommissionen der Initiative Folge, woraufhin die SGK-NR bis 2019 einen Entwurf erarbeitete. Dieser sah vor, dass die Krankenversicherungen zukünftig alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten, wobei sich die Kantone landesweit einheitlich zu mindestens 22.6 Prozent an den Bruttoleistungen der Versicherungen beteiligen. Umstritten war in der folgenden Parlamentsberatung einerseits die Rolle der Kantone – die Höhe ihrer Beteiligung an den Kosten, aber auch ihre zukünftigen Kompetenzen im Gesundheitsbereich –, andererseits die Frage, ob auch die Kosten der Langzeitpflege in EFAS integriert werden sollen. Nachdem der Ständerat Letzteres als zwingende Bedingung für eine Unterstützung der Kantone in die Vorlage aufgenommen und der Nationalrat dem etwas widerwillig zugestimmt hatte, debattierten die beiden Räte zahlreiche Detailfragen zur Ausgestaltung der zukünftigen Finanzierung im Gesundheitswesen, konnten sich bis vor der Wintersession 2023 jedoch noch nicht in allen Punkten einigen.

Chronologie

Parlamentarische Initiative und Zustimmung der Kommissionen
Vorentwurf der SGK-NR
Vernehmlassung
Entwurf der SGK-NR
Stellungnahme des Bundesrates
Debatte im Erstrat
Berichte zum Einbezug der Pflegeleistungen
Debatte im Zweitrat: Der Ständerat integriert die Pflegekosten
Start des Nationalrats ins Differenzbereinigungsverfahren

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 18.02.2011
ANJA HEIDELBERGER

Mit einer parlamentarischen Initiative wollte Ruth Humbel (cvp, AG) die **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS)** erreichen. Demnach soll die öffentliche Hand zukünftig Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, den Risikoausgleich, Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie die Prämienverbilligung finanzieren. Die Krankenversicherungen sollen hingegen für die Finanzierung aller stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG zuständig sein. Dadurch sollten die Fehlanreize im Gesundheitssystem, die durch die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereiches entstünden, korrigiert werden, ohne dass die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Gelder verlören, argumentierte die Motionärin. Dies würde den Handlungsspielraum der Kantone zum Beispiel bei der integrierten Versorgung chronisch kranker, polymorbider Menschen vergrössern und den Krankenversicherern eine freie Prämienfestsetzung erlauben.

Im Februar 2011 gab die SGK-NR der Initiative mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Nachdem ihre Schwesterkommission den Vorstoss im April desselben Jahres noch sistiert hatte, weil sie der Motion Brändli (svp, GR; 09.3546) folgend zuerst die Ausarbeitung eines Vorschlags durch den Bundesrat abwarten wollte, stimmte die SGK-

SR im November 2011 dem Beschluss ihrer Schwesterkommission mit 7 zu 1 Stimme zu. In der Folge entschied sich die mit der Erarbeitung eines Entlassentwurfs beauftragte Subkommission «KVG» der SGK-NR, die laufenden Arbeiten im Rahmen des Nationalen Dialogs Gesundheitspolitik abzuwarten. In deren Rahmen sollten zwischen 2012 und 2018 verschiedene wissenschaftliche Studien zum entsprechenden Thema durchgeführt werden. Aus diesem Grund und wegen der starken Auslastung der Subkommission legte die Kommission 2013, 2015 und 2017 je einen Antrag auf Verlängerung der Behandlungsfrist um zwei Jahre vor, welche der Nationalrat jeweils genehmigte.²⁹

POSTULAT

DATUM: 18.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a adopté un postulat Humbel (pdc, AG) demandant au gouvernement d'élaborer un rapport établissant les **avancées de la mise en œuvre des listes hospitalières cantonales** et proposant des mesures garantissant une application homogène de la LAMal dans tous les cantons, si nécessaire à travers une modification légale. La postulante estime que la planification hospitalière est arbitraire au vu de l'absence de transparence et de dispositions contraignantes. Ainsi, elle propose d'octroyer à la Confédération les compétences de fixer un minimum de cas par médecin d'hôpital, d'obliger les hôpitaux à présenter un rapport de qualité des prestations et de leur imposer des exigences de formation et de perfectionnement pour être inscrit sur les listes hospitalières.³⁰

VERWALTUNGSAKT

DATUM: 31.12.2013
FLAVIA CARONI

Aufgrund der 2012 eingeführten neuen Spitalfinanzierung, durch die sich die Beteiligung der Kantone an den Spitalkosten erhöht hatte, waren die **Spitalzusatzversicherungen** stark entlastet worden. Jedoch waren die Prämien für die Versicherten noch nicht entsprechend gesunken. Daher beschloss die Finma im Sommer des Berichtsjahres die Tarife sämtlicher Spitalzusatzversicherungen zu überprüfen, was sie selbst als aussergewöhnliche Massnahme bezeichnete. Ziel sei es, zu verhindern, dass die Versicherer missbräuchlich hohe Gewinne erzielten. Die Abklärungen der Finma führten schliesslich zu Ermahnungen an 22 Versicherer, ihre Prämien teils geringfügig, teils massiv zu senken.³¹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 27.04.2016
FLAVIA CARONI

In der Frühlingssession 2016 beriet der Nationalrat die parlamentarische Initiative seiner Kommission für die **Verlängerung der Gültigkeit von Artikel 55a KVG** zur Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Kommission empfahl den Erlassentwurf einstimmig und ohne Enthaltung zur Annahme, und auch der Bundesrat sprach sich dafür aus. Entsprechend klar fiel der Entscheid aus: Nach den Positionsbezügen der Fraktionen wurde Eintreten ohne Gegenantrag beschlossen und die parlamentarische Initiative passierte mit 177 zu 7 Stimmen bei vier Enthaltungen. Auf eine gewisse Opposition traf sie lediglich bei der freisinnig-liberalen Fraktion. In der Eintretensdebatte hatten die Kommissionssprecherin und der Kommissionssprecher ausgeführt, trotz dem früheren ablehnenden Entscheid des Rates bestehe ein Handlungsbedarf, was sich an diversen parlamentarischen Vorstössen und Ständesinitiativen ablesen lasse. Die Vorlage führe nicht zu einem Zulassungsstopp, wie es gelegentlich dargestellt werde, sondern biete lediglich jenen Kantonen, die darauf angewiesen sind, ein Instrument für die Beschränkung der Zulassung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert haben, und solche, die mindestens drei Jahre lang an einer anerkannten Schweizer Weiterbildungsinstitution tätig waren, sind von der Beschränkung nicht betroffen. Die vorgesehenen drei Jahre der befristeten Regelung würden benötigt, um eine alternative Lösung im definitiven Recht zu verankern. Dafür soll eine Kommissionsmotion sorgen. Die Vertreterinnen der SP betonten die Wichtigkeit der Zulassungssteuerung und die Notwendigkeit eines Kompromisses, der BDP-Sprecher erklärte, die Beendigung der Stop-and-Go-Politik in dem Bereich sei wichtig genug, um die Verlängerung zu legitimieren. Auch der SVP-Vertreter beantragte Eintreten und Zustimmung, obwohl er die zu verlängernde Zulassungssteuerung als „wettbewerbs- und qualitätsfeindlich“ bezeichnete – es gelte, nach einer neuen, freiheitlichen Lösung für das Gesundheitssystem zu suchen und in der Zwischenzeit einen starken Zustrom ausländischer Ärztinnen und Ärzte mit einem entsprechenden Kostensprung zu vermeiden. Auf Seiten der freisinnig-liberalen Fraktion heiss es, eine Fraktionsminderheit werde den Vorstoss nicht unterstützen. Dies einerseits aus formalen Gründen: Das Vorgehen, kurz nach der Ablehnung einer Massnahme durch das Plenum eine sehr ähnliche wieder aufzugleisen, stosse auf Abneigung. Andererseits habe die Zulassungssteuerung keine positiven Auswirkungen und senke die Kosten

nicht. Die Mehrheit der Fraktion gab jedoch an, aus gutem Willen gegenüber dem Bundesrat zuzustimmen. Der Sprecher der Grünliberalen schliesslich erklärte, seine Fraktion sei im Herzen gegen den Zulassungsstopp, begrüsse jedoch die Übergangslösung, um später erneut über eine Lockerung des Vertragszwangs diskutieren zu können.

Die Dringlichkeitsklausel, mit der das Bundesgesetz versehen werden soll, war vom Entscheid vorerst ausgeschlossen. Über sie wird erst vor der Schlussabstimmung nach einer allfälligen Differenzbereinigung zwischen den beiden Kammern entschieden.³²

BERICHT

DATUM: 02.09.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2016 veröffentlichte der Bundesrat eine Medienmitteilung, in der er die Kostenentwicklung in den vier grössten Bereichen im Gesundheitswesen beschrieb. Diese vier Bereiche seien für 80 Prozent der Kosten im Bereich der Grundversicherung verantwortlich. Bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis verortete er zwischen 2009 und 2015 bei gleich bleibender Anzahl Konsultationen einen Kostenanstieg um 28 Prozent. Dies erklärte er dadurch, dass immer häufiger Spezialistinnen und Spezialisten anstelle von Hausärztinnen und Hausärzten aufgesucht würden. Auch im stationären Bereich seien die Kosten in demselben Zeitraum um 17 Prozent angestiegen, wobei hier insbesondere Behandlungen von Personen über 70 Jahren zugenommen hätten. Diese Zunahme könne folglich vor allem auf die Demografie zurückgeführt werden. Bei den Spital-ambulant Behandlungen habe die Zahl der Konsultationen um 34 Prozent zugenommen, weshalb dieser Bereich trotz gleichbleibender Kosten pro Behandlung die Gesamtkosten stark beeinflusst habe. Schliesslich seien zwar die Preise von 1'500 Medikamenten reduziert worden, dies habe aber keine Auswirkungen auf die Pro-Kopf-Medikamentenkosten gehabt, da die Ärztinnen und Ärzten stattdessen neue, teurere Produkte verschrieben hätten.

Insgesamt machte der Bundesrat somit die **Mengenausweitung im Gesundheitswesen**, die sich medizinisch nicht vollständig begründen lasse, als wichtigen Faktor für die Kostenentwicklung aus. Um dieses Problem zu bekämpfen, habe das EDI im Rahmen der Strategie «Gesundheit 2020» Massnahmen erlassen oder sei dabei, diese zu bearbeiten. Dazu gehörten etwa die Senkung der Preise kassenpflichtiger Arzneimittel sowie die Anpassung derer Vertriebsmargen, die Anpassung der Höchstvergütungsbeträge der MiGeL, die Verbesserung der Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten durch eine nationale Strategie sowie eine Erhöhung der Qualität der medizinischen Behandlungen.³³

POSTULAT

DATUM: 29.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2019 forderte die grüne Fraktion vom Bundesrat einen Bericht zu **Möglichkeiten zur Verbesserung und Vereinheitlichung der Praxis der Prämienverbilligung in den Kantonen**. Das bei Einführung des KVG formulierte Ziel einer Prämienbelastung von maximal 8 Prozent des Einkommens werde heute klar verfehlt, betonte die Fraktion.

Der Bundesrat verwies auf den im März 2017 angenommenen Entwurf zur finanziellen Entlastung der Familien bei der Krankenversicherung, mit dem die Situation von Familien mit unteren und mittleren Einkommen verbessert werden sollte. Des Weiteren betonte er den engen Zusammenhang zwischen Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe, der den grossen Handlungsspielraum der Kantone in diesem Bereich rechtfertige. Dennoch halte auch er den starken Rückzug mehrerer Kantone in diesem Bereich – zehn Kantone finanzierten 2016 weniger als einen Drittel, elf Kantone weniger als die Hälfte der Prämienverbilligungsbeiträge – für problematisch. Deshalb erklärte er sich bereit, einen entsprechenden Bericht, der auch das Postulat Humbel (cvp, AG; Po. 17.3880) aufnehmen und den Bericht zur Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen berücksichtigen sollte, zu verfassen.

In der Wintersession 2017 bekämpfte Verena Herzog (svp, TG) das Postulat, das folglich in der Frühjahrsession 2018 vom Nationalrat behandelt wurde. Dabei verzichtete die Thurgauerin auf eine Stellungnahme. Der Bundesrat lud die Nationalrätinnen und Nationalräte nochmals dazu ein, das Postulat anzunehmen, zumal der Rat in der Wintersession 2017 bereits die für den Bundesrat inhaltlich nahezu identische Motion Humbel angenommen habe. Bei 96 zu 84 Stimmen (bei 1 Enthaltung) führten die geschlossen Nein-stimmenden SVP- und FDP-Fraktionen zur Ablehnung des Postulats der grünen Fraktion.³⁴

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 20.04.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2018 verabschiedete die SGK-NR einen ersten Vorentwurf für eine **einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)** mit 15 zu 7 Stimmen. Zukünftig sollen die Krankenversicherungen sowohl die Kosten der ambulanten als auch der stationären Behandlungen übernehmen. Die Kantone sollen einen Beitrag von mindestens 25.5 Prozent an die Behandlungskosten (nach Abzug der Franchisen und des Selbstbehalts) leisten. Die Anteile sind dabei so berechnet, dass die Umstellung für Kantone und Krankenversicherungen kostenneutral ist. Die Kommission definierte drei Ziele der Reform: Diese solle zu einer Verlagerung von stationären zu kostengünstigeren ambulanten Behandlungen führen, die prämien- und steuerfinanzierten Anteile an den Kosten für die OKP stabilisieren sowie die sachgerechte Tarifierung fördern. Eine Minderheit I beantragte Nichteintreten, weil die Kantone zur Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichtet würden, ohne dass sie diesen (mit-)steuern könnten. Eine Minderheit II schlug hingegen vor, die Anreize für eine effiziente Versorgung zu vergrössern, indem die Kantone den Krankenversicherungen bei Vorliegen eines Risikoausgleichs Pro-Kopf-Pauschalen anstelle eines Anteils der Versorgungskosten gutschrieben.³⁵

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 15.05.2018
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung** zum Vorschlag der SGK-NR zur **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen** zwischen Mai und September 2018 nahmen 111 Organisationen teil, darunter alle Kantone, die GDK, die CLASS, sechs grosse Schweizer Parteien, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumentenverbände, Leistungserbringendenverbände, Ärztegesellschaften, Versicherungsverbände und Patientenorganisationen. Generell begrüsst die Vernehmlassungsteilnehmenden zwar eine einheitliche Finanzierung, zahlreiche von ihnen lehnten den vorliegenden Vorschlag dennoch als ungenügend ab. Zuspruch fand die Vorlage bei den bürgerlichen Parteien, Economiesuisse sowie zahlreichen Leistungserbringenden und Versicherungen. Sie erhofften sich mehrheitlich eine sachgerechtere Tarifierung im ambulanten Bereich, eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich sowie eine kostensenkende Wirkung der verschiedenen Massnahmen. Die Kantone forderten fast durchwegs eine Überarbeitung der Vorlage, da sie die Fehlanreize im Gesundheitswesen vor allem in der Tarifierung orteten und mit der einheitlichen Finanzierung folglich keine grosse Kosteneindämmung erwarteten. Eine Verlagerung sei zudem durch Operationslisten schneller zu erreichen, argumentierten sie. Hingegen würden die Möglichkeiten der Kantone zur Kostensteuerung – sowie die demokratische Kontrolle – reduziert, indem die Rolle der Versicherungen gestärkt würde. Stattdessen verlangten die Kantone für eine zukünftige Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen auch entsprechende Steuerungsmöglichkeiten für deren Angebot. Die SP und die Gewerkschaften lehnten die Vorlage ab. Die SP befürwortete zwar eine einheitliche Finanzierung, nicht aber den Transfer von Mitteln zu den Versicherungen. Gespalten zeigten sich die Konsumentenverbände: Einige befürworteten die einheitliche Finanzierung, andere forderten alternative Massnahmen wie eine sachgerechte Tarifierung oder eine verbesserte Qualität der ambulanten Leistungen.³⁶

MOTION
DATUM: 19.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2018 reichte die SGK-NR eine Motion zur **Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten** ein. Demnach soll eine Beschwerdelegitimation von Krankenversicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Zulassung von Spitälern zur Leistungserbringung gemäss OKP geschaffen werden. Ausgangspunkt des Anliegens war die in der Zwischenzeit zurückgezogene parlamentarische Initiative Brand (svp, GR; Pa. Iv. 17.460), welche die SGK-NR in eine Kommissionsmotion umgewandelt hatte. Die Kommission erklärte, dass das BVGer, nachdem es den Bundesrat als Beschwerdeinstanz gegen Entscheide zur Spital- und Pflegeheimplanung abgelöst hatte, auch dessen Praxis, die Krankenversicherer als Beschwerdeführer zuzulassen, geändert habe. Da aber eine Zunahme von Leistungserbringenden zu Mehrkosten für die Versicherer führe und Letztere als Vollzugsorgane der OKP über entsprechendes Fachwissen verfügten, solle ihnen durch die Einräumung der Beschwerdelegitimation eine Mitverantwortung für ein kostengünstiges Gesundheitswesen gegeben werden, führte die Kommission aus. In der Herbstsession 2018 kritisierte Bea Heim (sp, SO) insbesondere, dass keine Vertreterinnen oder Vertreter der Kantone oder der GDK angehört worden seien. Der gesetzliche Auftrag für die Gesundheitsversorgung liege bei den Kantonen, ihre Lösungsvorschläge würden durch kantonale Abstimmungen legitimiert, führte sie aus. Wenn nun sechzig Krankenversicherer Einspruch dagegen einlegen könnten, blockiere dies das ganze System und gäbe den Versicherern zu viel Macht, ohne dass sie Verantwortung tragen müssten. Gesundheitsminister Berset erklärte, dass der

Bundesrat ein Beschwerderecht für Krankenkassenverbände, nicht jedoch für einzelne Krankenkassen befürworte und dieses im Rahmen der Teilrevision des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung vorsehen werde. Dennoch nahm die grosse Kammer die Motion mit 120 zu 59 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) gegen den Widerstand der geschlossenen SP- und Grünen-Fraktionen sowie von einzelnen Mitgliedern der SVP- und CVP-Fraktionen an.³⁷

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 05.04.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2019 erschien der **Bericht der SGK-NR** zu ihrem Entwurf für die **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Darin verdeutlichte sie noch einmal die drei Ziele der Vorlage: Sie wolle erstens die Verlagerung von stationären zu günstigeren ambulanten Behandlungen fördern, wo dies sinnvoll sei; zweitens die Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten, die durch Prämien und Steuern finanziert werden, stabilisieren; sowie drittens die sachgerechte Tarifierung fördern. Dazu sollen die Krankenversicherungen zukünftig alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten, wobei sich die Kantone landesweit einheitlich zu mindestens 22.6 Prozent an den Bruttoleistungen der Versicherungen beteiligen. Eingeschlossen sind bei den Bruttoleistungen auch die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also Kosten, die nicht die Krankenversicherungen, sondern die Versicherten übernommen haben.

Das sogenannte «monistische Finanzierungsmodell» beinhalte folglich nur noch eine Zahlstelle; alle Rechnungen müssten somit zukünftig an die Krankenversicherungen geschickt werden, welche alleine für deren Kontrolle zuständig seien. Dies solle für alle OKP-Leistungen gelten, auch für Psychiatrie, Rehabilitation und Akut- und Übergangspflege – nicht aber für die Pflegeleistungen, wie von den Kantonen gefordert worden war. Bei diesen müssten mit dem Postulat «Integration der Pflegeleistungen in die Efas» (Po. 19.3002) zuerst verschiedene Grundlagen – unter anderem zur Herstellung von Kostentransparenz, zur Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie zur Definition der Pflegestufen – geklärt werden, bevor sie ebenfalls integriert werden könnten. Als Reaktion auf die Vernehmlassungsantworten ergänzte die Kommission die Vorlage um den Auftrag an den Bundesrat, die Pflegeleistungen bei Vorliegen der entsprechenden Grundlagen in die EFAS-Vorlage aufzunehmen. Die 22.6 Prozent, welche die Kantone zukünftig übernehmen sollten, entsprächen den Beiträgen der Kantone und Gemeinden an den stationären Leistungen zwischen 2012 und 2015, wenn diese ihre Anteile von 55 Prozent im stationären Bereich bereits erreicht hätten. In der Realität hatten die Kantone in dieser Übergangsperiode nach der KVG-Revision jedoch nur einen Anteil von durchschnittlich knapp 53 Prozent der Kosten übernommen. Die Kritik der Kantone in der Vernehmlassung und ihren Wunsch, das ambulante Versorgungsangebot steuern zu können, wenn sie dieses mitfinanzieren müssten, habe die Kommission aufgenommen, indem sie die Inkraftsetzung der einheitlichen Finanzierung an die Inkraftsetzung der Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringenden (BRG 18.047) geknüpft habe.

Die SGK-NR nahm die Vorlage im April 2019 mit 15 zu 7 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Obwohl sich die ständerätliche Kommission im Mai 2019 mit 9 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung gegen die Verknüpfung mit dem Bundesratsgeschäft zur Zulassung von Leistungserbringenden gewehrt und eine solche abgelehnt hatte, um Letzteres nicht womöglich auf Jahre hinaus zu blockieren, bestätigte die nationalrätliche Kommission ihren diesbezüglichen Entscheid im August 2019. Sie wolle die «Verknüpfung der beiden Reformen nicht aufgeben, bevor nicht auch die Kantone ein Entgegenkommen bei der einheitlichen Finanzierung erkennen» liessen.³⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 14.08.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 nahm der **Bundesrat Stellung** zum Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Er erklärte, dass er die Stossrichtung der Vorlage generell befürworte, der Bericht der Kommission aber noch einige Fragen ungeklärt lasse. So bedeute diese Änderung einen Systemumbau mit weitreichenden Wechselwirkungen und müsse folglich sorgfältig angegangen werden. Bei den Wechselwirkungen sprach er insbesondere die Schnittstelle zwischen OKP und Zusatzversicherungen an und betonte, dass diese vermutlich die Wirkung von EFAS einschränken würden. Zum Beispiel entlaste die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler ausserhalb der kantonalen Spitalplanung die Zusatzversicherungen stark und schaffe damit womöglich auch Anreize für zusätzliche ambulante Behandlungen. Die vom Bericht erwähnten Massnahmen würden wohl nicht ausreichen, diese Anreize auszugleichen. Zudem wollte der Bundesrat wissen, ob es Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone gebe, die über die Verknüpfung von EFAS mit dem Bundesratsgeschäft zur Zulassung von

Leistungserbringenden (BRG 18.047) hinausgingen.³⁹

BERICHT

DATUM: 22.08.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 veröffentlichte der Bundesrat den durch das Postulat der SGK-NR verlangten **Bericht zur Anwendung des DRG-Systems**. Darin sollte er die Kantone mit DRG-System, also mit Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime, mit den übrigen Kantonen vergleichen. Der Bericht stützte sich auf eine Studie des Beratungsbüros B,S,S. Darin wurden zuerst die Kantone mit DRG-System definiert. Dazu zählten die Autorinnen und Autoren die Kantone Genf, Tessin und Waadt, die im Jahr 2017 eine maximale Vergütung für die stationären Spitalleistungen pro Spital vorgegeben hatten, sowie die Kantone Neuenburg und Wallis, die maximale Leistungsmengen pro Spital definiert hatten. Genf und Waadt nahmen die Leistungsmengendefinitionen ebenfalls, jedoch nur unter Einschränkungen vor. Die konkreten Ausgestaltungen hätten jedoch zwischen den Kantonen deutlich variiert, erklärt der Bundesrat. Von dieser Ausgestaltung hänge aber auch die Vereinbarkeit dieser Instrumente mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung ab. Die Kantone mit und ohne DRG-System erreichten überdies die Kosteneindämmungsziele ähnlich gut; bei beiden entspreche das Wachstum der spitalstationären Kosten etwa dem Wachstum des BIP, die Gesamtkosten hätten jedoch nicht gesenkt werden können. Trotz dieser Ergebnisse ging der Bundesrat davon aus, dass die Globalbudgets eine kostendämpfende Wirkung haben könnten.⁴⁰

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 26.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2019 behandelte der Nationalrat als **Erstrat** den Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Eine Kommissionsminderheit Gysi (sp, SG) hatte dem Rat Nichteintreten beantragt. Barbara Gysi betonte, dass die SP-Fraktion zwar eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen befürworte, aber diese Vorlage ablehne, da darin die «Meinung der Kantone in grossen Zügen missachtet» worden sei. Den Kantonen käme nur noch die Rolle der Zahlstelle zu, die Relevanz der Spitalisten würde stark reduziert. Überdies würde die Vorlage zu einer Besserstellung der Privatspitäler und Zusatzversicherten zulasten der OKP führen, kritisierte Gysi. Aufgrund der zahlreichen Mitglieder in der Subkommission, die Mandate bei Krankenversicherungen oder Krankenkassenverbänden hätten, und aufgrund der «getreuen» Umsetzung der Vorschläge von Curafutura begünstigte die Vorlage die Interessen der Krankenversicherungen. «Diese Vorlage stammt klar aus der Feder von Curafutura», fasste sie ihre Kritik zusammen. Ein Nichteintreten würde dem Bundesrat zusammen mit den Kantonen eine neue Lösungsfindung ermöglichen.

Ruth Humbel (cvp, AG) betonte als Kommissionssprecherin, dass es den Krankenversicherungen nicht verboten sei, fachliche Inputs zu geben. Zudem seien die Privatspitäler ein «Nebenschauplatz». In erster Linie stärke die Vorlage die Steuerungsmöglichkeit der Kantone, indem sie neu den ambulanten und stationären Bereich planen könnten, einen Einsitz in Tarmed oder Tardoc erhielten und weiterhin die Tarife genehmigten oder erliessen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigten. Mit 136 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat in der Folge für Eintreten aus. Die ablehnenden Stimmen stammten aus der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von MCG-Mitglied Roger Golay (mcg, GE).

In der Detailberatung diskutierte der Nationalrat verschiedene technische Fragen, die jedoch, so die Auffassung der meisten Rednerinnen und Redner, hochpolitisch waren. So beriet die grosse Kammer die Berechnung der Kantonsbeiträge, bei der zwei Fragen umstritten waren: Soll erstens der Abzug der Risikoabgaben risikobasiert oder kostenbasiert erfolgen und sollen zweitens die Kostenbeteiligungen der Versicherten abgezogen werden, bevor die Kantonsbeiträge berechnet werden. Bei ersterer Frage sprach sich eine Kommissionsminderheit Nantermod (fdp, VS) für das risikobasierte Pauschalmodell aus. Dieses habe den Vorteil, dass nur die Risikokompensation und nicht die variablen Verwaltungskosten der Versicherungen berücksichtigt würden, erklärte Regine Sauter (fdp, ZH) für die Kommissionsminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenwahrheit entsprechen müssten. Somit könne man diese nicht «aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen» verteilen. Mit 111 zu 78 Stimmen sprach sich der Nationalrat für den Mehrheitsantrag der SGK-NR und somit für das kostenbasierte Modell aus: Eine Allianz aus SP-, Grünen- und SVP-Fraktion setzte sich diesbezüglich gegen die geschlossen stimmenden übrigen Fraktionen durch.

Eine weitere Minderheit Nantermod setzte sich dafür ein, dass die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also zum Beispiel die Franchisen, ebenfalls in die Berechnung des

Kantonsanteils einfließen sollten. Nur dadurch würden Personen mit hohen Franchisen gleich behandelt wie Personen mit tiefen Franchisen. Mit dieser Berechnungsart müssten die Kantone den Versicherungen aber auch Geld für Kosten überweisen, die nicht von ihnen, sondern von den Versicherten bezahlt worden seien, kritisierte Gesundheitsminister Berset. Rechtlich sei es gemäss dem Bundesamt für Justiz zudem problematisch, wenn der Bund die Kantone zwingt, Kosten zu übernehmen, die nicht unter die OKP fielen, erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Weiter könne es nicht sein, dass die Eigenverantwortung, die den höheren Franchisen zugrunde liege, «an die Kantone delegiert werde». Mit 148 zu 33 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) respektive 141 zu 46 Stimmen (bei keiner Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Antrag des Bundesrates und die Berechnung der Kantonsbeiträge nach Abzug der Franchisen aus. Für die Minderheit hatten sich vor allem Teile der SVP- und der FDP.Liberalen-Fraktionen eingesetzt. Gleichzeitig entschied sich der Rat auch, den von den Kantonen übernommenen Mindestanteil von 22.6 Prozent auf 25.5 Prozent zu erhöhen, wie es der Bundesrat beantragt hatte.

Wie sich bereits in der Eintretensdebatte angekündigt hatte, war die Frage der Vergütungen an die Vertragsspitäler in der Detailberatung besonders umstritten. Diese liegt heute bei 45 Prozent, neu soll sie jedoch auf 74.5 Prozent erhöht werden. Dadurch würden Privatspitäler, die sich nicht an der Ausbildung oder am Grundversorgungsauftrag beteiligten, die besonders lukrative Fälle der übrigen Spitäler abwerben würden und deren Gewinne auf den Konten von ausländischen Investoren landeten, noch stärker aus der OKP abgegolten werden als bisher, kritisierte Barbara Gysi. Dadurch käme es zu einem Anstieg der Prämien der Grundversicherten, zu einer Mengenausweitung durch die Privatspitäler – bereits jetzt würden halbprivat oder privat versicherte Personen zum Beispiel 2.2-mal häufiger am Knie operiert als Grundversicherte – sowie zu einem Anstieg der Anzahl Privatspitäler. Schliesslich unterliefe dies auch die Spitalplanung der Kantone. Letzteren Punkt betonte auch Bundesrat Berset. Kommissionssprecherin Humbel entgegnete hingegen, dass Privatkliniken nicht per se teurer seien als öffentliche Spitäler und es überdies nur zehn davon gebe. Heute würden 45 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler durch die Kantone sowie 100 Prozent der ambulanten Leistungen durch die Versicherungen vergütet; mit einem Anteil von 74.5 Prozent wäre der Unterschied zu heute somit vernachlässigbar. Die grosse Kammer sprach sich in der Folge mit 132 zu 56 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) deutlich für den Antrag der Kommissionsmehrheit und die höhere Vergütung für die Vertragsspitäler aus.

Bei der Frage nach der zukünftigen Rolle der gemeinsamen Einrichtung der Versicherungen entschied sich der Rat gegen eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) und eine Minderheit Carobbio (sp, TI) dafür, dass die Einrichtung neu auch für die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherungen zuständig sein soll. Sowohl Aeschi als auch Carobbio hatten mit ihren Anträgen beabsichtigt, die Rolle der Kantone in EFAS zu stärken; Thomas Aeschi wollte den Kantonen die Möglichkeit geben, das Geld selbst zu verteilen, während Marina Carobbio der gemeinsamen Einrichtung die Kontrolle über die Zahlungen übertragen wollte, damit die Kantone den Versicherungen nicht blind vertrauen müssten, wie Bea Heim (sp, SO) erklärte.

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.⁴¹

STANDESINITIATIVE
DATUM: 04.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Zwischen Juni und Dezember 2018 reichten die Kantone St. Gallen (Kt.Iv. 18.309), Thurgau (Kt.Iv. 18.318), Basel-Stadt (Kt.Iv. 18.322) und Basel-Landschaft (Kt.Iv. 18.324) vier ähnliche Standesinitiativen für eine **kostendeckende Finanzierung der Kinderspitäler und Kinderkliniken** ein. Darin forderten sie, dass die erbrachten ambulanten wie stationären Leistungen in Kinderspitälern und -kliniken in der Tarifstruktur kostendeckend vergütet werden sollten. Die vier Kantone betonten als Standort- (SG, BS, BL) respektive Trägerkantone (TG) eines der drei eigenständigen Schweizer Kinderspitäler ihre Betroffenheit, zumal sie die defizitären Spitäler seit Jahren subventionieren müssten – die beiden Basler Kantone zum Beispiel mit CHF 10 Mio. jährlich.

Sowohl im spitalambulanten als auch im stationären Bereich sei die Tarifierung für die eigenständigen Kinderspitäler und die in Erwachsenenspitälern integrierten Kinderkliniken ungenügend, kritisierten sie. Bei den Kinderspitälern kämen verschiedene, erschwerende Faktoren zusammen: So müssten diese einerseits die ganze Leistungskette von der Grund- bis zur hochspezialisierten Medizin anbieten, regelmässig besonders aufwendige angeborene Erkrankungen behandeln und hätten

andererseits kaum je die Möglichkeit zur Quersubventionierung durch privat oder halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten.

Zusätzlich angestiegen seien die jährlichen Defizite zudem durch den Tarmed-Eingriff des Bundesrates 2018. Das Defizit des Ostschweizer Kinderspitals zum Beispiel sei in der Folge von CHF 4.2 Mio. (2016) auf CHF 6.3 Mio. (2018) gestiegen; der Kostendeckungsgrad im ambulanten Bereich des Basler Kinderspitals sei von 78 auf 68 Prozent gesunken. Nicht besser sehe es im stationären Bereich aus, wo die Fallpauschalen der Swiss DRG die Leistungen ebenfalls nicht adäquat abbildeten. Diese Probleme würden jedoch von der IV und gewissen Krankenkassen nicht anerkannt, obwohl sowohl nationale als auch internationale Evidenz die höheren Kosten von Kinderspitälern gegenüber Erwachsenenspitälern in der Höhe von 20 bis 30 Prozent belege.

Der Kanton Basel-Landschaft ergänzte die generelle Handlungsaufforderung der anderen drei Kantone durch eine Liste mit konkreten Forderungen: Er verlangte die Aufhebung der Tarmed-Zeitlimitierungen für die Konsultationszeit, eine separate, kostendeckende Taxpunktbeurteilung, die Ausnahme der Kinderkliniken von der «Liste der grundsätzlich ambulant durchzuführenden elektiven Eingriffe» (also von Eingriffen, die zeitlich relativ frei gewählt werden können), eine Anpassung der Swiss-DRG-Tarifstruktur auf einen Kostendeckungsgrad der Kinderspitäler von 100 Prozent sowie eine genügende Abbildung der IV-Fälle in der Tarifstruktur.

Im August 2019 behandelte die SGK-SR die vier Standesinitiativen gemeinsam und liess dabei Vertreterinnen und Vertreter der vier Kantone zu Wort kommen. Die Kommission anerkannte, dass die Eigenheiten der Kindermedizin bei der Tarifierung oft ungenügend berücksichtigt würden, empfand aber eine Kommissionsmotion als das zielführendere Mittel als die Standesinitiativen, da der Bundesrat die Tarifstrukturen im ambulanten und stationären Bereich genehmigen müsse. Folglich nahm sie die Forderung der vier Kantone in eine eigene Motion (Mo. 19.3957) auf und empfahl die vier Standesinitiativen zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten zur Ablehnung.

Im Dezember 2019 folgte der Ständerat dem Kommissionsantrag stillschweigend, lehnte die vier Initiativen ab und nahm stattdessen die Kommissionsmotion an.⁴²

PARLAMENARISCHE INITIATIVE
DATUM: 17.01.2020
ANJA HEIDELBERGER

Bereits kurze Zeit nach der Behandlung der Vorlage für eine **einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich** durch den Nationalrat setzte sich die SGK-SR damit auseinander und hörte erste Vertretungen der Kantone und der Versicherungen an. Sie würdigte die Arbeit ihrer Schwesterkommission, erachtete den Entwurf «in der vorliegenden Fassung [aber] weder [als] ausgereift noch [als] mehrheitsfähig». In der Folge erteilte sie der Verwaltung einen Auftrag zu umfassenden Abklärungen zu zahlreichen Detailfragen, unter anderem zur Frage des Einbezugs der Pflegefinanzierung, wie sie auch eine Motion der SGK-NR (Mo. 19.3002) verlangt hatte. Den entsprechenden Bericht publizierte die Kommission im Februar 2021.

In diesem **Bericht** zog das EDI das Fazit, dass der Einbezug der Pflegeleistungen in EFAS wünschenswert sei, da Fehlanreize verhindert, die Kostenanteile der verschiedenen Leistungsträger «dauerhaft stabilisiert» und die koordinierte Versorgung gefördert werden können. Zuerst müsse dafür aber die Kostentransparenz verbessert und die Tarifierung der Pflegeleistungen neu geregelt werden, was innerhalb von fünf Jahren erledigt werden könne. Folglich soll EFAS mit einer Übergangsfrist von drei Jahren noch ohne Pflegeleistungen eingeführt werden, diese sollten nach insgesamt sieben Jahren zusätzlich integriert werden. Unklar bleibe aber, wie gross der Finanzierungsanteil der Kantone im Pflegebereich sein müsse – 2016 hätte dieser 27.5 bis 27.9 Prozent betragen. Gleich bleiben soll der Kostenbeitrag der Patientinnen und Patienten an den Pflegeleistungen, so dass keine neuen Kosten für die EL entstehen sollten. Mit dem Einbezug der Pflegeleistungen komme es gegenüber heute zu Verschiebungen in der Belastung der einzelnen Kantone – abhängig davon, wie stark ambulante Leistungen in den jeweiligen Kantonen heute schon genutzt würden, so der Bericht. Deshalb soll der «Übergang zum neuen Finanzierungsteiler schrittweise erfolgen» und maximal ein Prozentpunkt pro Jahr betragen. Zudem sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, weitere Leistungsbereiche zu steuern, etwa bezüglich Psychologinnen und Psychologen. Ansonsten sollten die neuen, im Rahmen der Zulassungskriterien für Leistungserbringende geschaffenen Instrumente zur Steuerung genügen, resümierte das EDI. Dieses hiess überdies die Beteiligung der Kantone an den Tariforganisationen für ambulante Bereiche und ihre Aufnahme in die gemeinsame Einrichtung KVG gut, zumal die Kantone den ambulanten Bereich ja neu auch mitfinanzieren würden. Eine Änderung der vom Nationalrat vorgeschlagenen Regelungen verlangte das EDI beim Finanzierungsanteil der OKP für Vertragsspitäler. Dieser sollte gemäss Nationalrat von 45 auf rund 75 Prozent erhöht werden, wovon das EDI aber eine Kostensteigerung

erwartete. Denn durch die Möglichkeit für (Zusatz-)Versicherungen, Spitäler unter Vertrag zu nehmen, verliere die kantonale Spitalplanung an Relevanz. Um dies zu verhindern, soll der Finanzierungsanteil bei 45 Prozent für Vertragsspitäler belassen werden. Schwierig tat sich das EDI schliesslich damit, die finanziellen Einsparungen von EFAS zu quantifizieren. Einsparungen seien vor allem dadurch möglich, dass die Versicherungen mehr Anreize hätten, ambulante anstelle von stationären Leistungen zu fördern, da sie neu auch gleichermassen für Letztere aufkommen müssten. Schätzungen bezifferten das Sparpotenzial auf bis zu CHF 3 Mrd., «wobei allerdings unklar ist, welcher Teil davon in der Praxis tatsächlich realisierbar ist».

Im April 2021 nahm die Kommission ihre Behandlung der Reform wieder auf und führte erneut «umfangreiche Anhörungen» durch – unter anderem neu auch mit Vertretenden der Patientenschaft, der Ärzteschaft, der Spitäler, der Pflegeheime und der Spitex. In der Folge gab die Kommission einen Zusatzbericht zu ausgewählten Fragen in Auftrag und reichte eine Motion (Mo. 22.3372) ein, mit der sie vom Bundesrat eine Evaluation der einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG verlangte. Der **Zusatzbericht** der Verwaltung erschien im November 2021 und behandelte Fragen zu Kostenneutralität, finanziellen Auswirkungen und Sparpotenzialen, Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone, Tariforganisationen sowie erneut zum Einbezug der Pflegeleistungen.

Auf Grundlage dieser zwei Berichte startete die Kommission im Januar 2022 in die **Detailberatung**, unterbrach diese aber im März 2022 bereits wieder, um die künftigen Vorgaben für die individuelle Prämienverbilligung im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Prämienentlastungs-Initiative abzuwarten. Anfang Juli 2022 schloss die Kommission ihre erste Lesung der EFAS-Vorlage ab und bereitete sich mit der zweiten Lesung auf die in der Herbstsession 2022 anstehende Behandlung im Ständerat vor.⁴³

MOTION
DATUM: 10.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

Obwohl sie – wie zuvor auch der Bundesrat – das Anliegen der Motion ihrer Schwesterkommission mit dem Titel «**Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten**» unterstützte, empfahl die SGK-SR die Motion mit 8 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) zur Ablehnung. Der Bundesrat habe die entsprechende Massnahme bereits ins erste Kostendämpfungspaket aufgenommen, weshalb sich die Motion erübrige. Stillschweigend stimmte die grosse Kammer diesem Antrag zu und lehnte die Motion ab.⁴⁴

**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.⁴⁵

POSTULAT
DATUM: 14.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2020 **schrieb** der Nationalrat auf Antrag des Bundesrates, der das Postulat der SGK-NR zur **Evaluation der kantonalen Systeme bezüglich Fallpauschalen und Globalbudget** mit Vorliegen des Berichts als erfüllt erachtete, den Vorstoss stillschweigend **ab**.⁴⁶

MOTIONDATUM: 25.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

Noch während der Covid-19-Pandemie beantragten die Mitte-Fraktion im Nationalrat (Mo. 20.3263) und Erich Ettlin (cvp, OW; Mo. 20.3282) im Ständerat in je einer identischen Motion, dass die Schweiz **Lehren aus der Covid-19-Pandemie für das Schweizer Gesundheitssystem ziehen** solle. Demnach solle der Bundesrat geeignete Massnahmen bezüglich der Beanspruchung der medizinischen Notfallversorgung aufzeigen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen forcieren, die Finanzierung indirekter, durch Einnahmeausfälle der Leistungserbringer entstehende Kosten der Pandemie regeln, wobei nicht die Prämienzahlenden dafür aufkommen sollten, sowie den Influenza-Pandemieplan überarbeiten. «Die Covid-19-Pandemie ist und war ein Stresstest für unser Gesundheitssystem», betonte die Fraktion. Sie habe verschiedene Defizite im Gesundheitswesen aufgezeigt, die nun angegangen werden müssten. Der Bundesrat empfahl die Motionen zur Annahme, er habe vor, die «Erfahrungen aus der aktuellen Pandemie in einem Bericht aufzuarbeiten», dabei werde er die Anliegen der Motionen umsetzen. Der Bericht könne aber erst nach Abschluss der Bewältigung der Pandemie erstellt werden. Stillschweigend nahmen National- und Ständerat die jeweiligen in ihrem Rat eingereichten Motionen im September 2020 an.⁴⁷

MOTIONDATUM: 08.03.2021
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2021 nahm nach dem Nationalrat auch der **Ständerat** die Motion der Mitte-Fraktion stillschweigend an, wonach **Lehren aus der Covid-19-Pandemie für das Schweizer Gesundheitssystem** gezogen werden sollen. Zuvor hatte sich auch die SGK-SR einstimmig für die Motion ausgesprochen.⁴⁸

POSTULATDATUM: 16.09.2021
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2021 sprach sich der Nationalrat für ein Postulat der SGK-NR aus, mit dem die **Hürden für die Spitalwahl ausserhalb des Wohnkantons abgebaut** werden sollten. Dadurch soll ein «gewisser Wettbewerb zwischen den Listenspitälern der Kantone» gewährleistet werden. Aktuell wird der Wettbewerb zum Beispiel dadurch eingeschränkt, dass ausserkantonale Spitäler nur selten auf die jeweiligen kantonalen Spitallisten gesetzt werden, wie etwa der Evaluation der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung zu entnehmen ist. Neu sollen deshalb nur noch die Spitäler des Standortkantons auf der Spitalliste aufgeführt werden müssen. Dennoch müssten die Vergütungen der Krankenversicherungen und Wohnkantone auch bei einem auswärtigen Eingriff demjenigen Betrag entsprechen, den die Versicherten für einen Eingriff in ihrem eigenen Kanton zugute hätten. Der Bundesrat hatte sich gegen das Postulat ausgesprochen, zumal er die Umsetzung der Motion 18.3388 der SGK-NR im zweiten Kostendämpfungspaket abwarten wollte und überdies bereits dabei sei, entsprechende Gespräche mit den betroffenen Akteuren zu führen. Fast einstimmig (151 zu 1 Stimmen bei 1 Enthaltung) nahm der Nationalrat das Postulat jedoch an.⁴⁹

VERWALTUNGSAKTDATUM: 03.12.2021
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2021 **genehmigte** der Bundesrat die im März 2021 eingereichte neue Tarifstruktur für den stationären Bereich der Rehabilitation (**ST Reha**), hiess die aktualisierten Versionen von **SwissDRG** (für stationäre akutsomatische Spitalleistungen) und **TARPSY** (für Leistungen der Psychiatrie) gut und verlängerte die Gültigkeit der **Tarifverträge zur Vergütung einer Krebstherapie** (autologe CAR-T-Zelltherapie) bis Ende 2022.

Gleichentags genehmigte er auch vier Tarifverträge zur Festlegung des Taxpunktwertes für Leistungen der diagnostischen Neuropsychologie, wie sie die Tarifpartner (Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, Spitalverband H+, CSS, Einkaufsgemeinschaft HSK) ausgearbeitet hatten.⁵⁰

PARLAMENTARISCHE INITIATIVEDATUM: 26.09.2022
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2022 setzte sich der **Ständerat** erstmals mit dem Entwurf für eine **einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich** auseinander und nahm dabei verschiedene gewichtige Änderungen am Entwurf vor. Der Rat folgte dabei überall seiner Kommissionsmehrheit, deren Position Erich Ettlin (mitte, OW) darlegte.

Die zentrale Änderung gegenüber der nationalrätlichen Version stellte der **Einbezug der Pflegefinanzierung** in EFAS dar, wie ihn die Kantone ausdrücklich gefordert hatten. Der Nationalrat hatte einen solchen noch abgelehnt, da die dafür nötigen Informationen, etwa zur Kostentransparenz, erst beschafft werden müssten. Um unter anderem diesen fehlenden Informationen Rechnung zu tragen, soll die Pflegefinanzierung gemäss Vorschlag der SGK-SR jedoch erst nach sieben Jahren integriert werden.

Stillschweigend folgte der Ständerat seiner Kommission in dieser zentralen Frage. Doch auch allgemein will sich der Ständerat bei der Umsetzung von EFAS Zeit lassen, so sollen erst drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes die ersten Umstellungen erfolgen, wobei während der anschliessenden vier Jahre die Anteile der Kantone langsam gesteigert werden – sieben Jahre nach Inkrafttreten sollen demnach die Kostenbeteiligungsziele der Kantone erfüllt sein. Minderheiten von Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) und Josef Dittli (fdp, UR), welche eine Umsetzungszeit von neun Jahren respektive einen vom Bundesrat festzulegenden Spielraum zwischen sieben und neun Jahren forderten, fanden keine Mehrheit.

Als Reaktion auf den Einbezug der Pflegefinanzierung legte die kleine Kammer den **Kantonsbeitrag an die ambulanten und stationären Kosten** auf 26.9 Prozent fest – der Nationalrat hatte ohne Pflegefinanzierung einen Beitrag von 25.5 Prozent vorgesehen. Damit wird der Kantonsbeitrag proportional zu den entstandenen Kosten bemessen und soll lediglich die Nettoleistungen berücksichtigen. Eine Minderheit Hegglin (mitte, ZG) hatte beantragt, auf die Bruttokosten abzustellen. Der Kantonsbeitrag wäre demnach aufgrund der gesamten Leistungen ohne Franchisen oder Selbstbehalt berechnet worden. So befürchtete Minderheitensprecher Hegglin, dass Personen mit hohen Franchisen bei Berücksichtigung der Nettobeträge benachteiligt würden und die Versicherungen die Prämien für hohe Franchisen zukünftig erhöhen müssten, weil sich die Kantone stärker an den Kosten von Personen mit tiefen Franchisen beteiligten. Die Kommissionsmehrheit und der Bundesrat erachteten es allerdings als eine – wohl sogar verfassungsrechtlich – unzulässige Ungleichbehandlung, wenn sich die Kantone an den Kosten von Franchisen und Selbsthalten beteiligten, nicht aber die Versicherungen. Mit 28 zu 11 Stimmen folgte der Ständerat seiner Kommissionsmehrheit und lehnte damit auch den von der Minderheit vorgeschlagenen tieferen Kantonsbeitrag von 24.1 Prozent der Bruttokosten ab.

Als weiteren zentralen Punkt stärkte der Ständerat die Position der Kantone bezüglich **Datenzugang und Steuerungsmöglichkeiten**. Bisher verfügten die Kantone über sämtliche jährlich anfallenden 1.3 Mio. Rechnungen der stationären Behandlungen – da sie diese mitfinanzierten. Da sie neu aber auch die ambulanten Leistungen mitfinanzieren werden, verlangten sie zusätzlich Zugang zu den 130 Mio. Rechnungen der ambulanten Behandlungen. Dies lehnten jedoch die Versicherungen ab, da sie eine Verlängerung der Zahlungsverfahren befürchteten. Nach einem runden Tisch des BAG schlug die Kommissionsmehrheit vor, dass die Kantone weiterhin nur die Originalrechnungen des stationären Bereichs erhalten, eine Minderheit Stöckli (sp, BE) wollte jedoch den Kantonen auch Zugang zu aggregierten Daten zur Kostenentwicklung gewähren. Man solle die «Stellung der Kantone nicht unzulässig herabminder[n]» und ihnen Zugang zu denjenigen Daten geben, die sie für ihre vielen Aufgaben benötigen, verlangte er. Mit 22 zu 20 Stimmen lehnte der Ständerat diese Ergänzung jedoch knapp ab. Generell sollen die Kantone somit eine Wohnsitzkontrolle und eine formale Prüfung der stationären Leistungen vornehmen können, jedoch keine Prüfung der WZW-Kriterien.

Hingegen verbesserte der Ständerat die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone, unter anderem durch eine neue Zulassungssteuerung bei nichtärztlichen Leistungserbringenden – bisher war nur eine Zulassungssteuerung bei ärztlichen Leistungserbringenden möglich. In Übereinstimmung mit der überwiesenen Motion 20.3914 sollte neu aber zum Beispiel auch bei psychotherapeutischen Leistungen ein Zulassungsstopp aufgrund eines überdurchschnittlich starken Anstiegs des Kostenniveaus verglichen mit anderen Kantonen möglich sein. Eine Minderheit Dittli erachtete dies «weder [als] nötig noch [als] sinnvoll», unter anderem da die bestehenden «Instrumente der Wirtschaftlichkeitskontrolle und der Qualitätsentwicklung» für eine Kontrolle der Kosten ausreichen. Mit 23 zu 16 Stimmen folgte der Ständerat aber seiner Kommissionsmehrheit.

Gestärkt werden sollte unter anderem auch die Gemeinsame Einrichtung KVG, indem diese zukünftig die Kantonsbeiträge berechnet, einfordert und die Aufteilung der Gelder der Kantone an die Versicherungen übernimmt. Neu sollen nach dem Willen des Ständerates zudem die Kantone darin Einsitz erhalten.

Im Nationalrat sehr umstritten war die Frage nach der **Vergütung der Vertragsspitäler**, die bisher bei 45 Prozent durch die Versicherungen lag, während die Listenspitäler neben den 45 Prozent durch die Versicherungen auch 55 Prozent Vergütung durch die Kantone erhielten. Die grosse Kammer wollte diese Vergütung der Vertragsspitäler von 45 Prozent auf 73.1 Prozent erhöhen, um den Finanzierungsanteil aus der OKP gleich zu behalten wie bei den Listenspitälern. Der Ständerat entschied sich hingegen stillschweigend für den bundesrätlichen Vorschlag, um eine Attraktivitätssteigerung der

Vertragsspitäler und damit eine Einschränkung der Wirksamkeit der Spitalplanung zu verhindern.

Abgelehnt wurde schliesslich auch ein Minderheitsantrag Carobbio Guscelli, der ausdrücklich sicherstellen wollte, dass bei Anstieg der kantonalen Beteiligung die **Kosten für die Prämienzahlenden in gleichem Verhältnis sinken**. Bereits bei der Spitalfinanzierung 2012 sei der erhoffte dämpfende Effekt auf die Prämien ausgeblieben, mit dieser Regelung solle dieser deshalb sichergestellt werden, forderte die Minderheitensprecherin – jedoch vergeblich. Mit 30 zu 11 Stimmen lehnte der Ständerat den Antrag ab, Kommissionssprecher Ettlín hatte argumentiert, dass die Prämien automatisch sinken müssten, da sie «den Gesundheitskosten eines Kantons entsprechen müssen».

In der Folge sprach sich die kleine Kammer in der **Gesamtabstimmung** mit 29 zu 6 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) für den Entwurf aus. Die ablehnenden Stimmen und Enthaltungen stammten hauptsächlich von Mitgliedern der SP- und der Grünen-Fraktion.⁵¹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 29.11.2022
ANJA HEIDELBERGER

Im November 2022 präsentierte die SGK-NR ihren Entwurf für eine **Änderung des KVG bezüglich der dreijährigen Tätigkeitspflicht zur Zulassung von Leistungserbringenden zur Abrechnung mit der OKP**.

Erst per 1. Januar 2022 hatte das Parlament die Zulassungsbeschränkungen für ausländische Leistungserbringende verschärft. Seither können bereits in der Schweiz tätige Ärztinnen und Ärzte ohne dreijährige Tätigkeit an einer Schweizer Weiterbildungsstätte, welche zuvor bereits über die OKP abgerechnet hatten, entsprechend den Übergangsbestimmungen zwar weiterhin praktizieren, jedoch nicht in einen anderen Kanton wechseln oder selbständig werden. Entsprechend gefährde die neue Regelung die ambulante medizinische Grundversorgung in der Schweiz, insbesondere in Randregionen, kritisierte die Kommission. Folglich soll eine bis Ende 2027 befristete Ausnahmeregelung die neu geschaffene Zulassungsbeschränkung abschwächen. Demnach sollen Kantone, die in Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine Unterversorgung aufweisen, Ausnahmen von dieser Zulassungsbeschränkung vornehmen können. Eine Minderheit Glarner (svp, AG) beantragte, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von der Liste der Fachgebiete zu streichen. Anlässlich der von August bis Oktober 2022 durchgeführten **Vernehmlassung** waren 73 Stellungnahmen eingegangen, welche die Ausnahmeregelung mehrheitlich grundsätzlich guthiessen. Diskutiert wurde insbesondere, ob die Fachgebiete, für welche die Ausnahmeregelung gelten soll, abschliessend aufgelistet oder ihre Bestimmung den Kantonen überlassen werden soll, und ob die Kantone die Regelung in eigene Gesetze giessen müssen oder sich direkt auf das KVG beziehen können sollen.⁵²

Unfallversicherung

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 24.09.2015
FLAVIA CARONI

Eine parlamentarische Initiative Hardegger (sp, ZH) verlangte, **Spitalinfektionen versicherungsrechtlich analog zu Unfällen zu behandeln**. Das Unfallversicherungsgesetz sollte entsprechend angepasst werden. In der Begründung des Vorstosses hiess es, dies sei angemessen, da eine in einer medizinischen Einrichtung erworbene Infektion ein unerwartetes und nicht beabsichtigtes Ereignis darstelle und damit die Definition eines Unfalles erfülle. Solche Infektionen können zudem schwerwiegende Folgen für die Betroffenen haben. Die SGK des Nationalrates beantragte, der parlamentarischen Initiative keine Folge zu geben. Sie betonte, für die Prävention von Spitalinfektionen sollte mehr getan werden, und verwies auf laufende Bestrebungen. Würden die Kosten einer Spitalinfektion bei Patientinnen und Patienten, die nicht aufgrund eines Unfalls in Behandlung waren, von der Unfallversicherung übernommen, sei das jedoch systemwidrig. Die Unfalldefinition sei nicht erfüllt, und nicht die gesamte Bevölkerung sei nach UVG versichert. Der Nationalrat folgte in der Herbstsession 2015 nach kurzer Diskussion seiner Kommission und lehnte den Vorstoss mit 97 zu 65 Stimmen ab.⁵³

1) APS-Zeitungsanalyse 2022 – Sozialversicherungen

2) AB NR, 2007, S. 1710.

3) AB SR, 2008, S. 1045.

4) BZ, 27.6.89. Bund, 23.2.89.; Presse vom 21.12.89. Bund, 4.1.90.; TA, 20.10.89; Bund, 11.11.89

5) AS, 1991, S. 17 ff. und 606 ff.; Bund und NZZ, 4.12.90; TA, 31.12.90.

- 6) Presse vom 1.10. und 9.10.91; BZ, 4.3.91; LNN, 28.3.91
- 7) Amtl. Bull. StR, 1991, S. 1000 ff.
- 8) Amtl. Bull. NR, 1991, S. 2358 ff.; Amtl. Bull. StR, 1991, S. 1082 ff.
- 9) Amtl. Bull. StR, 1992, S. 840 ff. und 856 ff.; Presse vom 25.9. und 29.9.92.
- 10) Amtl. Bull. NR, 1992, S. 1961 ff, 1988 ff., 2001 ff.; Presse vom 3.10., 7.10. und 8.10.92.
- 11) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1852 ff.; Amtl. Bull. StR, 1993, S. 1063 ff., Amtl. Bull. StR, 1993, S. 741 ff.
- 12) Bund, 31.12.93.
- 13) Presse vom 19.4. und 5.7.94 sowie 10.4.95, Amtl. Bull. NR, 1994, S. 1143
- 14) NZZ, 3.7.96; Presse vom 25.10.96; Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie: Bund, 25.10.96
- 15) Bund, 25.6., 15.7., 17.8. und 21.8.96; Presse vom 25.10.96.
- 16) Presse vom 23.11.96, Vgl. K. Müller, "Bedarfsgerechte Spitalversorgung - Voraussetzungen und Kriterien zur Erfüllung des KVG", in CHSS, 1996, Nr. 4, S. 205 ff.; P. Atteslander, "Der Patient als Ware. Medizin im Spannungsfeld gesellschaftlicher Erwartungen", in NZZ, 1.3.96.; L'Hebdo, 9.5.96 und Ww, 4.7.96
- 17) CHSS, 1997, S. 64 ff.; Presse vom 21.2.97.; Motion Hochreutener: Amtl. Bull. NR, 1997, S. 1459 f.; Umsetzung des KVG: Amtl. Bull. NR, 1997, S. 705 ff.; Stellungnahme des BR zu Fragen der GPK: BBI, 1998, S. 1782 ff.; Kostendämpfungsmassnahmen des neuen KVG beginnen zu greifen: CHSS, 1997, S. 275 ff.
- 18) Presse vom 30.6.97.
- 19) BBI, 1997, IV, S. 1424 ff.; Presse vom 25.10.97.
- 20) BBI, 2000, S.4267ff.; Presse vom 2.6.00.
- 21) AB NR, 2000, S. 1501ff.; AB NR, 2000, S. 1507ff.; AB NR, 2000, S. 1547ff.
- 22) BBI, 2004, S. 5551 ff. und 5599 ff.; Presse vom 13.5. und 16.9.04; NZZ, 21.10.04.
- 23) Presse vom 22.11. und 23.11.05; NZZ, 12.11.05.
- 24) AB SR, 2006, S. 67 ff.
- 25) AB NR, 2007, S. 413 ff., 430 ff., 447 ff. und 528 ff.
- 26) BBI, 2007, S. 6541 ff. und 6549 ff. (BR); AB SR, 2007, S. 765 ff., 1038 f. und 1213; AB NR, 2007, S. 1777 f., 1876 und 2078; AS, 2008, S. 9.
- 27) AB NR, 2007, S. 1646 ff., 1650 ff., 1769 ff., 1942 ff., 1985 und 2074 f.; AB SR, 2007, S. 1028 ff., 1036 ff., 1144 f., 1198 f. und 1210.; AB SR, 2007, S. 765; AB NR, 2007, S. 1176.
- 28) Dokumentation der SwissDRG AG zu TARPSY; Internetseite BAG zu SwissDRG [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu ST Reha [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu SwissDRG [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu TARPSY [Stand 3.1.21]
- 29) AB NR, 2013, S. 2201 f.; AB NR, 2015, S. 2290; AB NR, 2017, S. 2178; Bericht SGK-NR vom 13.11.15; Bericht SGK-NR vom 2.11.17; Bericht SGK-NR vom 25.10.13; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.2.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.4.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 19.11.11
- 30) BO CN, 2011, p. 529.
- 31) SGT, 18.4.13; SoZ, 18.8.13; SO, 29.9.13; AZ, 8.11.13.
- 32) AB NR, 2016, S. 683 ff.
- 33) Medienmitteilung BR vom 2.9.16
- 34) AB NR, 2017, S. 2189 ; AB NR, 2018, S. 31
- 35) Erläuternder Bericht vom 19.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; NZZ, 12.4., 21.4.18
- 36) Ergebnisbericht Vernehmlassung vom 25.1.19; NZZ, TA, 26.5.18; WW, 31.5.18; SoZ, 16.9.18
- 37) AB NR, 2018, S. 1446 ff.
- 38) BBI 2019, S. 3499 ff; Medienmitteilung SGK-NR vom 30.8.19; Medienmitteilung SGK-NR vom 5.4.19; Medienmitteilung SGK-SR (09.528) vom 17.5.19
- 39) BBI 2019, S. 5725 ff.
- 40) Bericht in Erfüllung des Postulats der SGK-NR
- 41) AB NR, 2019, S. 1876 ff.; AZ, 4.4.19; LT, TA, TG, 9.8.19; SGT, 15.8.19; BaZ, 21.9.19; NZZ, 26.9.19; Lib, TA, TG, 27.9.19
- 42) AB SR, 2019, S. 1058 ff.; Bericht SGK-SR vom 12.8.19
- 43) Bericht EDI vom 30.11.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.7.22; Medienmitteilung SGK-SR vom 12.2.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 17.1.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 30.3.22; Zusatzbericht EDI vom 29.10.21
- 44) AB SR, 2020, S. 111 f.; Bericht SGK-SR vom 16.1.20
- 45) Bericht über die Vernehmlassungsergebnisse; Medienmitteilung BR vom 12.6.20
- 46) BBI 2020, 3359
- 47) AB NR, 2020, S. 1891; AB SR, 2020, S. 927 f.
- 48) AB SR, 2021, S. 131 f.; Bericht SGK-SR vom 22.2.21
- 49) AB NR, 2021, S. 1658 f.
- 50) Medienmitteilung BR vom 3.12.21 (Neuropsychologie); Medienmitteilung BR vom 3.12.21 (ST Reha)
- 51) AB SR, 2022, S. 1114 ff.
- 52) Erlassentwurf vom 29.11.22
- 53) AB NR, 2015, S. 1855 ff.