

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	18.04.2024
Thema	Sozialversicherungen
Schlagworte	Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal
Akteure	Bischof, Pirmin (cvp/pdc, SO) SR/CE, Hegglin, Peter (cvp/pdc, ZG) SR/CE, Berset, Alain (sp/ps) BR EDI / CF DFI
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2022

# Impressum

## Herausgeber

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

## Beiträge von

Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja

## Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, 2012 – 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 18.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	<b>1</b>
<b>Sozialpolitik</b>	<b>1</b>
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	1

# Abkürzungsverzeichnis

<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>FINMA</b>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>BVGer</b>	Bundesverwaltungsgericht
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>MiGeL</b>	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
<b>IPV</b>	Individuelle Prämienverbilligung
<b>EAMGK</b>	Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
<hr/>	
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>FINMA</b>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
<b>UE</b>	Union européenne
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>TAF</b>	Tribunal administratif fédéral
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>LiMA</b>	Liste des moyens et appareils de AOS
<b>RIP</b>	Réduction individuelle de primes
<b>CFAMA</b>	Commission fédérale des analyses, moyens et appareils
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Sozialversicherungen

#### Krankenversicherung

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 15.02.2012  
FLAVIA CARONI

Nach der Vernehmlassung im Vorjahr unterbreitete der Bundesrat dem Parlament einen Entwurf zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes zur **Korrektur der zwischen 1996 und 2011 bezahlten Prämien**, der jedoch im Berichtsjahr noch nicht im Plenum debattiert wurde. Zudem kündigte Bundesrat Berset an, in Zukunft grosse Prämienunterschiede zwischen den Kantonen verhindern zu wollen. Im Zuge der Stärkung der Aufsicht über die obligatorische Krankenversicherung soll das BAG die Möglichkeit erhalten, stark über den effektiven Kosten liegende Prämien nachträglich zu korrigieren.<sup>1</sup>

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 12.03.2013  
FLAVIA CARONI

Im **Ständerat** empfahl die Kommissionsmehrheit, auf das Geschäft einzutreten und es anschliessend mit dem Antrag an den Bundesrat zurückzuweisen, eine Lösung mit einer Lockerung des Vertragszwangs vorzulegen. Eine Minderheit Eder (fdp, ZG) sprach sich für Nichteintreten aus, eine Minderheit Schwaller (cvp, FR) für eine Ablehnung der Rückweisung und damit für die noch nicht erfolgte Detailberatung in der Kommission. Die Mehrheit stellte die Verfassungsmässigkeit des Zulassungsstopps, welcher per dringliches Bundesrecht eingeführt worden und danach zwei Mal verlängert worden war, in Frage. Sie befürchtete eine Verschärfung des Mangels an inländischem Ärztenachwuchs bei einem erneuten Stopp und kritisierte die Unklarheit darüber, ob die Massnahme in den vergangenen Jahren überhaupt zu Kosteneinsparungen geführt habe. Nicht zuletzt sei zweifelhaft, ob der im Nationalrat angenommene Einzelantrag überhaupt mit der Personenfreizügigkeit vereinbar sei, da er ausländische Ärzte diskriminiere. Die Minderheit Eder erklärte, sie sei mit der Hin-und-Her-Politik der letzten Jahre nicht mehr einverstanden und wolle endlich eine umfassende Lösung. Sie wisse dabei verschiedene Parteien und Verbände sowie etliche Kantone hinter sich. Eine erneute Zulassungsbeschränkung sei ein schlechtes Signal an die jungen Ärztinnen und Ärzte, laufe dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zuwider und sei rechtsstaatlich bedenklich. Zudem sei eine konsequente Marktlösung einer erneuten Regulierung des Angebots vorzuziehen. Die Minderheit Schwaller warnte vor ein bis zwei zusätzlichen Prämienprozenten, würde das Wachstum der Anzahl Zulassungen nicht gebremst, und führte aus, einzig die Massnahme eines Zulassungsstopps könne bereits kurzfristig dagegen wirksam werden. Eintreten wurde schliesslich mit 27 zu 17 Stimmen beschlossen. Beim Rückweisungsantrag ergab sich ein Patt von 22 zu 22 Stimmen. Mit Stichtentscheid des Präsidenten Lombardi (cvp, TI) ging das Geschäft zur Detailberatung an die Kommission. Diese nahm umfassende Abklärungen vor bezüglich der Verfassungsmässigkeit des Bundesratsentwurfes, der Wirkungen der bisherigen Zulassungsbeschränkungen und insbesondere der Vereinbarkeit des vom Nationalrat aufgenommenen Zusatzes mit der Personenfreizügigkeit. Die Gutachten verschiedener Experten zu letzterem kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Die Abklärungen dauerten einige Zeit, womit das ursprüngliche Ziel des Innenministers Berset, den Zulassungsstopp bereits im April wieder einzuführen, nicht mehr erreicht werden konnte. Um eine möglichst rasche Beschlussfassung zu erreichen, hatte der Bundesrat im Vorjahr beschlossen, das Gesetz als dringlich einzustufen. Die Detailberatung im Ständerat fand in der Sommersession statt. Berset betonte zu Beginn der Debatte, bei dem 2012 beobachteten Anstieg der Neuzulassungen handle es sich nicht um einen simplen Aufholeffekt, was daran zu erkennen sei, dass der Anstieg in der ersten Jahreshälfte 2013 unverändert angehalten habe. Zu reden gab insbesondere die vom Nationalrat eingefügte Ausnahmebestimmung, wonach Ärzte mit mindestens fünfjähriger Schweizer Berufserfahrung von der Zulassungspflicht ausgenommen wären. Die Kommissionsmehrheit sprach sich mit Verweis auf die Personenfreizügigkeit dagegen aus. Eine Minderheit Rechsteiner (sp, SG) strebte einen Kompromiss an, indem sie die Frist auf drei Jahre beschränken wollte und gab an, ein allfälliges Ritzen der Personenfreizügigkeit angesichts der Vorteile in Kauf nehmen zu wollen. Diese Position unterlag mit 22 zu 18 Stimmen. Diskutiert wurden auch die Kompetenzen der Kantone bei der Festlegung der Kriterien für ein Bedürfnis nach Zulassungen von Leistungserbringern. Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) sprach sich für die Version des Bundesrates aus, wonach die Kantone „anzuhören“ seien. Die Kommissionsmehrheit verlangte dagegen, der Bund habe die Kriterien mit den Kantonen zusammen

einvernehmlich festzulegen. Die Minderheit begründete ihre Position damit, dass die Haltungen der Kantone stark auseinandergingen und eine Lösung im Einvernehmen damit nicht zu finden sei. Die Mehrheit hielt dagegen, die Kantone würden die Bedürfnisse auf ihrem Gebiet am besten kennen und dürften nicht von der Hauptstadt aus bevormundet werden. Mit 22 zu 21 Stimmen folgte der Rat der Position der Mehrheit. In der Gesamtabstimmung sprachen sich 25 Kantonsvertreter für den Entwurf aus, 15 dagegen.<sup>2</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 04.03.2014  
FLAVIA CARONI

In der Frühjahrsession 2014 befasste sich der Ständerat erneut mit dem Entwurf für ein Bundesgesetz zur **Aufsicht über die soziale Krankenversicherung**. Im Vorjahr hatte die kleine Kammer als Erstrat einen vom Entwurf des Bundesrates abweichenden Entschluss gefasst. Danach hatte die grosse Kammer, in der eine Mehrheit eine Überregulierung des Krankenversicherungsmarktes befürchtete, beschlossen, das Geschäft an den Bundesrat zurückzuweisen, damit dieser eine Ergänzung und Verbesserung der Aufsicht in Form einer Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vornehme und auf die Schaffung eines neuen Gesetzes verzichte.

In der ersten Runde der Differenzbereinigung beschloss der Ständerat nun nach einer kurzen Debatte, die Rückweisung an den Bundesrat abzulehnen und am im Vorjahr beschlossenen Entwurf festzuhalten. Er folgte damit dem Antrag einer grossen Mehrheit seiner Kommission und des Gesundheitsministers, der erneut betonte, für viele wichtige Aufsichtstätigkeiten fehlten heute die gesetzlichen Grundlagen.

Bereits in der folgenden Woche schloss sich der Nationalrat dem Beschluss des Ständerates an und verzichtete auf eine Rückweisung an den Bundesrat. Das Geschäft ging damit an die SGK-NR zur Detailberatung. In der Herbstsession gelangte das Gesetz erneut in den Nationalrat. Die Debatte stand im Zeichen der knapp drei Wochen später stattfindenden Abstimmung über eine öffentliche Krankenkasse und gestaltete sich äusserst ausführlich. Während die bürgerliche Mehrheit ihren grundsätzlichen Widerstand gegen das neue Gesetz angesichts der drohenden Einführung einer Einheitskasse aufgab, scheiterten zahlreiche linke Anträge auf Verschärfung der Aufsicht. Die Kommissionsmehrheit ging mit Bundes- und Ständerat einig in der Absicht, die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung im neu zu schaffenden Krankenversicherungsaufsichtsgesetz KVAG zu regeln. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) setzte sich dagegen weiter für eine Integration einiger ihrer Ansicht nach wesentlicher Bestimmungen des Entwurfes in das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Fallenlassen der restlichen Artikel ein. Dazu wollte sie das Geschäft erneut an die Kommission zurückweisen. Die bestehenden Aufsichtsinstrumente seien bei konsequenter Anwendung absolut ausreichend, so die Begründung. Alle Fraktionen bis auf jene der SVP betonten jedoch die Wichtigkeit des neuen Aufsichtsgesetzes und seiner sofortigen Beratung, woraufhin der Rückweisungsantrag mit 144 zu 40 Stimmen abgelehnt wurde und die Detailberatung begann. In der umstrittenen Frage der Kontrolle von Versicherungsgruppen folgte der Nationalrat dem Ständerat gegen den Antrag des Bundesrates und einer Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH): Das BAG soll demnach innerhalb einer Gruppe, welche verschiedene Versicherungsprodukte wie Zusatzversicherungen, Taggeldversicherungen und Pensionskassen anbietet, nur jene Geschäftsbeziehungen kontrollieren können, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffen. Linke und Grünliberale warnten vor neuen Missbrauchsmöglichkeiten, unterlagen jedoch bei allen diese Problematik berührenden Artikeln den bürgerlichen Fraktionen, die ausführten, es sei nicht die Aufgabe des BAG, ausserhalb der Krankenversicherung liegende Versicherungsbereiche zu kontrollieren. Diese Kontrolle liege in der Zuständigkeit der FINMA, mit der es keine Konflikte zu schaffen gelte. Ein linker Minderheitsantrag Carobbio (sp, TI), der die Publikation von Prämien vor deren Genehmigung durch das BAG verbieten wollte, wie es der Bundesrat vorgesehen und der Ständerat beschlossen hatte, scheiterte an der bürgerlichen Mehrheit im Rat. Diese folgte der Kommissionsmehrheit in ihrem Beschluss, die provisorischen Prämien dürften mit Hinweis auf deren noch ausstehende Genehmigung veröffentlicht werden. Ebenso klar scheiterten zwei Minderheitsanträge de Courten (svp, BL): Der erste wollte den Passus streichen, wonach das BAG die Genehmigung von Prämien verweigern kann, falls diese zur Bildung übermässiger Reserven führe. Der zweite wollte im Gesetz festschreiben, dass während der Dauer eines Beschwerdeverfahrens zwischen dem BAG und einer Krankenkasse über die Prämienhöhe automatisch die höhere der beiden vorgeschlagenen Prämien zur Anwendung kommen sollte. Die Anträge wurden nur von der SVP- und der BDP-Fraktion unterstützt. Einen wichtigen Teil des neuen Gesetzes bilden die Bestimmungen über die Rückerstattung zu hoher Prämien. Der Rat folgte seiner Kommission diskussionslos darin, den Prämienausgleich für die Kassen freiwillig zu erklären: Der Versicherer "kann" gemäss diesem Beschluss einen Prämienausgleich vornehmen. Die Rückerstattung

erfolgt dabei an alle im fraglichen Jahr bei der Kasse versicherten Personen, auch wenn diese inzwischen den Kanton oder die Kasse gewechselt haben, und er erfolgt im Folgejahr. Der Ständerat hatte sich noch für einen zwingenden Ausgleich ausgesprochen, der im übernächsten Jahr an jene Personen erfolgen sollte, die nach wie vor bei der Kasse versichert sind. Bundesrat und Ständerat hatten die Möglichkeit einer Regulierung der Werbekosten und der Provisionen für Vermittler durch die Regierung vorgesehen. Im Gegensatz dazu wollte der Nationalrat lediglich die aktuell fehlende gesetzliche Grundlage für eine Branchenvereinbarung zur Regelung der Telefonwerbung und der Vermittlerprovisionen schaffen. Ebenfalls gegen die Version von Bundes- und Ständerat sowie einer nur von der SVP-Fraktion gestützten Minderheit de Courten (svp, BL) folgte der Rat seiner Kommissionsmehrheit darin, die Kassen zum gesonderten Ausweisen von Werbe- und Vermittlerkosten in der Jahresrechnung zu zwingen. Eine Abschwächung des Entwurfs zugunsten der Kassen beschloss der Nationalrat bei der Offenlegung der Entschädigungen für die Mitglieder der leitenden Organe: Während Bundes- und Ständerat sowie eine Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH) eine Offenlegung sämtlicher Entschädigungen des Verwaltungsrats und der höchsten Entschädigung der Geschäftsleitungsmitglieder jeweils unter Namensnennung anstrebten, folgte der Rat seiner Kommissionsmehrheit darin, auf die Namensnennung zu verzichten. Die linke Minderheit hatte argumentiert, ihre Version folge Richtlinien der Economiesuisse und es gelte, das Vertrauen der Bevölkerung in die Krankenkassen wieder zu stärken. Sie unterlag der bürgerlichen Mehrheit, welche gleiche Regeln wie bei den übrigen obligatorischen Sozialversicherungen schaffen wollte. Ein Minderheitsantrag Pezzatti (fdp, ZG) war erfolgreich, der im Falle besonderer Überprüfungen durch die externe Revisionsstelle die Kosten nur dann der geprüften Kasse anlasten will, falls ein Verdacht auf schwere Mängel besteht. Bei der Kontrolle durch von der Aufsichtsbehörde herangezogene Dritte gewann die Kommissionsmehrheit gegen eine Minderheit Carobbio (sp, TI) mit ähnlichem Resultat: Die Kosten sollen den Kassen nur dann angelastet werden können, wenn tatsächlich Unregelmässigkeiten festgestellt werden. Die Minderheit wollte angesichts der Unsicherheit über zukünftige Entwicklungen keine abschliessende Aufzählung der Fälle, in denen diese Möglichkeit besteht, die Mehrheit dagegen argumentierte mit Klarheit und Rechtssicherheit. Seiner Kommissionsmehrheit gegen eine Minderheit Steiert (sp, FR) folgend, beschloss der Nationalrat auch, im Gesetz die möglichen sichernden Massnahmen, welche die Aufsichtsbehörde gegen die Kassen verfügen kann, abschliessend aufzuzählen. Zudem sollten diese nur bei schwerwiegenden Verletzungen der Bestimmungen des KVAG oder des KVG anwendbar sein und vom BAG formell verfügt werden. In der Gesamtabstimmung sprachen sich alle Fraktionen bis auf jene der SVP geschlossen für das neue Gesetz aus. Durch die SVP-Fraktion zog sich ein Röstigraben: Während die Deutschschweizer Mitglieder sich gegen das neue Gesetz aussprachen, stimmten alle welschen und Tessiner Mitglieder dafür oder enthielten sich ihrer Stimme. Es resultierten 139 Stimmen für und 40 gegen das neue Gesetz (8 Enthaltungen).

Bereits in der Folgewoche gelangte das Geschäft zur zweiten Runde der Differenzbereinigung erneut in den Ständerat. Die Debatte war verhältnismässig kurz, und völlig unkontrovers – der Rat folgte in allen Punkten ohne Gegenvoten seiner Kommission. Die Differenzen zum Nationalrat wurden mehrheitlich, jedoch nicht vollständig behoben. So wurde am Verbot der Publikation noch nicht genehmigter Prämien festgehalten, ebenso an der Bestimmung, wonach die betroffenen Kassen die Kosten der speziellen Prüfung durch eine externe Revisionsstelle zu bezahlen haben und dies auch dann, wenn kein Verdacht auf schwere Mängel besteht. Gemäss der vom Ständerat gewählten Version kann das BAG die Kosten aber in Ausnahmefällen ganz oder teilweise erlassen. Auch in der Frage der sichernden Massnahmen wollte der Ständerat nicht von seinem Beschluss abrücken: Diese sollen bei jeglichen, und nicht nur bei schwerwiegenden, Verletzungen des KVG und KVAG sowie ohne formelle Verfügung des BAG anwendbar sein und im Gesetz nicht abschliessend aufgezählt werden.

Mit diesen drei verbliebenen Differenzen gelangte das Geschäft bereits am Folgetag wiederum in den Nationalrat. Dieser schloss sich auf Empfehlung seiner Kommission gegen eine Minderheit de Courten (svp, BL) bei der Frage der Prämienbekanntgabe mit grosser Mehrheit dem Ständerat und damit dem Verbot der Publikation noch nicht bewilligter Prämien an. Bei der Frage der Kostenübernahme für eine externe Überprüfung eines Versicherers schlug die SGK-NR einen Mittelweg vor, nach welchem der Versicherer die Kosten zu tragen hat, falls ein Hinweis auf Unregelmässigkeiten oder gesetzeswidrige Handlungen vorliegt. Dem folgte der Rat stillschweigend. Bei den sichernden Massnahmen forderte die Kommissionsmehrheit, dem Ständerat zuzustimmen, während eine Minderheit de Courten (svp, BL) an der eigenen Version festhalten wollte. Mit 113 zu 66 Stimmen schloss der Rat sich der Mehrheit an.

Damit verblieb die neue Formulierung als einzige Differenz zum Ständerat, welche dieser unmittelbar darauf und eine knappe Woche vor der Abstimmung über die Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse diskussionslos ausräumte.

Somit erübrigte sich eine Einigungskonferenz, vor der diverse Voten bereits gewarnt hatten, und die Räte schritten am 26. September zur Schlussabstimmung. Im Nationalrat wurde das neue Gesetz mit 139 zu 51 Stimmen bei 8 Enthaltungen angenommen. Die Gegenstimmen kamen aus der SVP-Fraktion, wobei sich wiederum 4 Mitglieder für das Gesetz aussprachen und 3 der Stimme enthielten. Im Ständerat sprachen sich 41 Mitglieder für und 4 gegen das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz aus, wobei sich kein Ständeratsmitglied der Stimme enthielt. Die bis zum 15. Januar 2015 laufende Referendumsfrist verstrich ungenutzt.<sup>3</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 18.02.2015  
FLAVIA CARONI

Im Februar 2015 legte der Bundesrat seine Botschaft für eine Teilrevision des Krankenpflegeversicherungsgesetzes betreffend der **Steuerung des ambulanten Bereichs** vor. Ziel ist eine dauerhafte Lösung des Problems des Überangebotes von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten in gewissen Regionen. Damit soll einerseits die Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleistet, andererseits der Kostenanstieg in der obligatorischen Krankenversicherung abgeschwächt werden. Die per Ende Juni 2016 auslaufende temporäre Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer wird dadurch abgelöst. Herausstechendes Merkmal der Vorlage ist, dass sie die Verantwortung gänzlich in die Hände der Kantone legt: Diese erhalten die Möglichkeit zur Einschränkung der Zulassungen, sind dazu jedoch nicht verpflichtet. Als „so föderalistisch wie möglich“ bezeichnete Bundesrat Berset den Vorschlag, mit dem auch der scharfen Kritik Rechnung getragen wurde, welche die Kantone in der Vernehmlassung gegenüber dem ursprünglichen Entwurf geäußert hatten. Die dort vorgesehenen Interventionsmöglichkeiten des Bundesrates bei den Tarifen sahen sie als Eingriff in die auf diesem Gebiet herrschende Kantonsautonomie. Die Vorlage soll nicht bloss der Verhinderung von Überversorgung mit medizinischen Leistungen dienen: Bereits heute verfügen viele Kantone über Fördermassnahmen zur Ansiedelung von Ärztinnen und Ärzten in Gemeinden, in denen eine Unterversorgung herrscht. Diese Massnahmen sollen durch die Revision eine rechtliche Grundlage erhalten. Beide Interventionsarten sollen die Kantone nicht alleine beschliessen können. Sie sind zur Konsultation einer aus Vertretungen der betroffenen Kreise zusammengesetzten Kommission verpflichtet, welche Versicherte, Leistungserbringerinnen und Krankenversicherer umfasst. Weil sowohl die Vertragsfreiheit als auch eine Beschneidung der freien Arztwahl bisher immer am Widerstand des Parlaments oder der Stimmbevölkerung gescheitert waren, erachtete der Bundesrat seinen Vorschlag als beste Lösung – sie sei somit mehrheitsfähig. Nichtsdestotrotz formierte sich bereits Widerstand auf bürgerlicher Seite, wo die Aufhebung der Vertragspflicht bevorzugt würde, und bei den Ärztinnen und Ärzten, welche einen Ärztemangel und einen erschwerten Berufseinstieg befürchteten.<sup>4</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 07.09.2015  
FLAVIA CARONI

In der Herbstsession 2016 behandelte der Nationalrat als Erstrat die Bundesratsvorlage zur **Steuerung des ambulanten Bereichs** in der obligatorischen Krankenversicherung. In der Eintretensdebatte sprach sich eine Mehrheit der nationalrätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit für Eintreten aus, eine Kommissionsminderheit Stolz (fdp, BS) für Nichteintreten. Die Kommissionssprecherin und der Kommissionssprecher betonten, gemäss Ansicht der Mehrheit sei nun der Zeitpunkt gekommen, die Angelegenheit nicht mehr im Dringlichkeitsverfahren, sondern im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren zu regeln. Darin erschöpfte sich die Übereinstimmung mit der Ansicht des Bundesrates jedoch bereits weitgehend. Die Kommission hatte dessen Entwurf verworfen und einen Alternativvorschlag erarbeitet, um insbesondere den Bedenken vor einer staatlichen Überregulierung mit langen, komplizierten Prozessen entgegenzukommen. Ihr Entwurf lehnte sich stark an der bisherigen Übergangsbestimmung an. Die Voraussetzung für die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten, mindestens drei Jahre lang an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben, soll erhalten bleiben, um einen übermässigen Zustrom aus dem Ausland zu verhindern. Auf Vorschriften für die Kantone, was im Falle einer von Überkapazitäten oder einer Unterversorgung zu tun ist, soll dagegen verzichtet werden. Anstelle von „Steuerung des ambulanten Bereichs“ erhielt die Vorlage den Titel „Regulierung der Zulassung“. Die bestehende Lösung habe sich bewährt, so der Tenor, und schränke junge inländische Ärztinnen und Ärzte oder solche mit einer schweizerischen Ausbildung nicht in ihrer beruflichen Entwicklung ein. Zudem gewährleiste er die Patientensicherheit. Handlungsbedarf sei eindeutig



gegeben, wie die Zahlen aus der Periode ohne Zulassungsbeschränkung zeigten – ein Kostenwachstum von 8,6 Prozent innerhalb eines Jahres. Die Zeit sei zudem recht knapp, da die bestehende Übergangsregelung bis Ende Juni 2016 befristet ist. Die aus Mitgliedern der SVP und FDP bestehende Minderheit, welche für Nichteintreten plädierte, vertrat damit die Position der Krankenversicherer. Der Minderheitssprecher kritisierte den Vorschlag des Bundesrates, ging jedoch nicht näher auf den Alternativvorschlag der Kommission ein. Die Befürworter der Zulassungsbeschränkung könnten deren Wirksamkeit nicht belegen, führte er aus, weshalb auf einen Eingriff zu verzichten sei. Durch das Nichteintreten bleibe der Druck aufrecht, nach besseren Lösungen zu suchen. Bundesrat Berset sprach sich in einem ausführlichen Plädoyer für Eintreten und erneut für das Modell des Bundesrates aus, wobei er konstatierte, dass dieses angesichts des Fehlens einer unterstützenden Kommissionsminderheit vorerst vom Tisch war. Er werde sich im Zweitrat erneut für die ursprüngliche Variante einsetzen. 111 Ratsmitglieder, mehrheitlich aus den Fraktionen der SP, der CVP-EVP, der Grünen, Grünliberalen und der BDP, sprachen sich für Eintreten aus, 76 dagegen. In der Detailberatung folgte der Rat dem Antrag der Kommission diskussionslos und nahm den Entwurf mit 128 zu 44 Stimmen bei einer Enthaltung an. Die Nein-Stimmen kamen aus der SVP- und der gespaltenen FDP-Liberalen Fraktion. Alle anderen Fraktionen drückten geschlossen ihre Zustimmung aus.<sup>5</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 30.11.2015  
FLAVIA CARONI

Das Geschäft des Bundesrates zur **Steuerung des ambulanten Bereichs** bzw. der Regulierung der Zulassung im Rahmen des KVG gelangte in der Wintersession 2015 in den Ständerat. Eine knappstmögliche Mehrheit der Gesundheitskommission sprach sich für Eintreten ein, eine Minderheit Gutzwiller (fdp, ZH) für Nichteintreten. Der Mehrheitssprecher verwies auf die Notwendigkeit einer Steuerung angesichts des engen Zusammenhangs zwischen Ärztedichte und Kostensteigerung im Gesundheitsbereich. Die Kantone wünschten sich eine Steuerungsmöglichkeit und der Ärzteverband FMH habe der weniger weit gehenden Lösung des Nationalrats, im Gegensatz zu jener des Bundesrates, zugestimmt. Das wichtigste Argument für ein Eintreten sei jedoch der Zeitdruck angesichts der im Sommer 2016 auslaufenden Übergangslösung, welche durch eine dauerhafte Regelung abgelöst werden soll. Der Minderheitssprecher erklärte, die Minderheit wolle sich für eine liberale Markt- und Wettbewerbsordnung einsetzen und sei daher gegen jegliche Form der Zulassungssteuerung. Eine staatliche Planung des ambulanten Gesundheitsbereichs lehne man ab. Der vorliegende Entwurf benachteilige systematisch junge Ärztinnen und Ärzte, seine kostensenkende Wirkung sei zweifelhaft und er sei angesichts eines drohenden Ärztemangels und nach der Annahme der Initiative gegen die Zuwanderung nicht angemessen. Bundesrat Berset betonte in seinem Plädoyer das Gewicht des ambulanten Sektors innerhalb des Gesundheitswesens, welcher rund 40% der Kosten ausmacht. Er wies darauf hin, dass bei Nichteintreten keine alternative Lösung zur Auswahl stehe, insbesondere da die von der Kommissionsminderheit geforderte Vertragsfreiheit nicht mehrheitsfähig ist. Des weiteren wies er auf die Absicht des bundesrätlichen Entwurfs hin, den Kantonen ein nötiges und nachgefragtes Steuerungsinstrument zur Verfügung zu stellen, welches ihnen im ambulanten Bereich bislang fehlt. Dennoch stellte sich der Bundesrat hinter die Kompromisslösung des Nationalrates, welche auch von den Kantonen unterstützt wird. Der Kompromiss sei der Aussicht auf eine erneute Periode ohne Zulassungssteuerung und mit einer in die Höhe schnellenden Zahl neuer Praxen vorzuziehen. Schliesslich sprachen sich 28 Kantonsvertreterinnen und -vertreter für Eintreten aus, 16 dagegen.

In der Detailberatung empfahl die vorberatende Kommission dem Plenum mit 9 zu 2 Stimmen bei einer Enthaltung, der Vorlage des Nationalrates zuzustimmen. Eine Minderheit Maury Pasquier (sp, GE) forderte, zusätzlich einen Passus einzufügen, wonach Kantone, deren Ärztedichte 20% oder mehr über dem nationalen Durchschnitt liegt, vom Bundesrat auf Antrag hin die Erlaubnis erhalten können, für die Zulassung weiterer Ärztinnen und Ärzte einen Bedürfnisnachweis zu verlangen. Derzeit würde dies die Kantone Basel Stadt und Genf betreffen. Nur so handle es sich um eine echte Zulassungssteuerung, welche auch Resultate verspreche, begründete Nationalrätin Maury Pasquier ihren Antrag. Dabei gehe es primär darum, eine bessere Verteilung der Ärztinnen und Ärzte auf dem Gebiet der Schweiz zu erzielen. Der Vorschlag werde von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren voll unterstützt. Dagegen wurde vorgebracht, der Grenzwert von 20% sei willkürlich und die Kantonsgrenzen seien für die Bestimmung von Gebieten mit einer übermässigen Ärztedichte ungeeignet – als relevant angesehen wird vielmehr die Unterscheidung zwischen urbanen und ländlichen Regionen.

Die Gegner jeglicher Zulassungssteuerung führten Bedenken bezüglich der Kompatibilität einer solchen mit der Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Union an. Die EU habe die bisherige Handhabung bereits mehrfach kritisiert, mit Blick auf ihre Vorläufigkeit jedoch akzeptiert. Bei der Überführung in ein Bundesgesetz könne von dieser Akzeptanz nicht mehr einfach ausgegangen werden, und auch der Bundesrat habe sie bereits mehrfach angezweifelt, was der anwesende Gesundheitsminister bestätigte. Der Mehrheitssprecher der Kommission erklärte, nach der Konsultation führender Expertinnen und Experten im Bereich Europarecht habe sich die Kommission anno 2012 dafür entschieden, das relativ geringe Risiko eines Konfliktes einzugehen, und dazu sei sie auch heute bereit. Die Anforderung einer dreijährigen Tätigkeitsdauer bei einer anerkannten Weiterbildungsinstitution im Inland sei massvoll und vertretbar. Bundesrat Berset sagte, die Unsicherheit bezüglich der Reaktion der EU bestehe nach wie vor und sei einer der Gründe für den ursprünglichen Vorschlag des Bundesrates gewesen, den das Parlament aber nicht unterstützte. Es gelte daher, die Angelegenheit weiterhin im Auge zu behalten.

Für den Antrag der Kommissionsmehrheit stimmten 27, für jenen der Minderheit 14 Kantonsvertreterinnen und -vertreter, zwei enthielten sich der Stimme. Stillschweigend beschloss der Rat, die geltende Übergangsbestimmung bezüglich jener Ärztinnen und Ärzte, welche bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren, ins Gesetz aufzunehmen, um Rechtslücken zu vermeiden. Damit entstand eine Differenz zum Nationalrat. In der Gesamtabstimmung gingen 32 Stimmen für den Entwurf ein, 12 dagegen, es gab keine Enthaltungen. Damit ging das Geschäft zur Differenzbereinigung an die grosse Kammer.<sup>6</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 06.06.2016  
FLAVIA CARONI

In der Sommersession 2016 nahm sich der Ständerat der parlamentarischen Initiative der SGK-NR für eine **Verlängerung der Gültigkeit von Artikel 55a KVG** bis Juni 2019 an. Die vorberatende Kommission empfahl mit 8 zu 0 Stimmen und 3 Enthaltungen die Annahme, wenn auch, so die Sprecherin, ohne Begeisterung. Man erwarte vom Bundesrat so rasch wie möglich einen Vorschlag für eine Regelung, um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen langfristig und gezielt einzudämmen. Aus diesem Grund beantragte die Kommission ihrem Rat gleichzeitig, die Motion der SGK-NR für eine neue Zulassungsregelung nach 2019 anzunehmen. Zwar war in den Voten von einer „griechischen Tragödie“ die Rede, dennoch wurde nach der Stellungnahme Bundesrat Bersets, der versicherte, dass auch der Bundesrat an einer dauerhaften Lösung interessiert sei, Eintreten ohne Gegenantrag beschlossen und die parlamentarische Initiative wurde in der Gesamtabstimmung mit 34 zu 6 Stimmen bei 3 Enthaltungen angenommen. Die ablehnenden Stimmen kamen aus der SVP- und der FDP-Fraktion. Die Dringlichkeitsklausel war von dieser Entscheidung noch ausgenommen; über sie hatte zunächst wieder der Nationalrat zu entscheiden.<sup>7</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 07.03.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2017 behandelte der Ständerat als Zweitrat den Entwurf zu den parlamentarischen Initiativen Humbel (10.407) und Rossini (13.477) zur **finanziellen Entlastung der Familien bei den Krankenversicherungsprämien**. Wie bereits im Erstrat war auch im Ständerat vor allem die Frage nach den Prämienverbilligungen für Kinder aus Haushalten mit unteren oder mittleren Einkommen umstritten. Ein Minderheitsantrag Dittli (fdp, UR) beabsichtigte, die Kantone in der Vergabe ihrer Prämienverbilligungen nicht weiter einzuschränken und die Höhe der IPV für Kinder bei 50 Prozent zu belassen. So hatten sich die Kantone in der Vernehmlassung gegen diesbezügliche Änderung ausgesprochen, zumal sie bezweifelten, dass die Mittel, die sie bei den IPV der Jugendlichen dank deren Entlastung beim Risikoausgleich sparen können, genug seien, um diese höheren IPV für Kinder zu finanzieren. So rechnete Roland Eberle (svp, TG) zum Beispiel für den Kanton Thurgau vor, dass eine solche Änderung in der Tat deutlich höhere Kosten nach sich ziehen würde. Hans Stöckli (sp, BE) und Gesundheitsminister Berset wiesen jedoch darauf hin, dass diese Erhöhung der Prämienverbilligungen für Kinder das „Kernstück“ respektive das „Herz“ der Vorlage seien und sich durch einen Verzicht darauf im Vergleich zu heute kaum etwas ändern würde. Zudem hätten die Kantone freie Hand bei der Abgrenzung von „unteren und mittleren Einkommen“. Ganz knapp, mit 22 zu 21 Stimmen (0 Enthaltungen), sprach sich der Ständerat für eine solche Entlastung der Eltern aus. Nachdem die kleine Kammer auch bei den übrigen Artikeln keine Differenzen zum Nationalrat geschaffen hatte und die Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 27 zu 9 Stimmen (8 Enthaltungen) deutlich annahm, war die Vorlage bereit für die Schlussabstimmungen. Dabei blieben Überraschungen aus, der Nationalrat stimmte diesen Änderungen des KVG mit 192 zu 4

Stimmen (1 Enthaltung) und der Ständerat mit 32 zu 6 Stimmen (7 Enthaltungen) zu.<sup>8</sup>

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

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

Die betroffenen Akteure reagierten unterschiedlich auf die Revision. Der Kassenverband Curafutura lobte die Revision und erwartete deutliche Einsparungen bei den Prämien; Santésuisse hingegen bezweifelte, dass die durch die Revision möglichen finanziellen Reduktionen tatsächlich die von Bundesrat Berset angegebene Höhe erreichen würden. Negative Reaktionen kamen vor allem von den Leistungserbringern: Der Ärzteverband FMH sorgte sich aufgrund der Revision wie bereits in der Vernehmlassung vor möglichen Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich. Für die Ärzte bedeute dies zudem eine Reduktion ihrer Vergütungen um durchschnittlich 10 Prozent, vereinzelt könne es gar zu Reduktionen bis 30 Prozent kommen. Dies veranlasste die Presse zu Spekulationen, ob die Revision den Anreiz der Ärzteschaft gesteigert habe, ihre eigene Tarifrevision Tarco voranzutreiben. Deren Erarbeitung hatte sich zuvor als schwierig erwiesen, weil höhere Ansätze bei den einen Ärzten aufgrund der nötigen Kostenneutralität zu finanziellen Einbussen für andere Ärzte führen würden. Der Spitalverband H+ betonte schliesslich, dass die Anpassung des Tarmed die Situation der Spitäler weiter verschlechtern werde. Aufgrund dieser unterschiedlichen Rückmeldungen waren sich die Medien nicht einig, ob die Revision eine gute oder schlechte Nachricht für die Patienten sei. Zwar setze der Bundesrat damit ein Zeichen gegen die ständig wachsenden Prämien, jedoch seien Einsparungen von einer halben Milliarde pro Jahr bei jährlichen Gesundheitskosten von etwa CHF 70 Mrd. eher ein Tropfen auf den heissen Stein.<sup>9</sup>

**MOTION**  
DATUM: 26.02.2018  
ANJA HEIDELBERGER

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

Um eine diskussionslose Annahme der Motion zu verhindern, bekämpfte Barbara Gysi

(sp. SG) den Vorstoss im Dezember 2017. In der Nationalratsdebatte in der Frühjahrsession 2018 verdeutlichte der Motionär nochmals den Nutzen des Vorstosses: Da das Gesundheitswesen sehr stark reglementiert sei, sei ein Innovationsartikel nötig, um einzelne Änderungen in dieser komplexen Materie zu testen. Der Innovationsartikel stelle dabei die materiell-rechtliche gesetzliche Grundlage für Abweichungen vom geltenden Recht dar. Dabei sollten alle betroffenen Akteure nur freiwillig und bei reversiblen Projekten mitmachen. Man habe bereits im Asylbereich mit einem solchen Innovationsartikel gearbeitet. Barbara Gysi wies darauf hin, dass ein Innovationsartikel «nicht per se einfach nur etwas Gutes» sei. Pilotprojekte sollten nicht zu offen ausgelegt sein und keine Präjudize schaffen. Aufgeschreckt habe sie insbesondere die Formulierung in der Begründung der Motion bezüglich einer Lockerung des Vertragszwangs. Dies sei ein Anliegen der Versicherungslobby, welcher der Motionär als Präsident von Santésuisse angehöre. Keinesfalls dürfe aber die Solidarität untergraben werden; der Vertragszwang sei für die Bevölkerung sehr wichtig, erklärte sie mit Verweis auf die Managed-Care-Abstimmung weiter. Daher bat sie den Bundesrat darzulegen, in welchen Bereichen Pilotversuche möglich sein sollen. Gesundheitsminister Berset erklärte, dass sich der Bundesrat bei Annahme der Motion auf den Motionstext, nicht auf dessen Begründung stützen werde, was Gysi überzeugte: Sie bekämpfte die Vorlage in der Folge nicht mehr, so dass diese stillschweigend angenommen wurde.<sup>10</sup>

**MOTION**  
DATUM: 07.03.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2016 reichte Martin Landolt (bdp, GL) eine Motion zur **Anpassung der ordentlichen Franchise** der OKP von CHF 300 auf mindestens CHF 400 ein. Seit ihrer Einführung 1996 war die ordentliche Franchise erst zweimal erhöht worden, letztmals 2004. Durch eine erneute Erhöhung solle die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden, da diese gemäss dem Motionär vermehrt Bagatelleleistungen in Anspruch nehmen würden. Zudem rechtfertige der Anstieg der Bruttokosten um 35 Prozent pro Person (2004: CHF 2'592, 2014: CHF 3'515) eine solche Massnahme. Der Bundesrat wies jedoch darauf hin, dass aufgrund zahlreicher Massnahmen wie der Verdoppelung der ordentlichen Franchise, der Anhebung des maximalen Selbstbehalts, dem Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthalts und der Verteuerung der höchsten Franchise die Kostenbeteiligung der Versicherten leicht stärker gestiegen sei als diejenige der Versicherer. Individuelle Prämienverbilligungen würden zudem zwar gegen die Prämienlast helfen, nicht aber bei den Kostenbeteiligungen. Folglich, so der Bundesrat, müssten auch die finanzielle Tragbarkeit und die Entwicklung der verfügbaren Einkommen berücksichtigt werden und da sähen die Verhältnisse ganz anders aus: Während die Kostenbeteiligungen der Versicherten um 111 Prozent angestiegen seien, seien die Nominallöhne nur um 23.6 Prozent gestiegen. International liege die Kostenbeteiligung der Schweizer Versicherten bereits sehr hoch. Da zudem im Rahmen des Postulats Schmid-Federer die Auswirkungen der Franchisenhöhe überprüft werden sollten, sei eine Erhöhung der Franchise verfrüht. Folglich empfehle er die Motion zur Ablehnung, erklärte der Bundesrat weiter.

Während der beiden Jahre zwischen Motionseinreichung und Erstbehandlung in der Frühjahrsession 2018 hatte sich in Sachen Franchisen viel getan: In der Sommersession 2016 hatte der Bundesrat die Motion Bischofberger angenommen, gemäss der die Franchisen laufend der Kostenentwicklung angepasst werden sollten. Der Bundesrat werde dem Parlament die Botschaft dazu in Kürze vorlegen, danach sei das Tempo der Revision vom Parlament abhängig, erklärte Gesundheitsminister Berset dem Nationalrat. Dies überzeugte jedoch die Mehrheit der grossen Kammer nicht, der Nationalrat sprach sich mit 140 zu 52 Stimmen für eine Annahme der Motion aus. Einzig die SP- und die Grünen-Fraktion lehnten den Vorstoss ab.<sup>11</sup>

**MOTION**  
DATUM: 07.03.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2016 lancierte die FDP.Liberalen-Fraktion eine Offensive zum Thema «**Franchisen**», indem sie gleich drei entsprechende Motionen einreichte. Demnach sollten Franchisen zukünftig regelmässig angepasst werden (Mo. 16.3110) und die Maximal- (Mo. 16.3111) und Minimalfranchise (Mo. 16.3112) sollten erhöht werden. Die Möglichkeit einer **Anpassung der Franchisenhöhe** sei bereits in der aktuellen Rechtslage gegeben; dies sei denn auch die Begründung für die Regelung der Franchisenhöhe der OKP auf Verordnungsstufe. Damit aber die Franchisen zukünftig regelmässig angepasst würden, solle der Bundesrat einen entsprechenden Mechanismus – zum Beispiel eine Bindung der Franchisenhöhe an die Lohn- und Preisentwicklung – vorsehen. Zur Stärkung der Eigenverantwortung und zur Entlastung des Gesundheitssystems soll zudem die **Maximalfranchise erhöht** oder eine neue

maximale Franchisestufe geschaffen werden. Dabei sei das zusätzlich übernommene finanzielle Risiko durch entsprechende Prämienrabatte auszugleichen. Dasselbe gelte für die Grundfranchise: Diese sei seit zwölf Jahren nicht angepasst worden, wodurch die positiven Anreize von höheren Franchisen – namentlich eine Steigerung des gesundheits- und kostenbewussten Verhaltens der Versicherten und eine Entlastung des Krankenkassensystems – nicht ausgenutzt werden könnten. Eine **Erhöhung der Grundfranchise** um CHF 100 bzw. CHF 200 würde zu Entlastungen von CHF 220 Mio. bzw. CHF 430 Mio. führen.

Der Bundesrat empfahl die drei Motionen grösstenteils aus denselben Gründen zur Ablehnung, die er bereits bei Beratung der Motion Landolt am gleichen Tag eingebracht hatte. So sei die Umsetzung der im Dezember 2016 angenommenen Motion Bischofberger in Arbeit, zudem sei die Kostenbeteiligung der Versicherten aufgrund zahlreicher Massnahmen wie der Verdoppelung der ordentlichen Franchise, der Anhebung des maximalen Selbstbehalts, dem Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthalts und der Verteuerung der höchsten Franchise leicht stärker gestiegen als diejenige der Versicherer. Des Weiteren, so der Bundesrat, müssten auch die finanzielle Tragbarkeit und die Entwicklung der verfügbaren Einkommen berücksichtigt werden: Die Kostenbeteiligungen der Versicherten seien um 111 Prozent angestiegen, die Nominallöhne jedoch nur um 23.6 Prozent. Bezüglich der Grundfranchise verwies der Bundesrat auf einen Bericht von Volken, Bopp und Rüesch zur Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dieser habe gezeigt, dass grösstenteils Personen, die selten Gesundheitsleistungen beanspruchten, die Maximalfranchise wählten. Eine Erhöhung der Maximalfranchise würde folglich noch mehr gesunde Personen anziehen, die dadurch eine grössere Prämienreduktion erfahren würden, während die OKP dadurch nicht entlastet würde. Dies würde in der Folge zu einem «bedeutenden Prämienanstieg» führen. Schliesslich wolle der Bundesrat auch den Bericht zum Postulat Schmid-Federer über die Auswirkungen der Franchisenhöhe abwarten, weshalb er die Anpassung der Verordnung über die Krankenversicherung sistiert habe. Folglich empfehle er die drei Motionen zur Ablehnung, erklärte der Bundesrat weiter.

In der Frühjahrssession 2018 behandelte der Nationalrat die drei Motionen gemeinsam. Dabei betonte Regine Sauter (fdp, ZH) für ihre Fraktion den Hintergrund der Vorstösse: Seit 1996 hätten sich die Bruttokosten zulasten der OKP mehr als verdoppelt. Ein Grund dafür liege darin, dass unnötige Leistungen beansprucht würden, da die eigene Kostenbeteiligung unerheblich sei. Mit den drei Motionen solle eine Verhaltensänderung beim Einzelnen erreicht und die Gesamtsolidarität gestärkt werden. Gesundheitsminister Berset verwies noch einmal auf die angenommene Motion Bischofberger, zu welcher der Bundesrat in Kürze eine Botschaft vorlegen werde, und bat den Rat darum, die drei Motionen, «qui ne nous mèneront pas plus loin», abzulehnen. Die grosse Kammer nahm die drei Vorstösse jedoch deutlich an: Die Zustimmung zur regelmässigen Anpassung der Franchisen (Mo. 16.3110) und zur Erhöhung der Maximalfranchise (Mo. 16.3112) schnitten mit 140 zu 53 Stimmen respektive mit 138 zu 55 Stimmen ähnlich gut ab. Kritischer zeigte sich der Rat bezüglich der Erhöhung der Minimalfranchise (Mo. 16.3111), die er mit 118 zu 75 Stimmen guthiess. Hier sprach sich neben der SP- und der Grünen-Fraktion, die bereits die beiden ersten Motionen abgelehnt hatten, auch die Mehrheit der CVP-Fraktion gegen die Änderung aus.<sup>12</sup>

**MOTION**  
DATUM: 07.03.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2016 beantragte Lorenz Hess (bdp, BE) in der Motion «**KVG. Innovation und Transparenz bei den Tarifen fördern**», dass neben den ambulanten und stationären Leistungen künftig auch die Tarife von Laboranalysen durch die Tarifpartner verhandelt werden. Unstimmigkeiten sollen durch eine von ihnen eingesetzte Rekursinstanz behandelt und falls nötig ans Bundesverwaltungsgericht weitergezogen werden können. Bisher würden die Labortarife einseitig und ohne Rekursmöglichkeiten in der Analyseliste festgelegt, was rechtsstaatlich fragwürdig sei, argumentierte der Motionär. Dass Anpassungen der Analyseliste äusserst lange dauerten – der Motionär sprach von durchschnittlich 22 Monaten –, sei innovationsfeindlich. Die Schaffung einer Rekursinstanz würde die Rechtsmittelverfahren beschleunigen, da die Entscheidungen durch spezialisierte Richter erfolgten und damit nur wenige Verfahren weitergezogen werden müssten.

Der Bundesrat erklärte, dass das EDI die Analyseliste aktuell unter Beratung der EAMGK, in der die verschiedenen Interessenverbände vertreten sind, erstelle und die Tarife festlege. Auch wenn die Tarife zukünftig durch die Tarifpartner festgelegt würden, würde das EDI weiterhin die Analyseliste generieren. Der Bundesrat bezweifelte jedoch aufgrund seiner Erfahrungen, zum Beispiel mit Tarmed, dass die Verhandlungen der



Versicherer oder Versichererverbände mit den zahlreichen, sehr unterschiedlichen Leistungserbringern tatsächlich zu einem einheitlichen Tarif führen würden. In der Frühjahrssession 2018 betonte Gesundheitsminister Berset zudem, dass das bisherige System gut funktioniere. Bereits heute hätten die Tarifpartner die Möglichkeit, Tarife festzusetzen, da die Analyseliste lediglich Höchsttarife beinhalte. Das täten sie jedoch nicht, was darauf hinweise, dass ein Konsens nur schwierig zu finden sei. Dennoch nahm der Nationalrat die Motion mit 140 zu 52 Stimmen an.<sup>13</sup>

**MOTION**  
DATUM: 15.03.2018  
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2018 behandelte der Ständerat die Motion der SGK-SR zur **Gleichbehaltung der Maximalrabatte bei allen Franchisen** (Mo. 17.3637), das Pendant zur Motion ihrer Schwesterkommission (Mo. 17.3633). Zwar wurden die Motionen Weibel (glp, ZH) – zur Anzahl Franchisen – und Stöckli (sp, BE) – zur Erhöhung des Maximalrabatts bei der zweittiefsten Franchise – offiziell erst im Anschluss an diesen Vorstoss behandelt, dennoch wurde deren Beratung teilweise bereits vorweggenommen. Dies erwies sich insofern als sinnvoll, als die Thematiken der Rabatte bei Franchisen und der Anzahl Franchisen gemäss dem Bericht zu den Auswirkungen der Franchisenhöhe eng verbunden sind. Dieser hatte gezeigt, dass mit den heutigen Rabatten lediglich die tiefste und die höchste Franchise ökonomisch sinnvoll sind. Die Motionen Weibel, SGK-NR und SGK-SR waren daher auch eingereicht worden, um zu verhindern, dass der Bundesrat die Empfehlungen des Berichts umsetzt und die Anzahl Franchisen oder die Rabatte auf den höheren Franchisen reduziert.

Bundesrat Berset betonte, dass eine Annahme der Kommissionsmotion eine Betonierung von sechs Franchisen bedeute, von denen vier aus ökonomischer Sicht ineffizient seien. Dies sei «un système dans lequel on trompe un peu les gens», indem man ihnen vormache, dass sie eine grössere Auswahl hätten, als sie es tatsächlich tun. Dabei handle es sich bei den Franchisen um ein Nullsummenspiel: Bei einer Annahme der Motion profitierten junge, gesunde Personen weiterhin von einem rechnerisch zu hohen Rabatt, während kranke und ältere Personen den Aufpreis zu bezahlen hätten. Der Gesundheitsminister betonte, dass der Bundesrat bei der Lösungssuche sehr offen gewesen sei und immer versichert habe, keine Lösung gegen den Willen des Parlaments durchzusetzen. Das Vorgehen des Parlaments, mit einer Annahme der Motion das aktuelle System zu betonieren, entspräche jedoch nicht dem Fair Play. Bei einer Annahme der Motion würde der Bundesrat zudem seine Anstrengungen bezüglich Rabatten bei Franchisen einstellen, die Diskussion wäre gelaufen. Abschliessend bat Bundesrat Berset folglich noch einmal um eine umfassende Lösung bezüglich der Franchisen, die den Versicherten ein effizientes, klares und transparentes System präsentiere. Trotz der teilweise fast flehenden Worte des Gesundheitsministers stimmten 29 Ständerätinnen und Ständeräte für die Kommissionsmotion, 10 Mitglieder der kleinen Kammer sprachen sich gegen den Vorstoss aus.<sup>14</sup>

**MOTION**  
DATUM: 19.09.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2018 behandelte die SGK-NR die Motion «**Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln**» ihrer Schwesterkommission. Mit 15 zu 7 Stimmen beantragte sie dem Nationalrat, die Motion anzunehmen, da er in der Frühjahrssession 2018 bereits eine Motion Hess (fdp, OW; 16.3193) mit ähnlichem Ziel angenommen hatte. Innovative Laboranalysen könnten schneller vergütet werden, wenn Versicherer und Leistungserbringer die Tarife aushandelten; sicher schneller, als die vom EDI benötigten zehn bis zwölf Monate, erklärte die Kommission. Dies erlaube auch, die Kosten im Gesundheitswesen indirekt zu senken, erklärte Lorenz Hess als Kommissionssprecher dem Nationalrat in der Herbstsession. Zudem helfe dies gegen Doppelmedikation und Fehlbehandlungen. Eine Minderheit der SGK-NR zweifelte hingegen an der Wirksamkeit der Motion. Yvonne Feri (sp, AG) verwies auf die Probleme bei Tarmed und erklärte, durch die zahlreichen Anbieter und Verhandlungspartner drohten auch bei den Laboranalysen Blockaden bei den Tarifverhandlungen; die Wirksamkeit der Tarifautonomie sei ein «Mythos». Deutlich wurde auch Gesundheitsminister Berset. «Un voeu pieux», also einen frommen Wunsch, oder gar «une certaine forme de naïveté» nannte er die Annahme der beiden Kommissionen, dass die Tarifpartner die entsprechenden Tarife in nützlicher Frist aushandeln könnten. Bereits heute hätten diese die Möglichkeit, tiefere Tarife auszuhandeln, sie täten es aber nicht, betonte Berset. Eindringlich bat er den Rat nochmals, die Motion abzulehnen. Dieser liess sich davon aber nicht überzeugen und nahm den Vorstoss mit 124 zu 57 Stimmen an.<sup>15</sup>

**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.<sup>16</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 26.11.2018  
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2018 beriet das Parlament die parlamentarische Initiative für eine **befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Art. 55 KVG**. Zuvor hatte sich der Bundesrat in einer Stellungnahme für die Vorlage ausgesprochen, weil damit für den Fall einer Verzögerung bei der Änderung des KVG bezüglich der Zulassung von Leistungserbringenden (BRG 18.047) ein Zeitraum ohne Zulassungsbeschränkung verhindert werden könne. Die Detailberatung des Bundesratsgeschäfts müsse jedoch umgehend angegangen werden, betonte der Bundesrat. Im erstbehandelnden Nationalrat erläuterten die Kommissionssprecher Nantermod (fdp, VS) und Hess (bdp, NR) sowie Gesundheitsminister Berset noch einmal die Geschichte der Zulassungsbeschränkung, ihre Relevanz und die Notwendigkeit einer weiteren – letzten – Verlängerung derselben. Diskussionslos und stillschweigend genehmigte der Rat die Vorlage in der Detailberatung und übergab sie mit 160 zu 1 Stimme in der Gesamtabstimmung dem Zweirat. Ein ähnliches Bild präsentierte sich im Ständerat, der die Initiative am folgenden Tag in der Gesamtabstimmung einstimmig mit 36 zu 0 Stimmen guthiess. Auch die Schlussabstimmungen stellten keine grossen Hürden mehr dar, mit 194 zu 1 Stimme respektive 41 zu 0 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) verabschiedete das Parlament die erneute, befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung für Ärzte. Einzig Lukas Reimann (svp, SG) lehnte die Verlängerung ab, während Hannes Germann (svp, SH) und Martin Schmid (fdp, GR) sich ihrer Stimme enthielten.<sup>17</sup>

**MOTION**  
DATUM: 12.12.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Durch die Änderung des Krankenkassenaufsichtsgesetzes war 2016 eine Neueinteilung der Prämienregionen und der maximal zulässigen Prämienunterschiede basierend auf den Kostenunterschieden zwischen den Regionen nötig geworden. Der Vernehmlassungsentwurf des EDI war insbesondere aufgrund der Regionenbildung anhand von Bezirken anstelle von Gemeinden stark kritisiert worden. Auch die SGK-SR sprach sich gegen die Vernehmlassungsvorlage sowie gegen die in der Zwischenzeit von Bundesrat und Krankenversicherern gemachten neuen Vorschläge aus. In der Folge reichte sie im Sommer 2018 im Rahmen ihrer Behandlung der Motion Germann (svp, SH) eine Motion ein, um die entsprechende Bestimmung im KVG so zu ändern, dass die **aktuelle Einteilung der Prämienregionen beibehalten** werden kann und die Anzahl Prämienregionen in den Kantonen gleich bleibt. Im Unterschied zur Motion Germann soll die Befähigung, die Prämienregionen und -unterschiede festzulegen, in der Kommissionsmotion weiterhin beim EDI belassen werden. Überdies soll eine Regelung bezüglich der Regionszuteilung einer Gemeinde, die aus einer Fusion zweier Gemeinden aus verschiedenen Prämienregionen entstanden ist, geschaffen werden.

Der Bundesrat empfahl die Motion der SGK-SR zur Ablehnung. Er rief in Erinnerung, dass die nun kritisierte Bestimmung im KVG ursprünglich geschaffen worden war, um die Quersubventionierung innerhalb der Kantone – vor allem zu Lasten der Städte – zu beenden.

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat die Motion der SGK-SR zusammen mit der Motion Germann. Joachim Eder (fdp, ZG) erklärte dem Rat, dass die Kommission mit 7 zu 1 Stimmen bei 3 Enthaltungen eine Annahme der Kommissionsmotion und mit 10 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung eine Ablehnung der Motion Germann empfehle. Dieser Empfehlung stimmte auch Motionär Germann selbst zu. Die Kommissionsmotion fand im Rat jedoch nicht nur Anklang. Anita Fetz (sp, BS) störte sich daran, dass damit die Prämienregionen nun doch nicht aufgrund der tatsächlichen Kosten berechnet werden sollten, wie ursprünglich entschieden worden war. Zudem befürchtete sie, dass eine strikte Regelung der Gemeindezuteilung zu Prämienregionen Gemeinde- sowie Spitalfusionen erschweren würde. Bundesrat Berset wies noch einmal auf die Änderungen hin, die der Bundesrat aufgrund der Kritik in der Vernehmlassung vorgenommen hatte. Er betonte überdies, dass es verschiedene unklare Punkte gebe, die der Bundesrat nur in Übereinstimmung mit der SGK entscheiden werde.

Die Entscheidung des Ständerates fiel schliesslich deutlich aus: Mit 24 zu 13 Stimmen nahm die kleine Kammer die Kommissionsmotion an, Hannes Germann zog seine Motion zurück.<sup>18</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 05.03.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Obwohl die SGK-SR der Vorlage ihrer Schwesterkommission zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG** im August 2018 noch zugestimmt hatte, liess sie sich im Januar 2019 von Gesundheitsminister Berset davon überzeugen, dass die Vorlage «inutile et même contre-productif» sei, und empfahl Nichteintreten. Die Kommission sei zur Überzeugung gelangt, dass die Vorlage die Selbstverantwortung im KVG eher schwäche, erklärte Kommissionssprecher Eder (fdp, ZG): Da die Versicherten risikoavers seien, würden sie so vermehrt auf tiefe Franchisen setzen. Zudem betreffe die Problematik nur eine Minderheit der Versicherten – lediglich 0.17 Prozent von ihnen würden opportunistisch ihre Franchisen wechseln. Gemäss BAG könnten daher durch eine entsprechende Regelung maximal CHF 5 Mio. gespart werden. Peter Hegglin (cvp, ZG) verteidigte die Vorlage und kritisierte den Meinungsumschwung der Kommission, der auf einer einzigen, zeitlich begrenzten Studie basiere, die zudem die Kassenwechsler nicht berücksichtige. Da er jedoch keine Gegenstudie vorlegen könne, verzichtete er auf einen Minderheitsantrag. Stillschweigend entschied sich folglich der Ständerat, nicht auf die Vorlage einzutreten.<sup>19</sup>

**MOTION**  
DATUM: 07.03.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Wie zuvor ihre Schwesterkommission lehnte auch die SGK-NR eine Einteilung der Prämien nach Bezirken, wie sie das EDI einzuführen beabsichtigt hatte, ab. Dadurch würden die Kosten der städtischen Regionen auf die ländlichen Regionen, in denen das Angebot deutlich geringer ist, übertragen, argumentierte die Kommission in ihrem Bericht vom Februar 2019. Mit 16 zu 7 Stimmen empfahl sie daher, die Motion der SGK-SR zur **Beibehaltung der aktuellen Einteilung der Prämienregionen** anzunehmen. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) setzte sich hingegen für eine Ablehnung der Motion ein, da es keine Lösung sei, den ungerechten Status quo zu zementieren. Minderheitensprecherin Gysi bezeichnete die Motion in der Nationalratsdebatte in der Frühjahrsession 2019 als «Skandal». Die heutige Situation und damit auch diese Motion würden gegen das Gesetz verstossen, argumentierte sie. Aktuell würden städtische Gemeinden und Agglomerationen die Landbevölkerung massiv quersubventionieren. Zwar sei die Dichte der Leistungserbringenden und somit auch die Kosten in den Städten höher als auf dem Land, «aber nicht derart viel höher». Dem pflichtete Gesundheitsminister Berset – ebenfalls mit deutlichen Worten – bei. Die aktuelle Regelung sei ein echtes Problem, das jetzt gelöst werden müsse. Er bat daher den Nationalrat, die Motion abzulehnen. Man müsse ja nicht mit dem bisherigen Vorschlag vom EDI weiterarbeiten, aber die Diskussion müsse weitergeführt werden können; ansonsten sei die Thematik vom Tisch. Eine Annahme der Motion würde bedeuten, dass man sagt, «qu'on a bien compris qu[e la situation] est injuste, mais que l'on va faire comme si on ne le voyait pas et que, tant pis, on va cacher la poussière sous le tapis». Trotz dieses eindringlichen Appells nahm der Nationalrat die Motion mit 105 zu 62 Stimmen (bei 10 Enthaltungen) an. Mehrheiten der bürgerlichen Fraktionen hatten sich für die Beibehaltung der aktuellen Regelung ausgesprochen. Somit werden die Bemühungen zur Änderungen der Prämienregionen eingestellt. Genau



wie Barbara Gysi kritisiert hatte, fand die Vorlage in den Medien kaum Resonanz, diskutiert wurde stattdessen über die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung sowie über die Steuerabzüge für Krankenkassenprämien, die gleichentags respektive tags zuvor behandelt wurden.<sup>20</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 03.06.2019  
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2019 behandelte der **Ständerat** als Zweitrat die Bundesratsvorlage zur **Zulassung von Leistungserbringenden**. Der Rat beschloss Eintreten ohne Gegenantrag und schuf in der Folge einige Differenzen zum Nationalrat, zum Beispiel bezüglich des Ärztereisters, das die grosse Kammer eingefügt hatte. Hans Stöckli (sp, BE) erklärte für die Kommission, dass man dieses Register prinzipiell befürworte, weil es Transparenz schaffe und eine kostendämpfende Wirkung haben könnte. Man habe aber die Formulierungen zusammen mit dem Bundesamt für Justiz bereinigt. Hatte der Nationalrat zudem offen gelassen, wie die notwendigen Sprachfähigkeiten der angehenden Leistungserbringenden getestet werden sollen, ergänzte die SGK-SR die Vorlage um eine vergleichsweise detaillierte Regelung zu nötigen Sprachtests. Diese nahm der Ständerat mit 22 zu 17 Stimmen gegen eine Minderheit Berberat (sp, NE) an, die eine entsprechende Regelung im Rahmen einer Verordnung befürwortet hätte. Bezüglich der Beschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte entschied sich der Ständerat zudem gegen einen Antrag Hegglin (cvp, ZG), die Muss-Formulierung des Nationalrats der Kann-Formulierung des Bundesrates vorzuziehen. Die Situationen in den Kantonen seien zu unterschiedlich, als dass man alle Kantone zur Einschränkung der Ärztezahl verpflichten könne, erklärte Stöckli. Auch die Lockerung des Vertragszwangs, das Beschwerderecht bezüglich Ärztehöchstzahlen für die Versicherer oder die Versichererverbände sowie die Verknüpfung der Vorlage mit EFAS lehnte der Rat ab. In der Gesamtabstimmung sprach sich der Ständerat mit 33 zu 0 Stimmen bei 4 Enthaltungen für die so veränderte Vorlage aus.<sup>21</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 11.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im Mittelpunkt der Revision des KVG bezüglich der **Zulassung von Leistungserbringenden** in der Herbstsession 2019 durch den Nationalrat stand ein **Rückkommensantrag** der SGK-NR, der von ihrer ständerätlichen Schwesterkommission gutgeheissen worden war. Sowohl Nationalrat als auch Ständerat hatten in der ersten Behandlungsrunde den bundesrätlichen Vorschlag zur Schaffung von Auflagen für die Leistungserbringenden in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität durch die Aufsichtsbehörde gutgeheissen. Damit habe man gemäss Kommissionssprecherin Ruth Humbel (cvp, AG) jedoch Koordinationsprobleme mit der Vorlage «Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» und Zuständigkeitskonflikte zwischen Kantonen und Tarifpartnern geschaffen. Gemäss letzterer Vorlage sei der Bund für die Regulierung der Krankenversicherungen und die Tarifpartner für die Durchführung von Qualitätskontrollen zuständig. Statt den Kantonen mit der Zulassungsvorlage nun ebenfalls noch Kontrollaufgaben und somit eine zusätzliche Aufsichts- und Sanktionierungskompetenz zu geben, sollten sie ausschliesslich für die gesundheitspolitische Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie für deren Zulassung zur OKP zuständig sein, während die Wirtschaftlichkeits- und Kosteneffizienzprüfung durch die Tarifpartner erfolgen solle. Dagegen wehrte sich eine Minderheit Heim (sp, SO) heftig. Barbara Gysi (sp, NR) betonte für die SP-Fraktion, dass diese Änderung aufgrund eines Rechtsgutachtens und des Lobbyings von Curafutura eingereicht worden sei. «Dieses Rückkommen ist nichts anderes als der Versuch, einen Teil der Macht – die Sanktionsmöglichkeiten, den Einfluss und die Steuerungsmöglichkeiten – bei den Kantonen wieder zu streichen und ihn den Versicherungen zuzuschieben», kritisierte sie. Dies wecke die Gefahr, dass die Versicherungen die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrem Kostendenken unterordneten. Wenn die Kantone zudem neu über die Zulassung der Leistungserbringenden entscheiden könnten, gemäss Verfassung für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien und diese zukünftig aufgrund von EFAS auch mitfinanzieren müssten, sollten sie auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben beaufsichtigen können. Zudem habe die Verwaltung den Koordinationsbedarf zwischen den zwei Vorlagen überprüft und in Abklärung mit dem Bundesamt für Justiz kleinere Ergänzungen vorgeschlagen. Auch Bundesrat Berset erachtete diese vorgeschlagenen kleineren Korrekturen als ausreichend, um die entsprechenden Koordinationsprobleme zu beheben. Dennoch sprach sich der Rat – bei 27 nicht teilnehmenden Personen – mit 122 zu 49 Stimmen für die Änderung aus. Die ablehnenden Stimmen stammten von der SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay vom MCG und Marianne Streiff-Feller und Nik Gugger von der EVP. Auch die weiteren Punkte der Reform wurden hitzig diskutiert. Bei der Frage, ob die Kantone Zulassungsbeschränkungen einführen müssen oder können, sprachen sich

ausser der FDP-Fraktion und Angelo Barrile (sp, ZH) und vereinzelt Enthaltungen alle Ratsmitglieder für eine entsprechende Pflicht für die Kantone aus (146 zu 30 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Bei der freiwilligen Möglichkeit auf Vertragsfreiheit, die der Nationalrat eingeführt, der Ständerat aber deutlich abgelehnt hatte, folgte die grosse Kammer mit 135 zu 41 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) ihrer Kommissionsmehrheit und lenkte gegenüber dem Ständerat ein. Eine Mehrheit der FDP-Liberalen-Fraktion und eine Minderheit der SVP-Fraktion hatte hier auf Festhalten plädiert. Nicht einlenken wollte der Nationalrat hingegen beim Beschwerderecht für die Versicherungen und die Versicherungsverbände bezüglich der Ärztehöchstzahlen; dieses bestätigte er mit 131 zu 52 Stimmen gegen den Widerstand von SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay. Mit 123 zu 53 Stimmen hielt die grosse Kammer schliesslich auch trotz kritischer Stimmen des Gesundheitsministers und von linker Ratsseite an der Verbindung dieser Zulassungsvorlage mit EFAS fest. Die Verbindung diene dazu, dass «Efas die Räte und das Referendum erfolgreich übersteht», erklärte Kommissionssprecherin Humbel.<sup>22</sup>

#### MOTION

DATUM: 12.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Nach der Zustimmung des Nationalrats zur Motion der SGK-NR für die **Ermöglichung von sinnvollen Patientensteuerungsprogrammen im KVG** empfahlen die SGK-SR und Bundesrat Berset dem Ständerat die Motion in der Herbstsession 2019 ebenfalls zur Annahme. Wie von der ständerätlichen Kommission vorgeschlagen, wollte der Bundesrat die Motion im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets an die Hand nehmen. Stillschweigend nahm die grosse Kammer den Vorstoss an.<sup>23</sup>

#### BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 04.12.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Zu Beginn einer weiteren Behandlungsrunde zur **Zulassung von Leistungserbringenden** fasste Pirmin Bischof (cvp, SO) in der Wintersession 2019 im Ständerat die Situation aus Sicht der Kommission zusammen: Zwar gebe es in der Kommission keine Minderheiten und beinahe alle Beschlüsse seien einstimmig gefasst worden, jedoch bestünden **noch immer grosse Differenzen zum Nationalrat** sowie teilweise zum Bundesrat.

Wie Bischof gehofft hatte, bereinigte der Ständerat in der Wintersession dann einige Differenzen zum Erstrat: So lenkte er bezüglich der sprachlichen Voraussetzungen zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten auf das Konzept des Nationalrates ein, das eine grosszügigere Anerkennung von Vorkenntnissen vorsah und entsprechend zu weniger Sprachprüfungen führen würde. Zudem stimmte er dem Nationalrat zu, der eine Gabelung der Rechtswege verhindern wollte: Wie bis anhin sollen folglich gesundheitspolitische Verfügungen vor Bundesgericht und sozialversicherungsrechtliche Verfügungen vor dem Bundesverfassungsgericht angefochten werden können. Über seinen Schatten sprang der Ständerat bezüglich der Frage, ob Kantone zur Einschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden sollen oder nicht, ob also die vom Bundesrat vorgeschlagene Kann-Formulierung in eine Muss-Formulierung geändert werden soll. Hatte der Ständerat dies zuvor deutlich abgelehnt, willigte er nun in eine Muss-Formulierung ein, zumal 22 von 26 Kantonen bereits solche Einschränkungen kennen würden.

Die grossen Differenzen der Vorlage blieben jedoch auch nach der ständerätlichen Behandlung bestehen. So konnte die SGK-SR in Rücksprache mit den Kantonen dem neuen nationalrätlichen Vorschlag zur Rollenverteilung zwischen Krankenversicherungen und Kantonen nichts abgewinnen. Die grössere Rolle, die der Nationalrat den Krankenversicherungen bei der Frage zur Aufsicht über die Qualität und Wirtschaftlichkeit habe zukommen lassen wollen, beanspruchten die Kantone sowie die GDK für sich, betonte Bischof. Sie erachteten diesen Vorschlag als «Casus Belli». Die Kommission habe daher einstimmig beschlossen, an ihrer Position festzuhalten und die Sanktionsmöglichkeiten bei Verstössen gegen die Qualitätsauflagen auch bei den kantonalen Behörden zu belassen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dem Antrag auf Festhalten seiner Kommission zu.

Auch einen zwingenden Zulassungsstopp bei einem überdurchschnittlichen Kostenanstieg in einem medizinischen Fachgebiet lehnte der Ständerat ab. Ein solcher würde die Zahl der Spezialisten in den Städten reduzieren, tatsächlich könne er aber auch zu Versorgungsproblemen bei Kinderärzten führen, kritisierte Bischof. So dürfte ein Kanton, der über zu wenige Kinderärzte verfügt, keine solchen mehr einstellen, wenn dies zu Kostensteigerungen gegenüber dem Vorjahr führen würde.

Des Weiteren lehnte der Ständerat die Ausweitung des Beschwerderechts für die Krankenversicherungen gegenüber Beschlüssen der Kantonsregierungen bezüglich der Bandbreiten und Höchstzahlen zugelassener Ärztinnen und Ärzte ab. Damit riskiere man eine Blockade des Systems, befürchtete Bundesrat Berset. Auch diesen Punkt erachte die GDK zudem als Kampfansage an die Kantone, welche die Regeln grösstenteils bereits umsetzen.

«Wahrscheinlich die wichtigste Differenz in der ganzen Vorlage», wie es der Kommissionssprecher formulierte, behandelte der Ständerat zum Schluss – die Verknüpfung der Vorlage mit der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS). Die Kantone liessen sich ungern mit einer Verknüpfung unter Druck setzen, betonte Bischof. EFAS sei «eigentlich noch nirgends» und es brauche noch einige Zeit, damit ein Kompromiss zustande kommen könne. Die Inkraftsetzung der Zulassungsvorlage dulde jedoch keine Verzögerung mehr. Folglich hielt der Ständerat auch bei diesem Aspekt an seiner Position fest und lehnte eine Verknüpfung mit EFAS weiterhin ab.<sup>24</sup>

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 10.03.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Noch in derselben Session behandelte auch der Ständerat die Vorlage zur **Zulassung von Leistungserbringenden** ein drittes Mal. Das Geschäft sei «auf gutem Weg», betonte Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO), zumal der Nationalrat mit dem Verzicht auf die Verknüpfung mit EFAS «einen wesentlichen Stolperstein mit den Kantonen aus dem Weg geräumt» habe. Dennoch zeigte sich die SGK-SR nicht bereit, alle Differenzen auszuräumen, und nahm damit eine Einigungskonferenz in Kauf. Zwar lenkte sie bezüglich der Kompetenzverschiebungen zu den Versicherungen im Bereich der Qualitätsprüfung ein – zukünftig sollen somit die Kantone für die Erstzulassung der Leistungserbringenden zuständig sein, während die Krankenversicherungen anschliessend die laufenden Kontrollen über die Qualität der Leistungserbringung übernehmen. Stillschweigend stimmte der Ständerat diesem Entgegenkommen zu. Beim Beschwerderecht für Krankenversicherungen zu kantonalen Erlassen über die Festlegung und Berechnung der Höchstzahlen beharrte die Kommission, und mit ihr die kleine Kammer, jedoch auf ihrer Position. Obwohl die Differenzen in der Frage der Sprachvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte bereits bereinigt waren, kam die Kommission zudem nach Rücksprache mit den Parlamentsdiensten zur Interpretationsklärung noch einmal auf diesen Punkt zurück. Diesbezüglich seien in den beiden Räten unterschiedliche Äusserungen getätigt worden, erklärte Bischof diesen Schritt. Dieser Artikel sei so zu verstehen, dass zum Beispiel ein Zürcher mit schweizerischer Maturität mit Französisch als Grundlagenfach, wie es in der Schweiz üblich sei, und einem Ärztediplom auch in der Romandie als Arzt arbeiten dürfe. Eine deutsche Ärztin mit Abitur ohne Französisch als Grundlagenfach müsse jedoch in Genf zuerst eine Sprachprüfung ablegen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dieser Klärung zu. Somit wurde bezüglich des Beschwerderechts für Krankenversicherungen sowie der Klärung der Sprachvoraussetzungen eine Einigungskonferenz nötig – anders als erwartet konnte diese aber aufgrund des Sessionsabbruchs nicht mehr in der Frühjahrsession 2020 stattfinden.<sup>25</sup>

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 19.06.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Nach dem Corona-bedingten Abbruch der Frühjahrsession folgte in der Sommersession 2020 die **Einigungskonferenz zur Zulassung von Leistungserbringenden**. Der grosse noch offene Streitpunkt betraf die Frage des Beschwerderechts für Krankenversicherungen zu kantonalen Erlassen über die Festlegung und Berechnung der Höchstzahlen: Der Nationalrat hatte eine entsprechende Regelung ergänzt, der Ständerat lehnte diese durchwegs ab. Die Teilnehmenden an der Einigungskonferenz entschieden sich diesbezüglich mit 14 zu 10 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) in der ersten und 19 zu 6 Stimmen (bei 1 Enthaltung) in der zweiten Abstimmung für die Position des Ständerates und somit gegen ein entsprechendes Beschwerderecht. In der Einigungskonferenz unumstritten war der zweite offene Punkt, die Sprachvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte: Diesen Punkt hatte der Ständerat zuvor zur Interpretationsklärung noch einmal präzisiert – die entsprechende Version nahm die Einigungskonferenz einstimmig an.

Eine Minderheit de Courten (svp, BL) beantragte die Ablehnung des Vorschlags der Einigungskonferenz. Man habe versucht, der Vorlage verschiedene Elemente zur Kostendämpfung hinzuzufügen – etwa die Verknüpfung mit EFAS, ein Beschwerderecht bei der Zulassungssteuerung für die Krankenversicherungen oder die Lockerung des Vertragszwangs bei ausgewiesener Überversorgung in einem Kanton –, doch alle Vorschläge seien abgelehnt worden, erklärte de Courten im Rahmen der Nationalratsdebatte. Damit bleibe nur eine «Fortsetzung des Providuriums». Ganz anders sah die Situation Gesundheitsminister Berset, der darauf verwies, dass die Zulassung von Leistungserbringenden nach 20 Jahren mit Übergangslösungen endlich langfristig gesetzlich geregelt werden könne. Pierre-Yves Maillard (sp, VD) verwies in der nationalrätlichen Beratung zum Antrag der Einigungskonferenz auf die in der letzten Phase ohne Zulassungsregelung (zwischen Januar 2012 und Mitte 2013) aufgrund der

Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten aus dem EU-Raum sehr stark gestiegenen Kosten und Prämien. Angesichts dessen sei der schlimmste Fall überhaupt einer ohne Massnahmen. Entsprechend solle man auch jegliche Rechtsunsicherheit bezüglich der Zulassung vermeiden. Mit 103 zu 56 Stimmen (bei 12 Enthaltungen) folgte der Nationalrat diesem Plädoyer. Eine Mehrheit der SVP- und die gesamte FDP.Liberale-Fraktion lehnten den Vorschlag der Einigungskonferenz ab oder enthielten sich der Stimme.

Im Ständerat ergriff zwei Tage später niemand das Wort, um den Minderheitsantrag zu bewerben: Mit 40 zu 3 Stimmen sprach sich die kleine Kammer für den Vorschlag der Einigungskonferenz aus. In den Schlussabstimmungen gab es anschliessend keine Überraschungen mehr: Mit 43 zu 2 Stimmen respektive 122 zu 74 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) nahm das Parlament die permanente Regelung zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten an.<sup>26</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 09.09.2020  
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2020 behandelte der Ständerat das von der SGK-NR geschaffene **Paket 1a des Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**, das die weniger umstrittenen Teile des ersten Massnahmenpakets des Bundesrats beinhaltet. Nachdem er ohne Gegenantrag auf die Vorlage eingetreten war, schuf er einige Differenzen zum Erstrat.

Nur eine kleine Änderung gegenüber der nationalrätlichen Version nahm der Ständerat, bei der Übereinstimmung mit seiner Kommission, bei der Frage der **Rechnungsstellung** im Tiers payant-System vor. Hier ergänzte er stillschweigend einen Passus, wonach die Versicherungen und die Leistungserbringenden abmachen können, dass die Versicherung für die Übermittlung der Rechnungen zuständig sein soll. Mit der Änderung des Nationalrats, wonach die Rechnungen auch elektronisch verschickt oder auf einem Webportal hinterlegt werden können, zeigten sich die Ständerätinnen und Ständeräte hingegen einverstanden.

Für deutlich mehr Diskussionen sorgte die Frage der **Behandlungstarife**, insbesondere die Patientenpauschaltarife bei ambulanten Behandlungen, gemäss Kommissionsprecher Pirmin Bischof (cvp, SO) «ein Herzstück der Vorlage». Neu sollen gemäss Bundesrat vereinbarte Patientenpauschaltarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen, erklärte Bischof. Die Tarife müssten zwar nicht schweizweit identisch sein, wohl aber die in der Rechnung aufgeführten Teile einer Behandlung. Dies habe den Vorteil, dass die Rechnungen gesamtschweizerisch vergleichbar seien. Nachteilig sei hingegen, dass kantonale Differenzen in der Struktur nicht mehr möglich seien. Der Vorteil dieser Änderung liege gemäss Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) auch darin, dass man damit das Risiko einer Mengenausweitung reduzieren könne. «Je mehr man verrechnet, desto mehr verdient man.» Eine Minderheit Müller (fdp, LU) beantragte, auf die Schaffung dieser Patientenpauschalen zu verzichten. Bereits heute gebe es solche Pauschalen und sie würden auch bei ambulanten Behandlungen angewendet. Da sich die Behandlung aber zwischen den verschiedenen Patientinnen und Patienten stark unterscheiden würde, würde eine Vereinheitlichung zu einer Übervergütung von einfachen und zu einer Untervergütung von komplizierten Fällen, welche häufig bei kränkeren und sozial schwächeren Patientinnen und Patienten auftreten, führen. Obwohl die Minderheit Müller in der Kommission mit 8 zu 3 Stimmen (bei 1 Enthaltung) unterlegen war, meldeten sich mit Brigitte Häberli-Koller (cvp, TG), Erich Ettlín (cvp, OW), Hannes Germann (svp, SH) und Josef Dittli (fdp, UR) deutlich mehr Kommissionsmitglieder im Namen der Minderheit zu Wort. Einen ganz anderen Aspekt der Regelung stellte Gesundheitsminister Berset in den Mittelpunkt: Für ihn liege der zentrale Unterschied zur heutigen Regelung darin, dass der Bundesrat neu subsidiär eingreifen könne, wenn sich die Tarifpartner nicht auf eine Tarifierfassung einigen könnten. Mit 22 zu 21 Stimmen setzte sich die Minderheit in dieser Frage jedoch knapp durch, der Ständerat lehnte damit die Schaffung einer Patientenpauschale ab.

Eine weitere offene Frage bezüglich der Behandlungstarife betraf die Schaffung einer nationalen Tariforganisation im ambulanten Bereich, entsprechend der Swiss DRG im stationären Bereich, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen zuständig sein sollte. Hier sei man sich mehrheitlich einig, betonte Bischof, offen sei lediglich noch die Frage der Organisationshöhe. Solle der Bundesrat über die Organisationsform entscheiden, dabei erst eine Konsultation durchführen oder gar nur subsidiär zuständig sein, wenn sich die Leistungserbringenden und Versicherungen nicht einigen können? Letzteres schlug die SGK-SR vor. Bundesrat Berset stellte zudem in seiner Antwort auf eine Frage von Charles Juillard (cvp, JU) fest, dass ausschliesslich Tarifpartner in der Organisation vertreten sein würden und die Kantone somit darin erst mitwirken könnten, wenn EFAS angenommen worden sei und die Kantone somit

ebenfalls für die ambulante Behandlung zuständig wären. Stillschweigend folgte der Ständerat in diesem Punkt dem Vorschlag seiner Kommission.

Ein weiterer umstrittener Aspekt der Tarifffrage betraf die Finanzierung von Rechnungsprüfungen, welche die Patientenorganisationen durchführen sollten, durch das EDI. Die Kommissionmehrheit wollte diesen vom Nationalrat eingefügten Punkt aus der Vorlage streichen, eine Minderheit Carobbio Guscetti wollte ihn beibehalten. Natürlich sollten sich Patientinnen und Patienten von externen Organisationen beraten lassen können, der Bund solle sich dabei aber nicht an der Finanzierung dieser Dienstleistung beteiligen, zumal eine solche Finanzhilfe nur eine zusätzliche Kontrolleinheit bedeuten würden, erklärte Kommissionssprecher Bischof. Minderheitensprecherin Carobbio Guscetti betonte hingegen, dass die anfangs eingesetzte Expertengruppe einen ähnlichen Vorschlag gemacht habe und die GDK das Anliegen unterstütze. Nicht abgeneigt gegenüber der Finanzierung zeigte sich auch Bundesrat Berset, für den die Massnahme nicht im Widerspruch zur Strategie des Bundesrates stand. Mit 28 zu 13 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Ständerat aber gegen die Finanzierung aus und schuf damit eine weitere Differenz zum Nationalrat.

Schliesslich stand noch der **Experimentierartikel** im Raum, gemäss Bischof der «zweite Kernartikel dieser Vorlage». Die SGK-SR wollte den nationalrätlichen Vorschlag um die Möglichkeit, experimentelle Projekte zur Förderung der Digitalisierung durchführen zu können, ergänzen. Streichen wollte sie hingegen Projekte zur Einschränkung der freien Arztwahl. Eine weitere Minderheit Müller schlug indes vor, vollständig auf den Katalog mit möglichen Bereichen, in denen Projekte durchgeführt werden können, zu verzichten. Ohne Katalog könnten auch Projekte durchgeführt werden, welche Grundrechtseingriffe enthielten, erklärte Bischof den Widerstand der Kommissionmehrheit gegen diesen Vorschlag. Die betroffenen Patientinnen und Patienten hätten keine Möglichkeit, sich gegen die Projekte zu wehren. Gesundheitsminister Berset sprach sich vehement gegen den Minderheitsantrag und die Streichung des Katalogs aus. Der Bundesrat und die Verfassungsrechtsexperten des Bundes seien sich einig, dass dies gegen Artikel 5 Absatz 1 der Bundesverfassung verstosse, wonach das Recht Grundlage und Schranke staatlichen Handelns darstelle. Damit würden die möglichen Experimente keine Grenzen kennen. So könnten zum Beispiel für die Bevölkerung eines Kantons die Hälfte des Leistungskatalogs gestrichen, die Franchise auf CHF 10'000 erhöht oder risikobezogene Prämien eingeführt werden. Paul Rechsteiner (sp, SG) kritisierte des Weiteren, dass die freie Arztwahl auf der Liste möglicher Projekte aufgeführt sei: Die Einschränkung der freien Arztwahl sei ein fundamentaler Systemeingriff, der Grundrechtsdimensionen betreffe und entsprechend per Gesetz zu entscheiden sei. Man solle den «Akteuren im Gesundheitswesen [nicht] per Gesetz abschliessend vorschreiben, wo sie experimentieren können», betonte hingegen Minderheitensprecher Müller. Innovation entstehe «relativ chaotisch», ergänzte Erich Ettlin (cvp, OW). Zudem könne ja das EDI die Pilotprojekte bewilligen, müsse es aber nicht. Mit diesen Argumenten setzte sich die Kommissionminderheit durch: Mit 23 zu 19 Stimmen sprach sich der Ständerat gegen die Einschränkung der Experimente auf einen Katalog aus. Im Anschluss bat Bischof den Nationalrat, in seiner nächsten Sitzung diese vom Ständerat geänderte Bestimmung etwas abzuschwächen und ihr eine Ausnahme für Grundrechtsverletzungen anzufügen. Mit 31 zu 0 Stimmen (bei 12 Enthaltungen) nahm der Ständerat das Gesetz in der Gesamtabstimmung ohne Gegenstimme an. Die Enthaltungen stammten von sechs Mitgliedern der SP- sowie von je drei Mitgliedern der SVP- und der Grünen-Fraktion.<sup>27</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 18.12.2020  
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2020 **bereinigte das Parlament die Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials**. Einstimmig bestätigte der Ständerat die vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen und löste die Ausgabenbremse, nachdem Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO) im Namen der Kommission die Annahme der Vorlage empfohlen hatte. Auf Einzelantrag von Peter Hegglin (cvp, ZG) und Bitte von Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) schloss der Rat – ebenfalls einstimmig – zudem eine Lücke, welche der Gesetzestext bis dahin noch aufgewiesen hatte: So war man davon ausgegangen, dass alle Beträge, die bisher vergütet worden waren, auch zukünftig vergütet würden. Tatsächlich wären durch die geplante Änderung aber Materialien, die ausschliesslich vom Pflegefachpersonal angewendet werden, sich aber nicht auf der MiGeL befinden, weder von der OKP noch von den Kantonen vergütet worden. Um dies zu verhindern, stimmte der Rat dem Antrag Hegglin zu, wonach die entsprechenden Mittel und Gegenstände während eines Jahres ab Inkrafttreten der Änderung weiterhin nach dem bisherigen Recht vergütet werden sollten. Damit habe man Zeit, die entsprechenden Güter auf die MiGeL zu setzen. Diese Lösung hatte auch Bundesrat Berset zuvor im Rahmen der Debatte unterstützt. Einstimmig (41 zu 0 Stimmen)



verabschiedete der Ständerat das Gesetz in der Gesamtabstimmung.

Gegen diese Änderung hatte auch der Nationalrat nichts einzuwenden, stillschweigend nahm er die Differenz an und stimmte dem Gesetz in den Schlussabstimmungen (195 zu 0 Stimmen) genauso einstimmig zu wie der Ständerat (41 zu 0 Stimmen).<sup>28</sup>

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 09.12.2021  
ANJA HEIDELBERGER

Gut ein Jahr, nachdem der Nationalrat zahlreiche zentrale Elemente des **Pakets 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** gestrichen hatte, setzte sich der **Ständerat** in der Wintersession 2021 mit dem Projekt auseinander. Zuvor hatte sich die SGK-SR in zahlreichen zentralen Punkten mit den Änderungen des Nationalrats einverstanden gezeigt. Eintreten war unbestritten.

Ein zentraler Aspekt des Projekts stellte das **Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel** dar. Dieses sah vor, dass nur die Medikamentenkosten bis zu einem Referenzpreis durch die OKP erstattet werden. Wer also die teureren Originalprodukte statt der Generika kaufen möchte, müsste die Preisdifferenz selbst bezahlen. Der Nationalrat wollte den Generikaverkauf hingegen durch preisunabhängige Margen im generikafähigen Arzneimittelmarkt sowie durch eine Vergrösserung des Preisabstandes fördern. Auch die Kommissionsmehrheit lehnte das Referenzpreissystem gemäss Kommissionsprecher Ettlín (mitte, OW) ab, da die Generikadurchdringung in der Schweiz noch zu niedrig sei. Stattdessen wolle man dem Vorschlag des Nationalrats folgen, mit dem zuerst die Generikadurchdringung erhöht werden solle. Der Bundesrat wollte am Referenzpreissystem festhalten, schlug jedoch aufgrund des nationalrätlichen Widerstands eine abgeschwächte Form vor: den Referenzabzug light. Dabei soll das Referenzpreissystem erst ab drei wirkstoffgleichen Medikamenten Anwendung finden – in diesen Fällen gebe es keine Versorgungsprobleme –, zudem soll zwischen Generika und Biosimilars unterschieden werden – Letztere werden dem Referenzpreissystem nicht unterstellt. Im Ständerat präsentierte Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) den bundesrätlichen Vorschlag als Minderheitenantrag. Sollten durch die erste Version des Referenzpreissystems jährlich CHF 310 bis 480 Mio. eingespart werden, wären es für die Light-Version CHF 200 bis 400 Mio. und für die nationalrätliche Variante etwa CHF 220 Mio. Mit 24 zu 17 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Ständerat gegen die Einführung des Referenzpreissystems light aus und nahm stattdessen den vom Nationalrat geschaffenen Alternativvorschlag an. Zusätzlich schuf er jedoch auch eine Befähigung für Ärztinnen und Ärzte, an der Verschreibung des Originalpräparates anstelle eines Generikums festhalten zu können. Hingegen lehnte der Ständerat die vom Nationalrat eingeführte Möglichkeit des Parallelimports von Generika wegen Risiken für die Patientinnen und Patienten einstimmig ab und sprach sich gegen die Motion 19.3202 aus. Stattdessen soll Swissmedic bei der Zulassung von Parallelimporten von Arzneimitteln zukünftig Vereinfachungen zum Beispiel bei der Kennzeichnung und der Arzneimittelinformation vornehmen können.

Auch bei der **Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner** hatte sich der Nationalrat mehrheitlich gegen die bundesrätlichen Vorschläge ausgesprochen. So wollte der Bundesrat die Leistungserbringenden und Versicherungen dazu verpflichten, in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Kostensteuerung vorzusehen. Die Kommissionsmehrheit wollte dem Bundesrat in diesem Punkt folgen und sprach sich für eine solche Verpflichtung der Leistungserbringenden und Versicherungen aus, Kommissionsprecher Ettlín erachtete diese Frage gar als «einen der Kernpunkte dieser Vorlage». Eine Minderheit Müller (fdp, LU) beantragte hingegen die Streichung dieser Regelung. Nicht einig waren sich die beiden Lager, ob diese Regelung ohne Rationierung des Gesundheitsangebots umgesetzt werden könne, ob sie also verfassungskonform sei. Ein Gutachten von Ueli Kieser, Professor für Sozialversicherungsrecht an der Universität St. Gallen, verneinte die Verfassungskonformität, eine Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz bejahte sie. Minderheitssprecher Müller verwies jedoch in erster Linie auf «grundsätzliche[...] gesetzgeberische[...] Überlegungen» zur Ablehnung dieser Regelung: Man solle diesen Aspekt zusammen mit der Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei und somit im Rahmen des zweiten Massnahmenpakets, welches der Bundesrat als indirekten Gegenvorschlag zu dieser Initiative festgelegt hatte, beraten.

Ein Einzelantrag Würth (mitte, SG) beantragte stattdessen, den bundesrätlichen Vorschlag um die auf kantonaler Ebene abgeschlossenen Tarifverträge zu ergänzen. So finanzierten die Kantone zukünftig aufgrund von EFAS (womöglich) auch einen Teil der ambulanten Kosten, weshalb sie ebenfalls in die Kostensteuerung einbezogen werden sollen. Gesundheitsminister Berset wehrte sich gegen die Minderheit Müller: Wichtig sei aber, dass hier eine Differenz zum Nationalrat geschaffen werde, um die Diskussion zu

dieser Frage weiterführen zu können – auch ein Entscheid für den Antrag Würth sei somit im Sinne des Bundesrates. Man sei sich einig, dass es eine Kostenentwicklung gebe – folglich müsse man nun etwas dagegen tun und könne die Klärung dieser wichtigen Frage nicht auf eine spätere Revision verschieben, betonte er mit Nachdruck. Selbstverständlich werde man diese Regelung so ausgestalten, dass der Zugang zur Pflege und die bestmögliche Qualität immer gewährleistet sei. Dennoch setzte sich die Kommissionsminderheit mit 20 zu 20 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) und Stichentscheid von Ratspräsident Hefti (fdp, GL) gegen den Einzelantrag Würth durch, der zuvor dem Mehrheitsantrag vorgezogen worden war (26 zu 17 Stimmen). Somit müssen die Tarifvereinbarungen keine Massnahmen zur Kostensteuerung vorsehen.

Umstritten war wie bereits im Nationalrat auch die Frage, ob den **Organisationen der Versicherungen von nationaler oder regionaler Bedeutung ein Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen bezüglich der kantonalen Spitalplanung** zugesprochen werden soll. Der Bundesrat erachtete dies gemäss Kommissionsprecher Ettlín als notwendig, um ein «gewisses Gleichgewicht der Kräfte» herzustellen. Dies sei aufgrund der Kostenfolgen dieser Entscheide für die Versicherten nötig. Die Kommissionsmehrheit sprach sich denn auch für ein solches Beschwerderecht aus, obwohl die GDK dagegen votiert hatte. Minderheitensprecher Stöckli (sp, BE) erinnerte die Mitglieder der Kantonskammer hingegen daran, dass die Kantone verfassungsmässig für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien. Zudem könnten die Verbände mit dieser Regelung Volksentscheide umstossen. Schliesslich könne ein Eingriff in die Planungsarbeit der Kantone die Gesundheitskosten aufgrund der Verfahren, Verzögerungen und Rechtsunsicherheiten gar erhöhen. Mit 18 zu 18 Stimmen und erneutem Stichentscheid von Ratspräsident Hefti sprach sich der Ständerat für das Beschwerderecht der Versicherungen aus.

Nicht einverstanden zeigte sich die SGK-SR zur Erleichterung des Gesundheitsministers schliesslich mit dem Vorschlag des Nationalrats, Versicherungen 25 Prozent der Einsparungen, die sie aufgrund von günstigeren Tarifvereinbarungen mit den Leistungserbringenden erzielt haben, **zur freien Verfügung** zu stellen. Damit würde das Gewinnverbot in der Grundversicherung gekippt, dieses dürfe aber gemäss Kommissionsprecher Ettlín «nicht angetastet werden». So wären dadurch auch kaum Kosteneinsparungen möglich, vielmehr würde dies ein Widerspruch zu verschiedenen anderen Artikeln des KVG darstellen. Gesundheitsminister Berset lobte diese Haltung, zumal die Zustimmung zum Nationalrat «vraiment un changement de principe extrêmement important dans l'assurance obligatoire des soins» darstellen würde. Stillschweigend folgte der Ständerat seiner Kommission in diesem Punkt und schuf damit eine weitere Differenz zum Nationalrat.

Mit 25 zu 10 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) nahm die kleine Kammer schliesslich den Entwurf an, die ablehnenden Stimmen stammten von Mitgliedern der SP und der Grünen und von einem Mitglied der Mitte.<sup>29</sup>

STANDESINITIATIVE  
DATUM: 16.12.2021  
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2021 pflichtete der **Nationalrat** seinem Schwesterrat bezüglich des Entwurfs zur **Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht** in weiten Teilen bei, schuf aber zwei Differenzen. So wollten Bundesrat und Ständerat säumige Prämienzahlende zukünftig zwangsweise Versicherungen und **Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden** zuweisen können, die SGK-NR lehnte diese Möglichkeit jedoch ab – diesbezüglich seien zu viele Fragen ungeklärt, betonte Therese Schläpfer (svp, ZH). Stillschweigend folgte der Nationalrat diesem Antrag. Die zweite neue Differenz betraf den Vorschlag der Kommissionsmehrheit, im Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs einen Artikel zu ergänzen, wonach Schuldnerinnen und Schuldner ihre Arbeitgebenden anweisen können, einen **Teil ihres Einkommens in der Höhe ihrer laufenden Prämien- und Kostenbeteiligungsforderungen der OKP an das zuständige Amt zu überweisen**. Damit sollten «neue Schulden aufgrund bestehender Betreibungen» vermieden werden, argumentierte Kommissionsprecher Hess (mitte, BE). Eine Minderheit Nantermod (fdp, VS) sprach sich erfolglos gegen diese Änderung aus, weil man dafür mindestens die für das Betreibungsgesetz zuständigen Behörden anhören müsse – zumal die SGK-NR nicht für diesen Themenbereich zuständig sei und eine solche Regelung deutlich von den bestehenden Regelungen abweichen würde. Zudem solle kein einseitiges Privileg zugunsten der Krankenkassen eingeführt werden, auch andere Gläubigerinnen und Gläubiger verfügten über berechnete Forderungen an die Schuldnerinnen und Schuldner. Und schliesslich wehrte sich der Minderheitensprecher dagegen, zusätzliche administrative Aufgaben für die Arbeitgebenden zu schaffen. Mit 108 zu 82 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) folgte der

Nationalrat gegen den Willen der SVP- und der FDP.Liberalen-Fraktion sowie eines Mitglieds der Mitte-Fraktion dem Mehrheitsantrag.

**Stillschweigend folgte die grosse Kammer ihrem Schwesterrat hingegen in verschiedenen Punkten:** So zeigte sich auch der Nationalrat überzeugt, dass Jugendliche nach ihrem Erreichen der Volljährigkeit nicht für frühere Prämien schuldenhaft gemacht werden dürfen; die Haftbarkeit verbleibt bei ihren Eltern. Zudem dürfen Personen maximal zweimal pro Kalenderjahr betrieben werden, es sei denn, eine Betreibung habe zu einem Verlustschein geführt. Überdies soll der Bundesrat zukünftig die Gebühren auf Mahnungen regeln können.

Diskussionen gab es hingegen bezüglich der Frage, ob die **Krankenversicherungen 50 Prozent (Kommissionsmehrheit) oder 75 Prozent (Minderheit Glarner; svp, AG) der Rückerstattungen an die Kantone überweisen sollen.** Andreas Glarner kritisierte die vorgeschlagene Lösung, da die Versicherungen damit «bis zu 135 Prozent der Prämien kassieren», während das Debitorenrisiko bei den Gemeinden (oder Kantonen) zu liegen komme. Bundesrat Berset beantragte hingegen, bei der von der Kommission vorgeschlagenen Regelung zu bleiben, zumal diese einen Kompromiss zwischen Versicherungen und Kantonen darstelle. Ansonsten hätten die Krankenversicherungen «plus d'intérêt à poursuivre les assurés». Mit 138 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) folgte die grosse Kammer mit Ausnahme der SVP-Fraktion und eines Mitglieds der FDP.Liberalen-Fraktion der Kommissionsmehrheit.

Am umstrittensten war einmal mehr die Frage nach der Abschaffung der **Liste der säumigen Prämienzahlenden** – wobei sich Christian Lohr (mitte, TG) vehement gegen die Bezeichnung «schwarze Liste» wehrte. Wie der Ständerat beantragte die Kommissionsmehrheit, auf eine Abschaffung der Listen zu verzichten, da man den Entscheid über deren Anwendung den Kantonen überlassen wolle. Der Bundesrat und eine starke Minderheit Weichelt (al, ZG) sprachen sich hingegen für ihre Streichung aus, da sie sich in der Praxis nicht bewährt hätten. Nachdem die Entscheidung in der Kommission mit 13 zu 12 Stimmen diesbezüglich äusserst knapp ausgefallen war, sprach sich der Nationalrat mit 98 zu 92 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) ebenfalls eher knapp für die Beibehaltung der Listen aus; die Stimmen der Mitglieder der SP-, der Grünen- und der GLP-Fraktion sowie der EVP und eine Minderheit der FDP reichten somit für eine Streichung der Listen nicht aus. Nach einigen sprachlichen und formalen Bereinigungen nahm der Nationalrat den Entwurf in der Folge mit 191 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) ohne Gegenstimme an.<sup>30</sup>

---

1) BBl, 2012, S. 1923; BAZ, 17.2.12.

2) AB SR, 2013, S. 128 ff., 416 ff.; NZZ, 13.3. und 14.3.13.

3) AB NR, 2014, S. 1346 ff.; AB NR, 2014, S. 1584 ff.; AB NR, 2014, S. 173 ff.; AB NR, 2014, S. 1865; AB SR, 2014, 810 ff.; AB SR, 2014, 862 ff.; AB SR, 2014, S. 18 ff.; AB SR, 2014, S. 981; BZ, 5.3.14; AZ, Lib, NZZ, 10.9.14

4) BBl, 2015, S. 2317 ff.; AZ, BaZ, CdT, LZ, NZZ, TA, 19.2.15

5) AB NR, 2015, S. 1336 ff.; AZ, 7.9.15; BZ, 8.9.15

6) AB SR, 2015, S. 1098 ff.; NZZ, 1.12.15

7) AB SR, 2016, S. 334 ff.

8) AB NR, 2017, S. 572; AB SR, 2017, S. 130 ff.; AB SR, 2017, S. 306; BZ, CdT, NZZ, TG, 8.3.17

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

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

11) AB NR, 2018, S. 271

12) AB NR, 2018, S. 273 f.; Volken, Bopp und Rüesch (2014)

13) AB NR, 2018, S. 279 f.

14) AB SR, 2018, S. 243 ff.

15) AB NR, 2018, S. 1438 f.; Kommissionsbericht SGK-NR vom 16.5.18

16) AB NR, 2018, S. 1446 ff.

17) AB NR, 2018, S. 1788 f.; AB NR, 2018, S. 2254; AB SR, 2018, S. 1081; AB SR, 2018, S. 821 f.; BBl 2018, S. 6741 ff.

18) AB SR, 2018, S. 1037 ff.

19) AB SR, 2019, S. 14 ff.

20) AB NR, 2019, S. 137 ff.; Bericht SGK-NR (18.3713) vom 15.2.19

21) AB SR, 2019, S. 247 ff.

22) AB NR, 2019, S. 1432 ff.

23) AB SR, 2019, S. 692 f.; Bericht SGK-SR vom 3.9.19

24) AB SR, 2019, S. 1045 ff.

25) AB SR, 2020, S. 93 f.

26) AB NR, 2020, S. 1178; AB NR, 2020, S. 737 ff.; AB SR, 2020, S. 450 ff.; AB SR, 2020, S. 624

27) AB SR, 2020, S. 707 ff.

28) AB NR, 2020, S. 2523; AB NR, 2020, S. 2729; AB SR, 2020, S. 1285 ff.; AB SR, 2020, S. 1439

29) AB SR, 2021, S. 1276 ff.

30) AB NR, 2021, S. 2642 ff.