

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>20.04.2024</b>
Thema	<b>Sozialversicherungen</b>
Schlagworte	<b>Spitalwesen, Kinder- und Jugendpolitik</b>
Akteure	<b>Keine Einschränkung</b>
Prozesstypen	<b>Keine Einschränkung</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2023</b>

# Impressum

## Herausgeber

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

## Beiträge von

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

## Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Rohrer, Linda; Schnyder, Sébastien 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Spitalwesen, Kinder- und Jugendpolitik, 1993 - 2022*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 20.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	<b>1</b>
<b>Sozialpolitik</b>	<b>1</b>
Sozialversicherungen	1
Invalidenversicherung (IV)	3
Krankenversicherung	3
Unfallversicherung	22

# Abkürzungsverzeichnis

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<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>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>BVGer</b>	Bundesverwaltungsgericht
<b>BIP</b>	Bruttoinlandsprodukt
<b>EL</b>	Ergänzungsleistungen
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>EVG</b>	Eidgenössisches Versicherungsgericht
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>SGB</b>	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>BVG</b>	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
<b>SKS</b>	Stiftung für Konsumentenschutz
<b>AKV</b>	Aargauischer Krankenkassenverband
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>MiGeL</b>	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
<b>ACSI</b>	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (Konsumentenschutz der italienischsprachigen Schweiz)
<b>FRC</b>	Fédération romande des consommateurs (Konsumentenschutz der Romandie)
<b>UVG</b>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
<b>SSV</b>	Schweizerischer Städteverband
<b>CLASS</b>	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
<b>KVV</b>	Verordnung über die Krankenversicherung
<b>GE KVG</b>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<b>WZW</b>	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

---

<b>AVS</b>	Assurance-vieillesse et survivants
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<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>AI</b>	Assurance-invalidité
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>TAF</b>	Tribunal administratif fédéral
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>PC</b>	Prestations complémentaires
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>TFA</b>	Tribunal fédéral des assurances
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>USS</b>	Union syndicale suisse
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>LPP</b>	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
<b>SKS</b>	Stiftung für Konsumentenschutz (Fédération des consommateurs en Suisse alémanique)

<b>AKV</b>	Association des assureurs-maladie argovienne
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>LiMA</b>	Liste des moyens et appareils de AOS
<b>ACSI</b>	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (Fédération des consommateurs en Suisse italienne)
<b>FRC</b>	Fédération romande des consommateurs
<b>LAA</b>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
<b>UVS</b>	Union des Villes Suisses
<b>CLASS</b>	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
<b>OAMal</b>	Ordonnance sur l'assurance-maladie
<b>IC LAMal</b>	Institution commune LAMal
<b>EAE</b>	Efficacité, Adéquation et Économicité

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Sozialversicherungen

#### Sozialversicherungen

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 20.11.1996  
MARIANNE BENTELI

Die totalrevidierte **Bundesverfassung** soll, wenn es nach dem Willen des Bundesrates geht, ein **deutliches Bekenntnis zur Sozialstaatlichkeit** enthalten. Das Gewicht, das der Sozialpolitik zukommt, wird dadurch unterstrichen, dass der **Artikel über die Sozialziele** (Art. 33 VE 96) ein eigenständiges Kapitel der neuen Verfassung bildet. Explizit erwähnt und präzisiert werden die Themen soziale Sicherheit, Gesundheit, Arbeit, Wohnen, Bildung und Jugend.<sup>1</sup>

BERICHT  
DATUM: 31.12.2022  
ANJA HEIDELBERGER

#### Jahresrückblick 2022: Sozialversicherungen

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

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

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

Neben dem Gleichstellungsargument betonten die Gegnerinnen und Gegner der AHV21 im Abstimmungskampf auch ihre Befürchtung, dass die Rentenaltererhöhung der Frauen nur ein erster Schritt für weitere Erhöhungen des Pensionsalters sei. Dabei verwiesen sie unter anderem auf die Initiative der Jungfreisinnigen «**Für eine sichere und nachhaltige Altersvorsorge (Renteninitiative)**», welche eine automatische Anpassung des Rentenalters an die Lebenserwartung fordert. Diese empfahl der Bundesrat im Juni zur Ablehnung. Zudem beklagten die Gegnerinnen und Gegner der

AHV21 die steigenden Lebenshaltungskosten – auch im Rahmen der Teuerung – und forderten einen Leistungsausbau bei der AHV. Dies bezweckt etwa die vom Gewerkschaftsbund eingereichte Initiative «**Für ein besseres Leben im Alter (Initiative für eine 13. AHV-Rente)**». Der Bundesrat empfahl jedoch auch dieses Anliegen zur Ablehnung und der Nationalrat teilte diesen Antrag in der Wintersession. Stattdessen behandelte das Parlament die **Teuerung** in einer ausserordentlichen Session, wobei eine Motion für einen vollständigen Teuerungsausgleich bei der AHV vom National- und Ständerat angenommen wurde.

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

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

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

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

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

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

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

verzichtete auf die Schaffung einer entsprechenden Unterscheidung.<sup>2</sup>

### Invalidenversicherung (IV)

**MOTION**  
DATUM: 05.10.2007  
MARIANNE BENTELI

Im Einverständnis mit dem Bundesrat stimmte der Nationalrat einer Motion Müller (fdp, SG) zu, welche eine gesetzliche Anpassung in dem Sinn verlangt, dass den Patienten der Invalidenversicherung bei öffentlichen und öffentlich subventionierten **Spitälern** grundsätzlich die gleichen **Tarife** und Kosten verrechnet werden wie den Patienten der obligatorischen Krankenversicherung. Je nach Kanton können die IV-Tarife höher ausfallen, da für diese Patienten die anteilmässige Kostenbeteiligung der Kantone nicht explizit festgeschrieben ist. Der Rat befand, angesichts der schwierigen finanziellen Lage der IV sei diese Differenzierung nicht länger zu rechtfertigen.<sup>3</sup>

**MOTION**  
DATUM: 18.12.1998  
LINDA ROHRER

Der Ständerat stimmte der 2007 vom Nationalrat überwiesenen Motion Müller (fdp, SG) ebenfalls zu. Diese forderte den Bundesrat auf, Massnahmen zu ergreifen, damit den Patienten der Invalidenversicherung bei öffentlichen und öffentlich subventionierten **Spitälern** grundsätzlich die gleichen **Tarife** und Kosten verrechnet werden wie denjenigen der obligatorischen Krankenversicherung. Er überwies auch die Motion (06.3466) Robbiani (cvp, TI) für die Anpassung der Vollzugsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung.<sup>4</sup>

### Krankenversicherung

**KANTONALE POLITIK**  
DATUM: 31.12.1993  
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat erklärte die **Verträge zwischen den Spitälern und dem Krankenkassenverband im Kanton Aargau** für **ungültig**. Die Aargauer Regierung hatte 1991 einer Erhöhung der Spitaltarife um durchschnittlich 19,4% zugestimmt – zwei Tage nachdem der dringliche Bundesbeschluss zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen in Kraft getreten war, welcher die Tariferhöhungen auf 7,8% beschränkte. Dagegen hatte sich der Aargauische Krankenkassenverband (AKV) mit einer Beschwerde beim Bundesrat gewehrt. Der Kanton Aargau muss nun dem AKV rund 14 Mio. Fr. zurückerstatten. Der AKV und das kantonale Gesundheitsdepartement liegen sich aber auch noch aus einem anderen Grund in den Haaren. Als der AKV drei Monate lang die Rechnungen der aargauischen Kantonsspitäler unter die Lupe nahm, entdeckte er 176 Fehler. Mit einer Ausnahme hatten die Spitäler dabei immer zu hohe Beträge verrechnet, insgesamt rund 50'000 Franken.<sup>5</sup>

**STUDIEN / STATISTIKEN**  
DATUM: 19.04.1994  
MARIANNE BENTELI

Der vom Parlament auf Anfang 1992 verfügte **Tarif- und Preisstopp im Gesundheitswesen hat Wirkung gezeigt**. Besonders in den Spitälern fielen die Kosten bedeutend geringer aus als in den Vorjahren. Die Zuwachsrate bei den Krankenpflegekosten in der Grundversicherung blieb 1993 und 1994 aber immer noch deutlich über der Lohn- und Preisentwicklung. Auch der härter gewordene Konkurrenzkampf unter den Krankenkassen trug zu einer Entspannung im Prämienbereich bei. Erstmals seit Jahren drohten die Kassen nicht mit massiven Prämien erhöhungen für das kommende Jahr, sondern sprachen von einem Einfrieren oder gar einer Senkung der Prämien für 1995.<sup>6</sup>

**KANTONALE POLITIK**  
DATUM: 25.10.1996  
MARIANNE BENTELI

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

Ende 1996 dem Bundesrat einen gemeinsamen Vorschlag über die Kostenberechnung und die Leistungsstatistik vorzulegen.<sup>7</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 25.10.1996  
MARIANNE BENTELI

Eine **parteiübergreifende Parlamentariergruppe** bestehend aus den Abgeordneten Gross (sp, TG), Heberlein (fdp, ZH), Eymann (lp, BS) und Hochreutener (cvp, BE) übernahm eine alte Forderung von Gesundheitsökonominnen und propagierte die **Abschaffung der kantonalen Subventionen für die öffentlichen Spitäler**. Diese sollten stattdessen direkt den Versicherten zukommen. Dies würde zu gleich langen Spiessen für öffentliche und private Spitäler sowie für die stationären und die (nicht subventionierten) ambulanten Behandlungen führen. Dadurch würden auch die Versicherten mehr Einblick in die effektiven Kosten erhalten. Dieser Vorschlag erhielt Unterstützung vom Präsidenten der Sanitätsdirektorenkonferenz und - etwas weniger einhellig - von den Krankenkassen. Er wurde jedoch von einer Arbeitsgruppe der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit unter Hinweis auf die Kompetenz der Kantone abgelehnt.<sup>8</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 21.02.1997  
MARIANNE BENTELI

Unter dem Druck der trotz neuem Krankenversicherungsgesetz (KVG) ständig ansteigenden Prämien berief Bundesrätin Dreifuss im Februar einen **"Krankenversicherungs-Gipfel"** ein. Haupttenor der Veranstaltung, an der alle massgeblichen Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens teilnahmen, war die Feststellung, dass die Mängel der Krankenversicherung weniger dem neuen KVG als vielmehr dessen rascher Einführung und der zu wenig koordinierten Umsetzung zuzuschreiben sind. Mit dem Ziel, Einfluss auf die Kostenentwicklung im Krankenversicherungsbereich zu nehmen, wurden die Gespräche auf drei Themenkreise konzentriert: das Spitalwesen mit Fragen der Spitalplanung und der ausserkantonalen Hospitalisation, die öffentlichen Gesundheitsdienste mit dem Beispiel der spitalexternen Krankenpflege (Spitex) sowie die Kalkulation und Kontrolle der Krankenversicherungsprämien.<sup>9</sup>

#### VOLKSINITIATIVE

DATUM: 31.05.2000  
MARIANNE BENTELI

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

In dieser Botschaft präsentierte der Bundesrat erstmals eine **Gesamtschau der sozialen Krankenversicherung** und zog eine Bilanz zu den drei Hauptzielen des neuen KVG (Verstärkung der Solidarität, Eindämmung der Kosten und Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung). Er kam dabei zum Schluss, dass das KVG einen vorzüglichen und umfassenden Versicherungsschutz bei gesamthaft betrachtet tragbaren Prämien garantiert. Dass gewisse Ziele noch nicht optimal erfüllt werden konnten, sei nicht dem geltenden System, sondern vor allem den Kantonen anzulasten. Mängel ortete er namentlich bei der je nach Kanton unterschiedlichen Ausrichtung der Prämienverbilligungen an Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Verbesserungen können nach Auffassung des Bundesrates mit Teilrevisionen des KVG sowie mit dem Neuen Finanzausgleich zwischen dem Bund und den Kantonen erreicht werden.<sup>10</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 14.09.2004  
MARIANNE BENTELI

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

Die SGK-SR wünschte vom Bundesrat zusätzliche Abklärungen und Vorschläge. Bei der Spitalfinanzierung verlangte sie unter anderem die finanzielle Gleichstellung von stationärer und ambulanter Behandlung. In den Vorschlägen zu Managed Care fehlte ihr ein Anreizsystem, damit Leistungserbringer, Versicherer und Patienten bereit sind, integrierte Netzwerke aufzubauen und zu nutzen.<sup>11</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 22.11.2006  
MARIANNE BENTELI

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

Bei den Von-Wattenwyl-Gesprächen verlangten alle Bundesratsparteien, das Parlament solle seine Gangart bei der KVG-Revision markant beschleunigen und nicht weiter Einzelprojekte in den Kommissionen blockieren.<sup>12</sup>

**MOTION**  
DATUM: 08.03.2006  
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte die Kommission des Ständerates ein Modell ausgearbeitet, das eine einheitliche Finanzierung aller in einem Spital erbrachten Leistungen vorsah, also auch den **ambulantem Bereich**, der in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen hat, mit einbeziehen wollte. Sie war damit aber am erbitterten Widerstand der Kantone gescheitert, da die ambulanten Leistungen vollumfänglich zu Lasten der Krankenversicherer abgerechnet werden. Die Kommission nahm den Gedanken mit einer Motion wieder auf, die den Bundesrat beauftragt, dem Parlament bis Ende 2008 eine Vorlage für eine einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen auf der Grundlage der ursprünglichen Vorlage der SGK vorzulegen. Dabei soll auch geprüft werden, ob und mit welchen Kompetenzen und Konsequenzen eine Zahl- oder Clearingstelle eingeführt werden soll. Der Bundesrat verwies auf die geringe Akzeptanz des Vorschlags und erachtete zudem den Zeitrahmen als zu eng gefasst, weshalb er Ablehnung des Vorstosses beantragte. Sommaruga (sp, BE) war mit der Stossrichtung der Motion grundsätzlich einverstanden, fand aber, man könne nicht eine Spitalfinanzierung beschliessen, die frühestens 2007 in Kraft treten könne, und gleichzeitig bereits signalisieren, dass man eigentlich ein ganz anderes Modell anvisiere, weshalb sie den Bundesrat unterstützte. Eine Mehrheit im Rat war aber der Ansicht, dass man bereits jetzt die Weichen für die Zukunft stellen müsse. Die Motion wurde mit 22 zu 15 Stimmen angenommen.<sup>13</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 22.03.2007  
MARIANNE BENTELI

Nach langwierigen Vorarbeiten hatte der Ständerat im Vorjahr endlich sein Modell einer künftigen **Spitalfinanzierung** verabschiedet. Im Nationalrat bezeichnete die Kommissionssprecherin diese Vorlage als wichtigsten und wirksamsten Teil der Krankenversicherungsrevision. Gegen den Antrag von Huguenin (pda, VD), die vor negativen Folgen des Wettbewerbs warnte, trat der Rat mit 161 zu 3 Stimmen auf das Geschäft ein. Bei der Einführung von **Fallkostenpauschalen** (DRG-basierte Rechnungslegung) war man sich mit dem Ständerat weitgehend einig. Eine Kommissionsminderheit um Nationalrätin Fehr (sp, ZH) wollte im Gegensatz zum

Ständerat die Investitionskosten für die Infrastruktur nicht in die Pauschalen einbeziehen. Die Fraktionen von SP und Grünen befürchteten davon Vorteile für die Privatspitäler. Diese könnten ihre Investitionen nach ganz anderen Kriterien tätigen und auf diese Weise Rosinen picken. Die Ratsmehrheit wollte aber eine Vollkostenrechnung ermöglichen und stimmte dem Einbezug der Investitionen zu. Intensiv wurde darüber diskutiert, wie die Kosten für die Listenspitäler zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern aufgeteilt werden sollen. Der Kommissionssprecher führte aus, dass diese **Aufteilung** von Kanton zu Kanton variere. 2004 lag der Kantonsanteil an den Kosten im Durchschnitt bei 58%, wobei sich die Quoten zwischen 38,3% (Thurgau) und 73,4% (Genf) bewegten. Die Kommission beantragte erfolgreich, und gegen die SP, welche 60% verlangt hatte, dass der Anteil der Kantone auf **mindestens 55%** fixiert wird. Der Rat lehnte zudem mit 113 zu 58 Stimmen die vom Ständerat vorgesehene Möglichkeit als zu kompliziert ab, dass Kantone mit tiefem Prämienniveau den Anteil auf 45% senken könnten.

Weiter beschloss der Nationalrat auf Antrag seiner Kommission, dass künftig landesweit die **freie Spitalwahl** (innerhalb der Listenspitäler) gelten soll, auch ohne entsprechende Zusatzversicherung, da dies den Wettbewerbsdruck erhöhe. Die freie Spitalwahl wurde einzig von den Fraktionen der Grünen und der EVP/EDU bekämpft. Diese sahen in dieser für die Kantone teuren Bestimmung keinen entsprechenden Zusatznutzen und verlangten vergeblich, bei der Fassung des Ständerats zu bleiben. Für eine zusätzliche Wahlfreiheit sprach sich der Rat im Bereich der Geburtshäuser aus. Gegen den Widerstand der SVP-Fraktion beschloss er, Spital und Geburtshaus gesetzlich gleichzustellen. Eine Kontroverse entspann sich zur Frage der **Vertragsspitäler**. Entgegen dem Antrag der Kommission, der von linker und grüner Seite unterstützt wurde, hielt der Nationalrat an den vom Ständerat vorgeschlagenen Vertragsspitälern fest. Mit solchen privaten Krankenhäusern, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste figurieren und auch keine Kantonsbeiträge erhalten, sollen die Krankenversicherer in Zukunft ebenfalls Verträge abschliessen können. Diese Möglichkeit durchkreuze die Spitalplanung der Kantone und schaffe von der Grundversicherung mitgetragene Überkapazitäten argumentierte die Ratslinke. Schliesslich kam auch der schwelende Konflikt unter den Kantonen über die Standorte der Spitzenmedizin zur Sprache. Der Rat beschloss gemäss Antrag seiner Kommission und entsprechend der Ständeratsfassung, dass die Kantone die gesamtschweizerische Planung gemeinsam vornehmen. Wenn sie dies indessen nicht zeitgerecht tun, soll der Bundesrat festlegen, welche Spitäler für welche Sparten in den Spitallisten aufzuführen sind. In der Gesamtabstimmung unterstützte der Nationalrat die Vorlage mit 113 zu 54 Stimmen. Die SP-Fraktion lehnte die Vorlage wegen dem Passus über die Vertragsspitäler ab.<sup>14</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 28.08.2007  
MARIANNE BENTELI

Mit dem Bundesgesetz von 2002 über die Anpassung der **kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen** nach dem KVG hatte das Parlament eine Übergangsregelung beschlossen, die den Kantonen eine schrittweise Umsetzung der Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) zur Beitragspflicht beim Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung von innerkantonalen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern erlaubt. Die Gültigkeit des Gesetzes war bis zum 31. Dezember 2004 befristet worden. Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision in den Räten in der Wintersession 2003 hatte der Bundesrat 2004 seinen Vorschlag zur Neuregelung des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung unterbreitet und gleichzeitig die Verlängerung des Bundesgesetzes bis Ende 2006 beantragt, da die Neuordnung der Spitalfinanzierung am 1. Januar 2007 in Kraft treten sollte. Das Parlament hatte dem Antrag zugestimmt. Weil die Zeit für die Bereinigung dieser Vorlage in beiden Räten und die Inkraftsetzung durch den Bundesrat nicht ausreichte, hatten die Räte im Dezember 2006 einer nochmaligen Verlängerung des Bundesgesetzes bis Ende 2007 zugestimmt. Die ständerätliche Kommission stellte nun fest, dass die Zeit für die Inkraftsetzung der Neuregelung auf Anfang 2008 trotzdem nicht ausreicht und beantragte mit einer parlamentarischen Initiative eine nochmalige Verlängerung um ein Jahr, bis längstens zum 31. Dezember 2008.

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

des Bundesrates noch nicht vorgelegen hatte. Im Nationalrat konnte sich aber aus demokratiepolitischen Überlegungen die Auffassung des Bundesrates ganz klar durchsetzen, worauf der Ständerat einstimmig der Verlängerung bis Ende 2009 zustimmte.<sup>15</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 03.10.2007  
MARIANNE BENTELI

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

Beide Kammern überwies eine Motion (07.3555) der Kommission des Ständerates, die den Bundesrat auffordert, die gesetzlichen Grundlagen für die Rechnungskontrolle sowie die Überprüfung der Berechnung der Vergütung gemäss dem Tarifregime von SwissDRG (Fallkostenpauschalen) vorzulegen.<sup>16</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 01.01.2008  
ANJA HEIDELBERGER

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

Neben SwissDRG existieren auch weitere schweizweit einheitliche Tarifstrukturen zur Abrechnung von stationären Leistungen – im Unterschied zum TARMED, das auf ambulante Leistungen anwendbar ist. Die Leistungen im Bereich der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie werden demnach im Rahmen der Tarifstruktur **TARPSY** vergütet. Diese war ebenfalls von der SwissDRG AG entwickelt und vom Bundesrat auf den 1. Januar 2018 in Kraft gesetzt worden.

Die Tarifstruktur **ST Reha**, welche die Abrechnung der Kosten der stationären Rehabilitation regeln soll, befindet sich noch in der Entwicklung. Im März 2021 gab die SwissDRG AG deren Fertigstellung bekannt und beantragte ihre Einführung per Anfang 2022.<sup>17</sup>

-----  
**Zusammenfassung**  
-----

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

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

**Chronologie**

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

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

Im Februar 2011 gab die SGK-NR der Initiative mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Nachdem ihre Schwesterkommission den Vorstoss im April desselben Jahres noch sistiert hatte, weil sie der Motion Brändli (svp, GR: 09.3546) folgend zuerst die Ausarbeitung eines Vorschlags durch den Bundesrat abwarten wollte, stimmte die SGK-NR im November 2011 dem Beschluss ihrer Schwesterkommission mit 7 zu 1 Stimme zu. In der Folge entschied sich die mit der Erarbeitung eines Entlassentwurfs beauftragte Subkommission «KVG» der SGK-NR, die laufenden Arbeiten im Rahmen des Nationalen Dialogs Gesundheitspolitik abzuwarten. In deren Rahmen sollten zwischen 2012 und 2018 verschiedene wissenschaftliche Studien zum entsprechenden Thema durchgeführt werden. Aus diesem Grund und wegen der starken Auslastung der Subkommission legte die Kommission 2013, 2015 und 2017 je einen Antrag auf Verlängerung der Behandlungsfrist um zwei Jahre vor, welche der Nationalrat jeweils genehmigte.<sup>18</sup>

**POSTULAT**DATUM: 18.03.2011  
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a adopté un postulat Humbel (pdc, AG) demandant au gouvernement d'élaborer un rapport établissant les **avancées de la mise en œuvre des listes hospitalières cantonales** et proposant des mesures garantissant une application homogène de la LAMal dans tous les cantons, si nécessaire à travers une modification légale. La postulante estime que la planification hospitalière est arbitraire au vu de l'absence de transparence et de dispositions contraignantes. Ainsi, elle propose d'octroyer à la Confédération les compétences de fixer un minimum de cas par médecin d'hôpital, d'obliger les hôpitaux à présenter un rapport de qualité des prestations et de leur imposer des exigences de formation et de perfectionnement pour être inscrit sur les listes hospitalières.<sup>19</sup>

**VERWALTUNGSAKT**DATUM: 31.12.2013  
FLAVIA CARONI

Aufgrund der 2012 eingeführten neuen Spitalfinanzierung, durch die sich die Beteiligung der Kantone an den Spitalkosten erhöht hatte, waren die **Spitalzusatzversicherungen** stark entlastet worden. Jedoch waren die Prämien für die Versicherten noch nicht entsprechend gesunken. Daher beschloss die Finma im Sommer des Berichtsjahres die Tarife sämtlicher Spitalzusatzversicherungen zu überprüfen, was sie selbst als aussergewöhnliche Massnahme bezeichnete. Ziel sei es, zu verhindern, dass die Versicherer missbräuchlich hohe Gewinne erzielten. Die Abklärungen der Finma führten schliesslich zu Ermahnungen an 22 Versicherer, ihre Prämien teils geringfügig, teils massiv zu senken.<sup>20</sup>

**BERICHT**DATUM: 02.09.2016  
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2016 veröffentlichte der Bundesrat eine Medienmitteilung, in der er die Kostenentwicklung in den vier grössten Bereichen im Gesundheitswesen beschrieb. Diese vier Bereiche seien für 80 Prozent der Kosten im Bereich der Grundversicherung verantwortlich. Bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis verortete er zwischen 2009 und 2015 bei gleich bleibender Anzahl Konsultationen einen Kostenanstieg um 28 Prozent. Dies erklärte er dadurch, dass immer häufiger Spezialistinnen und Spezialisten anstelle von Hausärztinnen und Hausärzten aufgesucht würden. Auch im stationären Bereich seien die Kosten in demselben Zeitraum um 17 Prozent angestiegen, wobei hier insbesondere Behandlungen von Personen über 70 Jahren zugenommen hätten. Diese Zunahme könne folglich vor allem auf die Demografie zurückgeführt werden. Bei den Spital-ambulant Behandlungen habe die Zahl der Konsultationen um 34 Prozent zugenommen, weshalb dieser Bereich trotz gleichbleibender Kosten pro Behandlung die Gesamtkosten stark beeinflusst habe. Schliesslich seien zwar die Preise von 1'500 Medikamenten reduziert worden, dies habe aber keine Auswirkungen auf die Pro-Kopf-Medikamentenkosten gehabt, da die Ärztinnen und Ärzten stattdessen neue, teurere Produkte verschrieben hätten. Insgesamt machte der Bundesrat somit die **Mengenausweitung im Gesundheitswesen**, die sich medizinisch nicht vollständig begründen lasse, als wichtigen Faktor für die Kostenentwicklung aus. Um dieses Problem zu bekämpfen, habe das EDI im Rahmen der Strategie «Gesundheit 2020» Massnahmen erlassen oder sei dabei, diese zu bearbeiten. Dazu gehörten etwa die Senkung der Preise kassenpflichtiger Arzneimittel sowie die Anpassung derer Vertriebsmargen, die Anpassung der Höchstvergütungsbeträge der MiGeL, die Verbesserung der Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten durch eine nationale Strategie sowie eine Erhöhung der Qualität der medizinischen Behandlungen.<sup>21</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**DATUM: 20.04.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2018 verabschiedete die SGK-NR einen ersten Vorentwurf für eine **einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)** mit 15 zu 7 Stimmen. Zukünftig sollen die Krankenversicherungen sowohl die Kosten der ambulanten als auch der stationären Behandlungen übernehmen. Die Kantone sollen einen Beitrag von mindestens 25.5 Prozent an die Behandlungskosten (nach Abzug der Franchisen und des Selbstbehalts) leisten. Die Anteile sind dabei so berechnet, dass die Umstellung für Kantone und Krankenversicherungen kostenneutral ist. Die Kommission definierte drei Ziele der Reform: Diese solle zu einer Verlagerung von stationären zu kostengünstigeren ambulanten Behandlungen führen, die prämiens- und steuerfinanzierten Anteile an den Kosten für die OKP stabilisieren sowie die sachgerechte Tarifierung fördern. Eine Minderheit I beantragte Nichteintreten, weil die Kantone zur Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichtet würden, ohne dass sie diesen (mit-)steuern könnten. Eine Minderheit II schlug hingegen vor, die Anreize für eine effiziente Versorgung zu vergrössern, indem die Kantone den Krankenversicherungen bei Vorliegen eines Risikoausgleichs Pro-Kopf-Pauschalen anstelle eines Anteils der Versorgungskosten gutschrieben.<sup>22</sup>

**PARLAMETARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 15.05.2018  
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung** zum Vorschlag der SGK-NR zur **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen** zwischen Mai und September 2018 nahmen 111 Organisationen teil, darunter alle Kantone, die GDK, die CLASS, sechs grosse Schweizer Parteien, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumentenverbände, Leistungserbringendenverbände, Ärztegesellschaften, Versicherungsverbände und Patientenorganisationen. Generell begrüsst die Vernehmlassungsteilnehmenden zwar eine einheitliche Finanzierung, zahlreiche von ihnen lehnten den vorliegenden Vorschlag dennoch als ungenügend ab. Zuspruch fand die Vorlage bei den bürgerlichen Parteien, Economiesuisse sowie zahlreichen Leistungserbringenden und Versicherungen. Sie erhofften sich mehrheitlich eine sachgerechtere Tarifierung im ambulanten Bereich, eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich sowie eine kostensenkende Wirkung der verschiedenen Massnahmen. Die Kantone forderten fast durchwegs eine Überarbeitung der Vorlage, da sie die Fehlanreize im Gesundheitswesen vor allem in der Tarifierung orteten und mit der einheitlichen Finanzierung folglich keine grosse Kosteneindämmung erwarteten. Eine Verlagerung sei zudem durch Operationslisten schneller zu erreichen, argumentierten sie. Hingegen würden die Möglichkeiten der Kantone zur Kostensteuerung – sowie die demokratische Kontrolle – reduziert, indem die Rolle der Versicherungen gestärkt würde. Stattdessen verlangten die Kantone für eine zukünftige Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen auch entsprechende Steuerungsmöglichkeiten für deren Angebot. Die SP und die Gewerkschaften lehnten die Vorlage ab. Die SP befürwortete zwar eine einheitliche Finanzierung, nicht aber den Transfer von Mitteln zu den Versicherungen. Gespalten zeigten sich die Konsumentenverbände: Einige befürworteten die einheitliche Finanzierung, andere forderten alternative Massnahmen wie eine sachgerechte Tarifierung oder eine verbesserte Qualität der ambulanten Leistungen.<sup>23</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>24</sup>

**POSTULAT**  
DATUM: 14.03.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2018 lösten Zeitungsberichte darüber, dass eine Krankenkasse im Tessin das Krebsmedikament zur Behandlung eines zwölfjährigen Jungen nicht übernehmen wolle, da dieses für die Behandlung von Kindern nicht zugelassen und bei der Schweizer Arzneimittelbehörde nicht registriert sei, in der Öffentlichkeit Empörung aus. In der Folge entschied sich die Krankenkasse, die Kosten dennoch zu übernehmen. Damit war aber ein allgemeines Problem ans Licht gelangt: Fast 80 Prozent der Medikamente, die in der Kinderonkologie eingesetzt würden, seien nicht für Kinder zugelassen, war den Medien zu entnehmen. Wegen der geringen Fallzahlen habe die Pharmaindustrie kein Interesse an entsprechenden klinischen Studien, weshalb die Zulassung fehle.

Im Oktober 2018 nahm auch das Parlament den Vorfall auf: Die SGK-NR reichte ein Postulat ein, mit dem die **Vergütung von Medikamenten für krebskranke Kinder** untersucht werden sollte. Der zu verfassende Bericht sollte die Voraussetzungen für eine Übernahme durch die Krankenkassen, Rückerstattungsmöglichkeiten für Kosten von im Ausland, nicht aber in der Schweiz zugelassenen Medikamenten sowie Möglichkeiten zur Vermeidung der Ungleichbehandlung durch die verschiedenen Krankenkassen bei der Kostenübernahme von sogenannten Off-Label-Use-Medikamenten, also Medikamenten, die nur für Erwachsene zugelassen sind, untersuchen. Die Problematik sei bei Kindern besonders gross, da aufgrund der geringen Anzahl Krebsfälle nur wenige spezifische Medikamente auf den Markt gebracht würden, erklärte die Kommission. Der Bundesrat verwies auf die geplante Evaluation der Umsetzung der Arzneimittelvergütungen durch das BAG und den entsprechenden Passus in der KVV. Nach Abschluss dieser Evaluation könne der Bundesrat einen entsprechenden Bericht ausarbeiten, erklärte er. Stillschweigend nahm der Nationalrat das Postulat in der Frühjahrssession 2019 an.<sup>25</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 05.04.2019  
ANJA HEIDELBERGER

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

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

Die SGK-NR nahm die Vorlage im April 2019 mit 15 zu 7 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Obwohl sich die ständerätliche Kommission im Mai 2019 mit 9 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung gegen die Verknüpfung mit dem Bundesratsgeschäft zur Zulassung von Leistungserbringenden gewehrt und eine solche abgelehnt hatte, um Letzteres nicht womöglich auf Jahre hinaus zu blockieren, bestätigte die nationalrätliche Kommission ihren diesbezüglichen Entscheid im August 2019. Sie wolle die «Verknüpfung der beiden Reformen nicht aufgeben, bevor nicht auch die Kantone ein Entgegenkommen bei der einheitlichen Finanzierung erkennen» liessen.<sup>26</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 14.08.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 nahm der **Bundesrat Stellung** zum Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Er erklärte, dass er die Stossrichtung der Vorlage generell befürworte, der Bericht der Kommission aber noch einige Fragen ungeklärt lasse. So bedeute diese Änderung einen Systemumbau mit weitreichenden Wechselwirkungen und müsse folglich sorgfältig angegangen werden. Bei den Wechselwirkungen sprach er insbesondere die Schnittstelle zwischen OKP und Zusatzversicherungen an und betonte, dass diese vermutlich die Wirkung von EFAS einschränken würden. Zum Beispiel entlaste die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler ausserhalb der kantonalen Spitalplanung die Zusatzversicherungen stark und schaffe damit womöglich auch Anreize für zusätzliche ambulante Behandlungen. Die vom Bericht erwähnten Massnahmen würden wohl nicht ausreichen, diese Anreize auszugleichen. Zudem wollte der Bundesrat wissen, ob es Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone gebe, die über die Verknüpfung von EFAS mit dem Bundesratsgeschäft zur Zulassung von Leistungserbringenden (BRG 18.047) hinausgingen.<sup>27</sup>

BERICHT  
DATUM: 22.08.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 veröffentlichte der Bundesrat den durch das Postulat der SGK-NR verlangten **Bericht zur Anwendung des DRG-Systems**. Darin sollte er die Kantone mit DRG-System, also mit Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime, mit den übrigen Kantonen vergleichen. Der Bericht stützte sich auf eine Studie des Beratungsbüros B,S,S. Darin wurden zuerst die Kantone mit DRG-System definiert. Dazu zählten die Autorinnen und Autoren die Kantone Genf, Tessin und Waadt, die im Jahr 2017 eine maximale Vergütung für die stationären Spitalleistungen pro Spital vorgegeben hatten, sowie die Kantone Neuenburg und Wallis, die maximale Leistungsmengen pro Spital definiert hatten. Genf und Waadt nahmen die Leistungsmengendefinitionen ebenfalls, jedoch nur unter Einschränkungen vor. Die konkreten Ausgestaltungen hätten jedoch zwischen den Kantonen deutlich variiert, erklärt der Bundesrat. Von dieser Ausgestaltung hänge aber auch die Vereinbarkeit dieser Instrumente mit den Prinzipien der neuen Spitalfinanzierung ab. Die Kantone mit und ohne DRG-System erreichten überdies die Kosteneindämmungsziele ähnlich gut; bei beiden entspreche das Wachstum der spitalstationären Kosten etwa dem Wachstum des BIP, die Gesamtkosten hätten jedoch nicht gesenkt werden können. Trotz dieser Ergebnisse ging der Bundesrat davon aus, dass die Globalbudgets eine kostendämpfende Wirkung haben könnten.<sup>28</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 26.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

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

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

In der Detailberatung diskutierte der Nationalrat verschiedene technische Fragen, die jedoch, so die Auffassung der meisten Rednerinnen und Redner, hochpolitisch waren. So beriet die grosse Kammer die Berechnung der Kantonsbeiträge, bei der zwei Fragen umstritten waren: Soll erstens der Abzug der Risikoabgaben risikobasiert oder kostenbasiert erfolgen und sollen zweitens die Kostenbeteiligungen der Versicherten

abgezogen werden, bevor die Kantonsbeiträge berechnet werden. Bei ersterer Frage sprach sich eine Kommissionsminderheit Nantermod (fdp, VS) für das risikobasierte Pauschalmodell aus. Dieses habe den Vorteil, dass nur die Risikokompensation und nicht die variablen Verwaltungskosten der Versicherungen berücksichtigt würden, erklärte Regine Sauter (fdp, ZH) für die Kommissionsminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenwahrheit entsprechen müssten. Somit könne man diese nicht «aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen» verteilen. Mit 111 zu 78 Stimmen sprach sich der Nationalrat für den Mehrheitsantrag der SGK-NR und somit für das kostenbasierte Modell aus: Eine Allianz aus SP-, Grünen- und SVP-Fraktion setzte sich diesbezüglich gegen die geschlossen stimmenden übrigen Fraktionen durch.

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

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

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

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.<sup>29</sup>

**MOTION**  
DATUM: 27.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Die Problematik der schwarzen Listen für Kinder nahm Angelo Barrile (sp, ZH) in seiner Motion mit dem Titel «**Medizinische Leistungen für alle Kinder!**» auf. Das KVG solle so angepasst werden, dass Kinder und minderjährige Personen überall Zugang zu medizinischen Leistungen haben, auch wenn ihre Eltern betrieben worden sind, weil sie die Krankenkassenprämien nicht bezahlt haben. Momentan können sie – wie auch die erwachsenen Versicherten – wegen Betreibungen ihrer Eltern zu offenen Prämienrechnungen in einigen Kantonen auf einer Liste säumiger Prämienzahlender landen, woraufhin sie nur noch Anspruch auf Notfallbehandlungen haben. In seiner Antwort zur Frage Graf-Litscher (sp, TG; Frage 19.5420) habe der Bundesrat bestätigt, dass die aktuelle Praxis einzelner Kantone in Konflikt mit der Kinderrechtskonvention stehe, betonte Barrile.

Der Bundesrat beantragte die Motion zur Annahme, Verena Herzog (svp, TG) bekämpfte sie hingegen in der Wintersession 2019, so dass sie erst in der Herbstsession 2020 behandelt wurde. Herzog betonte, dass es bei diesen Listen um Solidarität gegenüber denjenigen gehe, die ihre Prämien bezahlten, und dass die Listen gleichzeitig als «Instrument zur Früherkennung» von Familien diene, die ihre Finanzen nicht im Griff hätten. So könne in diesen Fällen – wie im Kanton Thurgau – ein besseres Case-Management stattfinden. Mit 137 zu 45 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) nahm der Nationalrat die Motion gegen den Willen der geschlossen stimmenden SVP-Fraktion an.<sup>30</sup>

**STANDESINITIATIVE**  
DATUM: 04.12.2019  
ANJA HEIDELBERGER

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

Sowohl im spitalambulantem als auch im stationären Bereich sei die Tarifierung für die eigenständigen Kinderspitäler und die in Erwachsenenspitälern integrierten Kinderkliniken ungenügend, kritisierten sie. Bei den Kinderspitälern kämen verschiedene, erschwerende Faktoren zusammen: So müssten diese einerseits die ganze Leistungskette von der Grund- bis zur hochspezialisierten Medizin anbieten, regelmässig besonders aufwendige angeborene Erkrankungen behandeln und hätten andererseits kaum je die Möglichkeit zur Quersubventionierung durch privat oder halbprivat versicherte Patientinnen und Patienten.

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

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

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

Im Dezember 2019 folgte der Ständerat dem Kommissionsantrag stillschweigend, lehnte die vier Initiativen ab und nahm stattdessen die Kommissionsmotion an.<sup>31</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 17.01.2020  
ANJA HEIDELBERGER

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

In diesem **Bericht** zog das EDI das Fazit, dass der Einbezug der Pflegeleistungen in EFAS wünschenswert sei, da Fehlanreize verhindert, die Kostenanteile der verschiedenen Leistungsträger «dauerhaft stabilisiert» und die koordinierte Versorgung gefördert werden können. Zuerst müsse dafür aber die Kostentransparenz verbessert und die Tarifierung der Pflegeleistungen neu geregelt werden, was innerhalb von fünf Jahren erledigt werden könne. Folglich soll EFAS mit einer Übergangsfrist von drei Jahren noch ohne Pflegeleistungen eingeführt werden, diese sollten nach insgesamt sieben Jahren zusätzlich integriert werden. Unklar bleibe aber, wie gross der Finanzierungsanteil der Kantone im Pflegebereich sein müsse – 2016 hätte dieser 27.5 bis 27.9 Prozent betragen. Gleich bleiben soll der Kostenbeitrag der Patientinnen und Patienten an den Pflegeleistungen, so dass keine neuen Kosten für die EL entstehen sollten. Mit dem Einbezug der Pflegeleistungen komme es gegenüber heute zu Verschiebungen in der Belastung der einzelnen Kantone – abhängig davon, wie stark ambulante Leistungen in den jeweiligen Kantonen heute schon genutzt würden, so der Bericht. Deshalb soll der «Übergang zum neuen Finanzierungsteiler schrittweise erfolgen» und maximal ein Prozentpunkt pro Jahr betragen. Zudem sollen die Kantone die Möglichkeit erhalten, weitere Leistungsbereiche zu steuern, etwa bezüglich Psychologinnen und Psychologen. Ansonsten sollten die neuen, im Rahmen der Zulassungskriterien für Leistungserbringende geschaffenen Instrumente zur Steuerung genügen, resümierte das EDI. Dieses hiess überdies die Beteiligung der Kantone an den Tariforganisationen für ambulante Bereiche und ihre Aufnahme in die gemeinsame Einrichtung KVG gut, zumal die Kantone den ambulanten Bereich ja neu auch mitfinanzieren würden. Eine Änderung der vom Nationalrat vorgeschlagenen Regelungen verlangte das EDI beim Finanzierungsanteil der OKP für Vertragsspitäler. Dieser sollte gemäss Nationalrat von 45 auf rund 75 Prozent erhöht werden, wovon das EDI aber eine Kostensteigerung erwartete. Denn durch die Möglichkeit für (Zusatz-)Versicherungen, Spitäler unter Vertrag zu nehmen, verliere die kantonale Spitalplanung an Relevanz. Um dies zu verhindern, soll der Finanzierungsanteil bei 45 Prozent für Vertragsspitäler belassen werden. Schwierig tat sich das EDI schliesslich damit, die finanziellen Einsparungen von EFAS zu quantifizieren. Einsparungen seien vor allem dadurch möglich, dass die Versicherungen mehr Anreize hätten, ambulante anstelle von stationären Leistungen zu fördern, da sie neu auch gleichermassen für Letztere aufkommen müssten. Schätzungen bezifferten das Sparpotenzial auf bis zu CHF 3 Mrd., «wobei allerdings unklar ist, welcher Teil davon in der Praxis tatsächlich realisierbar ist».

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

Auf Grundlage dieser zwei Berichte startete die Kommission im Januar 2022 in die **Detailberatung**, unterbrach diese aber im März 2022 bereits wieder, um die künftigen Vorgaben für die individuelle Prämienverbilligung im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Prämienentlastungs-Initiative abzuwarten. Anfang Juli 2022 schloss die Kommission ihre erste Lesung der EFAS-Vorlage ab und bereitete sich mit der zweiten Lesung auf die in der Herbstsession 2022 anstehende Behandlung im Ständerat vor.<sup>32</sup>

**MOTION**  
DATUM: 10.03.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Obwohl sie – wie zuvor auch der Bundesrat – das Anliegen der Motion ihrer Schwesterkommission mit dem Titel «**Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten**» unterstützte, empfahl die SGK-SR die Motion mit 8 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) zur Ablehnung. Der Bundesrat habe die entsprechende Massnahme bereits ins erste Kostendämpfungspaket aufgenommen, weshalb sich die Motion erübrige. Stillschweigend stimmte die grosse Kammer diesem Antrag zu und lehnte die Motion ab.<sup>33</sup>

**VERORDNUNG / EINFACHER  
BUNDESBESCHLUSS**  
DATUM: 12.06.2020  
ANJA HEIDELBERGER

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

An der **Vernehmlassung**, die bis Oktober 2020 dauerte, nahmen 38 Stellungnehmende teil, darunter 23 Kantone, die GDK, die SP und die Grünen, der SSV, Curafutura und Santésuisse, der SGB sowie FMH, Spitex und die Stiftung Konsumentenschutz aller drei Sprachregionen (SKS, FRC, acsi). Der Grossteil der Befragten, darunter 20 Kantone, die links-grünen Parteien und die Gewerkschaft, aber auch die Leistungserbringenden sprachen sich vorbehaltlos für die Vorlage aus. Einen Vorbehalt brachten hingegen die Konsumentenverbände an: Sie verlangten eine Rückerstattung der ab Anfang 2012 unrechtmässig erhobenen Beträge für den Austrittstag, teilweise auch für den Eintrittstag. Die Versicherungen hingegen forderten, dass die Urlaubstage und teilweise die Austrittstage gleich definiert werden wie in der Tarifstruktur.<sup>34</sup>

**POSTULAT**  
DATUM: 14.09.2020  
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2020 **schrieb** der Nationalrat auf Antrag des Bundesrates, der das Postulat der SGK-NR zur **Evaluation der kantonalen Systeme bezüglich Fallpauschalen und Globalbudget** mit Vorliegen des Berichts als erfüllt erachtete, den Vorstoss stillschweigend **ab**.<sup>35</sup>

**STANDESINITIATIVE**  
DATUM: 27.01.2021  
ANJA HEIDELBERGER

Ende Januar 2021 publizierte die SGK-SR ihren **Entwurf zur Umsetzung der Standesinitiative des Kantons Thurgau über die Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht**. Dabei ging es um die Schulden, die dadurch entstehen, dass Eltern die Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen ihrer Kinder nicht bezahlen. Bisher wurden die Kinder bei Erreichen der Volljährigkeit für die Schulden haftbar. Neu sollten diese Schulden jedoch auch bei Volljährigkeit der Kinder in der Verantwortung der Eltern verbleiben. Beibehalten wollte die Kommissionsmehrheit hingegen die schwarzen Listen säumiger Prämienzahlender, gemäss denen Personen mit ausstehenden Prämienforderungen in einigen Kantonen nur zu Notfallbehandlungen zugelassen werden. Kinder sollten aber in Übereinstimmung mit der Motion Barrile (sp, ZH; Mo. 19.4290) neu von dieser Regelung ausgenommen werden. Eine Minderheit Dittli (fdp, UR) beantragte die Streichung der Möglichkeit für schwarze Listen und schlug stattdessen vor, den Betroffenen nur eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringenden zuzugestehen. Personen, für die noch Prämien aus ihrer Kindheit offen sind, sollten von diesen Massnahmen jedoch ausgenommen werden.

Im April 2021 nahm der **Bundesrat Stellung** zum Entwurf der Kommission. Er befürwortete, dass die Schulden der Prämien von Kindern bei deren Erreichen der Volljährigkeit bei den Eltern verbleiben sollten, betonte aber noch einmal seine Ablehnung der schwarzen Listen. In der Vernehmlassung hätten sich zudem zahlreiche Akteure aus dem Gesundheitswesen, auch eine Mehrheit der Kantone, gegen diese ausgesprochen. Stattdessen beantragte er, der Kommissionsminderheit Dittli zu folgen. Darüber hinaus schlug er einige weitere Änderungen am Gesetzestext vor. So sollten bereits für Prämien schulden aus ihrer Kindheit eingeleitete Betreibungen von jungen Erwachsenen für nichtig erklärt werden. Schon vorgängig umstritten sei überdies die Frage gewesen, wie häufig pro Jahr die Betroffenen betrieben werden können, führte der Bundesrat aus. Anfänglich habe sich die Kommission hier für vier Betreibungen pro Jahr entschieden, diese Zahl aufgrund des Einwands der GDK, wonach dies einen unverhältnismässigen Aufwand mit sich bringen würde, jedoch auf zwei reduziert. Diese Reduktion unterstützte der Bundesrat, auch wenn die Eidgenössische Kommission für Schuldbetreibung und Konkurs befürchte, dass den Kantonen damit höhere Kosten

verblieben als bei einer unbeschränkten Anzahl. Hingegen schlug der Bundesrat in seiner Stellungnahme vor, Betreibungen für Forderungen, für die bereits ein Verlustschein vorliegt, von dieser Anzahl auszunehmen, damit auch Personen mit ausstehenden Prämien aus dem Vorjahr betrieben werden können.<sup>36</sup>

#### MOTION

DATUM: 08.03.2021  
ANJA HEIDELBERGER

Anders als im Nationalrat, wo die Motion noch bekämpft worden und trotz mehrheitlicher Befürwortung auf einigen Widerstand gestossen war, sprach sich der Ständerat nach einstimmigem Antrag auf Annahme durch seine SGK-SR stillschweigend für die Motion Barrile (sp, ZH) für «**Medizinische Leistungen für alle Kinder!**» aus. Zumal die Prämien und Kostenbeteiligungen gemäss dem Entwurf durch die Eltern – und nicht durch die Kinder – geschuldet sind, dürfen die Kinder auch nicht auf Listen säumiger Prämienzahler aufgeführt werden, so das Argument der Kommission. Die Kommission werde die Motion im Rahmen ihres Gesetzesentwurfs zur Standesinitiative 16.312 umsetzen.<sup>37</sup>

#### STANDESINITIATIVE

DATUM: 07.06.2021  
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2021 behandelte der **Ständerat** den Vorschlag seiner SGK über die **Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht**. Kommissionssprecher Rechsteiner (sp, SG) fand anerkennende Worte für die ihr zugrundeliegende Standesinitiative des Kantons Thurgau, zumal diese nicht nur vollständig umgesetzt werde – was für Standesinitiativen sehr ungewöhnlich sei –, sondern im Gesetzesvorschlag gar übertroffen werde. Basierend auf der Initiative sei die Kommission die Probleme in diesem Themenbereich mithilfe der Verwaltung, der GDK und der Versichererverbände nämlich gleich «integral» angegangen. Eintreten war in der Folge unbestritten.

Ohne Diskussionen und stillschweigend bereinigte der Ständerat anschliessend die meisten Aspekte der Vorlage: eine Übernahme von 85 Prozent der Forderungen der Krankenversicherungen durch die Kantone sowie eine Zusage von 50 Prozent des Erlöses bei Zahlung der Schuld im Gegenzug gegen die Übertragung der Verlustscheine auf die Kantone; das Verbot, volljährig gewordene Personen für ausstehende Prämien aus ihrer Kindheit zu belangen sowie das Verbot, Kinder wegen Prämienausständen auf eine schwarze Liste zu setzen und ihnen folglich Leistungen zu verweigern (entsprechend der Motion 19.4290); die Beschränkung der maximalen Anzahl Betreibungen auf zwei – ausser die Betreibungen haben zu einem Verlustschein geführt; die Einführung einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringenden für säumige und betriebene Prämienzahler sowie die Ermächtigung für den Bundesrat, Bestimmungen über die Bemessung von Gebühren zu erlassen.

Bereits in der Eintretensdebatte hatte sich jedoch gezeigt, dass ein Aspekt der Vorlage sehr umstritten sein würde, nämlich die Frage, ob Listen säumiger Prämienzahler, sogenannte schwarze Listen, zukünftig verboten werden sollen. Diesen Antrag einer Kommissionsminderheit kritisierte der Thurgauer Ständerat Jakob Stark (svp, TG), dessen Kanton entsprechende Listen führt, deutlich. In seinem Kanton habe sich gezeigt, dass etwa die Hälfte der Personen, die ihre Prämien nicht bezahlten, durchaus über genügend Geld verfügen würden. Sein Kanton biete den Betroffenen ein Case-Management an, mit dem sie ihren Finanzhaushalt sanieren könnten. Von diesem Angebot machten die meisten Leute jedoch erst dann Gebrauch, wenn sie auf der schwarzen Liste stünden. Diese Verbindung von schwarzer Liste und Case-Management sei sehr erfolgreich, so fielen in vergleichbaren Kantonen vier- bis fünfmal höhere Kosten für ausstehende Prämien an als im Kanton Thurgau. Entsprechend müsse man eine solche Verbindung eigentlich allen Kantonen vorschreiben, solle es ihnen aber zumindest nicht verbieten. Paul Rechsteiner (sp, SG) erläuterte für die Kommission, dass heute noch sechs Kantone (AG, LU, SG, TG, TI, ZG) eine solche Liste führten, während die Kantone Graubünden, Solothurn und Schaffhausen sie in den letzten Jahren abgeschafft hätten und auch der Kanton St. Gallen dabei sei, die entsprechende Regelung zu streichen. Die Kommissionsmehrheit wolle den Kantonen diese Möglichkeit belassen und stattdessen den umstrittenen Begriff eines «medizinischen Notfalls» im Hinblick auf das Gerichtsurteil von 2018 aus dem Kanton St. Gallen auf Bundesebene definieren. Josef Dittli (fdp, UR) verteidigte in der Folge den Minderheitsantrag auf Streichung der schwarzen Listen. Diese Streichung sei in der Vernehmlassungsvorlage noch enthalten gewesen und von der Mehrheit der Teilnehmenden befürwortet worden, darunter von sämtlichen Krankenversicherungen, 19 Kantonen, der GDK und der FMH. Zahlreiche Kantone hätten die Listen in der Zwischenzeit abgeschafft, da sie «nicht die gewünschten Ergebnisse» erzielt und mehr Aufwand als Nutzen gebracht hätten. Aufgrund einer Ungleichbehandlung der Versicherten hinsichtlich des Zugangs zur medizinischen Versorgung, zahlreicher Umsetzungsprobleme, fehlender Evidenz für eine Wirkung der Listen auf die offenen Ausstände, der Verlagerung des Problems an

die Leistungserbringenden, eines hohen Administrationsaufwands sowie hoher Kosten beantragte die Kommissionsminderheit die Streichung der Listen. Mit 22 zu 22 Stimmen zeigte sich die Meinung im Ständerat zu dieser Frage geteilt: Mit Stichentscheid von Präsident Kuprecht (svp, SZ) sprach sich die kleine Kammer für die Kommissionsmehrheit und somit für ein Beibehalten der schwarzen Listen aus. Fast einstimmig (mit 43 zu 1 Stimme) nahm sie den Entwurf anschliessend in der Gesamtabstimmung an.<sup>38</sup>

#### POSTULAT

DATUM: 16.09.2021  
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2021 sprach sich der Nationalrat für ein Postulat der SGK-NR aus, mit dem die **Hürden für die Spitalwahl ausserhalb des Wohnkantons abgebaut** werden sollten. Dadurch soll ein «gewisser Wettbewerb zwischen den Listenspitälern der Kantone» gewährleistet werden. Aktuell wird der Wettbewerb zum Beispiel dadurch eingeschränkt, dass ausserkantonale Spitäler nur selten auf die jeweiligen kantonalen Spitallisten gesetzt werden, wie etwa der Evaluation der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung zu entnehmen ist. Neu sollen deshalb nur noch die Spitäler des Standortkantons auf der Spitalliste aufgeführt werden müssen. Dennoch müssten die Vergütungen der Krankenversicherungen und Wohnkantone auch bei einem auswärtigen Eingriff demjenigen Betrag entsprechen, den die Versicherten für einen Eingriff in ihrem eigenen Kanton zugute hätten. Der Bundesrat hatte sich gegen das Postulat ausgesprochen, zumal er die Umsetzung der Motion 18.3388 der SGK-NR im zweiten Kostendämpfungspaket abwarten wollte und überdies bereits dabei sei, entsprechende Gespräche mit den betroffenen Akteuren zu führen. Fast einstimmig (151 zu 1 Stimmen bei 1 Enthaltung) nahm der Nationalrat das Postulat jedoch an.<sup>39</sup>

#### MOTION

DATUM: 16.09.2021  
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2019 forderte Rosmarie Quadranti (bdp, ZH) in einer Motion die **Abteilung der Umnutzung von Mitteln und Gegenständen für Kinder und Jugendliche** durch die OKP. Solche Materialien für Kinder und Jugendliche müssten in zahlreichen verschiedenen Grössen vorhanden sein, was sich aber für die Leistungserbringenden betriebswirtschaftlich nicht lohne, da nur deren Verwendung, nicht aber ihre Lagerung abgegolten werde. Deshalb würden häufig bestehende Gegenstände fachfremd angewendet, wodurch sie jedoch nicht abgerechnet werden könnten, erklärte die Motionärin und verlangte eine Änderung dieser Regelung. Der Bundesrat beantragte die Motion zur Ablehnung. Bereits heute dürfe «zweckmässig[...] und wirtschaftlich[...]» eingesetztes Verbrauchsmaterial zum Einkaufspreis abgegolten werden, sofern es nicht in einer Tarifposition oder in der Fallpauschale enthalten sei. Die Nutzung von selten gebrauchtem Material könne überdies zum Beispiel durch eine Zusammenarbeit von mehreren Leistungserbringenden optimiert werden. In der Herbstsession 2021 setzte sich der Nationalrat mit der Motion auseinander, nachdem sie Lorenz Hess (bdp, BE) übernommen hatte. Diskussionlos stimmte ihr die grosse Kammer mit 109 zu 76 Stimmen (bei 1 Enthaltung) zu. Die ablehnenden Stimmen stammten von der FDP.Liberalen- und der SVP-Fraktion.<sup>40</sup>

#### VERWALTUNGSAKT

DATUM: 03.12.2021  
ANJA HEIDELBERGER

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

Gleichen Tags genehmigte er auch vier Tarifverträge zur Festlegung des Taxpunktwertes für Leistungen der diagnostischen Neuropsychologie, wie sie die Tarifpartner (Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, Spitalverband H+, CSS, Einkaufsgemeinschaft HSK) ausgearbeitet hatten.<sup>41</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>42</sup>

STANDESINITIATIVE  
DATUM: 18.03.2022  
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2022 **berichtigte das Parlament die Änderung des KVG bezüglich der Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht**. In der ständerätlichen Debatte bestanden nur noch zwei kleinere Differenzen, zumal der Nationalrat zuvor im Hauptpunkt der Vorlage, der Abschaffung der Liste der säumigen Prämienzahlenden, knapp dem Erstrat gefolgt war und sich gegen deren Verbot ausgesprochen hatte. Stillschweigend pflichtete die kleine Kammer dem Nationalrat nun im Gegenzug bei, dass säumige Prämienzahlende auch weiterhin nicht zwangsweise Versicherungen und Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden zugewiesen werden sollen und dass stattdessen neu die Arbeitgebenden angewiesen werden können, einen Teil der Löhne in der Höhe der laufenden Prämien- und Kostenbeteiligungsforderungen an das zuständige Amt zu überweisen. Beide Punkte seien wenig kontrovers und es lohne sich nicht, diesbezüglich eine Differenz aufrechtzuerhalten, betonte Kommissionsprecher Rechsteiner (sp, SG).

Damit hatte der Ständerat die letzten Differenzen ausgeräumt und beide Kammern sprachen sich in den **Schlussabstimmungen** einstimmig – wenn auch mit Enthaltungen eines Teils der grünen Fraktion – für diese Änderung des KVG aus (Nationalrat: 165 zu 0 Stimmen bei 25 Enthaltungen; Ständerat: 41 zu 0 Stimmen).<sup>43</sup>

**BERICHT**  
DATUM: 07.09.2022  
ANJA HEIDELBERGER

Mit Annahme eines Postulats der SGK-NR hatte der Nationalrat einen Bericht über die **Praxis zur Vergütung von Medikamenten für krebskranke Kinder** durch die Krankenkassen gefordert. Ziel war es, «Ungleichbehandlungen zu vermeiden», die dadurch entstehen könnten, dass einige Krankenkassen bei der Kostenübernahme kulanter sind als andere. Die Studie von BSS Volkswirtschaftliche Beratung Basel konzentrierte sich insbesondere auf die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall gemäss KVV, wobei die Bewilligungsquote gemäss Krankenkassen und Kinderonkologinnen und -onkologen fast bei 100 Prozent liege. In den seltenen Fällen, in denen die Finanzierung nicht übernommen werde, hätten andere Finanzierungsmöglichkeiten, etwa über Stiftungen, gefunden werden können. Bei «verhältnismässig tiefen Kosten» hätten teilweise jedoch auch die Familien die Finanzierung übernommen. Folglich bestehe diesbezüglich kein Handlungsbedarf, schloss der Bericht.

Gemäss Le Temps reagierten verschiedene Pädiatrie-Verbände mit Unverständnis auf diesen Bericht. Einerseits kritisierte etwa Pierluigi Brazzola, Leiter der Abteilung für Hämatologie und Onkologie des Spitals Bellinzona, der an der Studie teilgenommen hatte, dass die Resultate im Bericht nicht mit seinen Aussagen übereinstimmten, da sie zu stark vereinfacht und verallgemeinert worden seien. Allgemein seien die Aussagen der pädiatrischen Onkologinnen und Onkologen von der Studienautorenschaft vereinfacht worden. Andererseits wurden auch die Schlussfolgerungen des Berichts kritisiert, insbesondere die Angabe, dass die Kosten in fast 100 Prozent der Fälle von den Krankenkassen übernommen würden. «Diese Aussage steht in klarem Widerspruch zu dem, was Kinderonkologen und betroffene Eltern im Alltag erleben», erklärte der Verein «Kinderkrebs Schweiz» in einer Medienmitteilung. Allgemein hätten die betroffenen Familien regelmässig Probleme aufgrund der hohen Therapiekosten, zumal sich die Krankenversicherungen häufig viel Zeit liessen mit der Entscheidung, ob sie die Kosten für die Medikamente, welche mangels Forschung häufig nur für Erwachsene, nicht aber für Kinder zugelassen seien, übernehmen. Das BAG setzte in der Folge ein Treffen mit dem Verein «Kinderkrebs Schweiz» an. Dabei habe man auf die «Schwächen des Berichts» hingewiesen, gab Kinderkrebs Schweiz in der Folge bekannt. Zudem habe man erfahren, dass die fast hundertprozentige Übernahmequote der Behandlungskosten aufgrund von nur acht Rückmeldungen zustande gekommen sei.<sup>44</sup>

**MOTION**  
DATUM: 20.09.2022  
ANJA HEIDELBERGER

Während die Motion Quadranti (bdp, ZH) für eine **Abgeltung der Umnutzung von Mitteln und Gegenständen für Kinder und Jugendliche** im Nationalrat noch auf breite Zustimmung gestossen war, war der Vorstoss in der kleinen Kammer überaus umstritten. Die SGK-SR hatte ihn mit 4 zu 3 Stimmen knapp zur Annahme empfohlen, um dem Handlungsbedarf bei der Vergütung der Kindermedizin zu begegnen. Eine Minderheit Hegglin (mitte, ZG) beantragte die Motion hingegen zur Ablehnung, da die adäquate Vergütung bereits jetzt sichergestellt sei. Bundesrat Berset kritisierte überdies, dass die Motion keinen eigentlichen Auftrag für eine Gesetzesänderung beinhalte – bereits heute müssten die Tarifpartner für eine adäquate Abgeltung sorgen. Mit 22 zu 21 Stimmen sprach sich der Ständerat in der Folge sehr knapp für die **Ablehnung der Motion** aus. Zustimmung fand der Vorstoss bei der SP- und der Grünen-Fraktion sowie bei einzelnen Mitgliedern der Mitte-, der FDP.Liberalen- und der SVP-Fraktion. Sie war damit erledigt.<sup>45</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 26.09.2022  
ANJA HEIDELBERGER

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

Die zentrale Änderung gegenüber der nationalrätlichen Version stellte der **Einbezug der Pflegefinanzierung** in EFAS dar, wie ihn die Kantone ausdrücklich gefordert hatten. Der Nationalrat hatte einen solchen noch abgelehnt, da die dafür nötigen Informationen, etwa zur Kostentransparenz, erst beschafft werden müssten. Um unter anderem diesen fehlenden Informationen Rechnung zu tragen, soll die Pflegefinanzierung gemäss Vorschlag der SGK-SR jedoch erst nach sieben Jahren integriert werden. Stillschweigend folgte der Ständerat seiner Kommission in dieser zentralen Frage. Doch auch allgemein will sich der Ständerat bei der Umsetzung von EFAS Zeit lassen, so sollen erst drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes die ersten Umstellungen erfolgen, wobei während der anschliessenden vier Jahre die Anteile der Kantone langsam

gesteigert werden – sieben Jahre nach Inkrafttreten sollen demnach die Kostenbeteiligungsziele der Kantone erfüllt sein. Minderheiten von Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) und Josef Dittli (fdp, UR), welche eine Umsetzungszeit von neun Jahren respektive einen vom Bundesrat festzulegenden Spielraum zwischen sieben und neun Jahren forderten, fanden keine Mehrheit.

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

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

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

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

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

Abgelehnt wurde schliesslich auch ein Minderheitsantrag Carobbio Guscetti, der

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

In der Folge sprach sich die kleine Kammer in der **Gesamtabstimmung** mit 29 zu 6 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) für den Entwurf aus. Die ablehnenden Stimmen und Enthaltungen stammten hauptsächlich von Mitgliedern der SP- und der Grünen-Fraktion.<sup>46</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 29.11.2022  
ANJA HEIDELBERGER

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

Erst per 1. Januar 2022 hatte das Parlament die Zulassungsbeschränkungen für ausländische Leistungserbringende verschärft. Seither können bereits in der Schweiz tätige Ärztinnen und Ärzte ohne dreijährige Tätigkeit an einer Schweizer Weiterbildungsstätte, welche zuvor bereits über die OKP abgerechnet hatten, entsprechend den Übergangsbestimmungen zwar weiterhin praktizieren, jedoch nicht in einen anderen Kanton wechseln oder selbständig werden. Entsprechend gefährdete die neue Regelung die ambulante medizinische Grundversorgung in der Schweiz, insbesondere in Randregionen, kritisierte die Kommission. Folglich soll eine bis Ende 2027 befristete Ausnahmeregelung die neu geschaffene Zulassungsbeschränkung abschwächen. Demnach sollen Kantone, die in Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine Unterversorgung aufweisen, Ausnahmen von dieser Zulassungsbeschränkung vornehmen können. Eine Minderheit Glarner (svp, AG) beantragte, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie von der Liste der Fachgebiete zu streichen. Anlässlich der von August bis Oktober 2022 durchgeführten **Vernehmlassung** waren 73 Stellungnahmen eingegangen, welche die Ausnahmeregelung mehrheitlich grundsätzlich guthiessen. Diskutiert wurde insbesondere, ob die Fachgebiete, für welche die Ausnahmeregelung gelten soll, abschliessend aufgelistet oder ihre Bestimmung den Kantonen überlassen werden soll, und ob die Kantone die Regelung in eigene Gesetze giessen müssen oder sich direkt auf das KVG beziehen können sollen.<sup>47</sup>

## Unfallversicherung

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 24.09.2015  
FLAVIA CARONI

Eine parlamentarische Initiative Hardegger (sp, ZH) verlangte, **Spitalinfektionen versicherungsrechtlich analog zu Unfällen zu behandeln**. Das Unfallversicherungsgesetz sollte entsprechend angepasst werden. In der Begründung des Vorstosses hiess es, dies sei angemessen, da eine in einer medizinischen Einrichtung erworbene Infektion ein unerwartetes und nicht beabsichtigtes Ereignis darstelle und damit die Definition eines Unfalles erfülle. Solche Infektionen können zudem schwerwiegende Folgen für die Betroffenen haben. Die SGK des Nationalrates beantragte, der parlamentarischen Initiative keine Folge zu geben. Sie betonte, für die Prävention von Spitalinfektionen sollte mehr getan werden, und verwies auf laufende Bestrebungen. Würden die Kosten einer Spitalinfektion bei Patientinnen und Patienten, die nicht aufgrund eines Unfalls in Behandlung waren, von der Unfallversicherung übernommen, sei das jedoch systemwidrig. Die Unfalldefinition sei nicht erfüllt, und nicht die gesamte Bevölkerung sei nach UVG versichert. Der Nationalrat folgte in der Herbstsession 2015 nach kurzer Diskussion seiner Kommission und lehnte den Vorstoss mit 97 zu 65 Stimmen ab.<sup>48</sup>

1) BBl, 1997, I, S. 197 ff.; BBl, 1997, I, S. 595

2) APS-Zeitungsanalyse 2022 – Sozialversicherungen

3) AB NR, 2007, S. 1710.

4) AB SR, 2008, S. 1045.

5) Bund, 31.12.93.

6) Presse vom 19.4. und 5.7.94 sowie 10.4.95, Amtl. Bull. NR, 1994, S. 1143

7) NZZ, 3.7.96; Presse vom 25.10.96; Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie: Bund, 25.10.96

8) Bund, 25.6., 15.7., 17.8. und 21.8.96; Presse vom 25.10.96.

9) CHSS, 1997, S. 64 ff.; Presse vom 21.2.97.; Motion Hochreutener: Amtl. Bull. NR, 1997, S. 1459 f.; Umsetzung des KVG: Amtl. Bull. NR, 1997, S. 705 ff.; Stellungnahme des BR zu Fragen der GPK: BBl, 1998, S. 1782 ff.; Kostendämpfungsmaßnahmen des

- neuen KVG beginnen zu greifen: CHSS, 1997, S. 275 ff.
- 10) BBl, 2000, S. 4267ff.; Presse vom 2.6.00.
  - 11) BBl, 2004, S. 5551 ff. und 5599 ff.; Presse vom 13.5. und 16.9.04; NZZ, 21.10.04.
  - 12) Presse vom 22.11. und 23.11.05; NZZ, 12.11.05.
  - 13) AB SR, 2006, S. 67 ff.
  - 14) AB NR, 2007, S. 413 ff., 430 ff., 447 ff. und 528 ff.
  - 15) BBl, 2007, S. 6541 ff. und 6549 ff. (BR); AB SR, 2007, S. 765 ff., 1038 f. und 1213; AB NR, 2007, S. 1777 f., 1876 und 2078; AS, 2008, S. 9.
  - 16) AB NR, 2007, S. 1646 ff., 1650 ff., 1769 ff., 1942 ff., 1985 und 2074 f.; AB SR, 2007, S. 1028 ff., 1036 ff., 1144 f., 1198 f. und 1210.; AB SR, 2007, S. 765; AB NR, 2007, S. 1176.
  - 17) Dokumentation der SwissDRG AG zu TARPSY; Internetseite BAG zu SwissDRG [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu ST Reha [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu SwissDRG [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu TARPSY [Stand 3.1.21]
  - 18) AB NR, 2013, S. 2201 f.; AB NR, 2015, S. 2290; AB NR, 2017, S. 2178; Bericht SGK-NR vom 13.11.15; Bericht SGK-NR vom 2.11.17; Bericht SGK-NR vom 25.10.13; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.2.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.4.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 19.11.11
  - 19) BO CN, 2011, p. 529.
  - 20) SGT, 18.4.13; SoZ, 18.8.13; SO, 29.9.13; AZ, 8.11.13.
  - 21) Medienmitteilung BR vom 2.9.16
  - 22) Erläuternder Bericht vom 19.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; NZZ, 12.4., 21.4.18
  - 23) Ergebnisbericht Vernehmlassung vom 25.1.19; NZZ, TA, 26.5.18; WW, 31.5.18; SoZ, 16.9.18
  - 24) AB NR, 2018, S. 1446 ff.
  - 25) AB NR, 2019, S. 353; AZ, LZ, 19.7.18; TA, 21.7.18, 14.5.19
  - 26) BBl 2019, S. 3499 ff; Medienmitteilung SGK-NR vom 30.8.19; Medienmitteilung SGK-NR vom 5.4.19; Medienmitteilung SGK-SR (09.528) vom 17.5.19
  - 27) BBl 2019, S. 5725 ff.
  - 28) Bericht in Erfüllung des Postulats der SGK-NR
  - 29) AB NR, 2019, S. 1876 ff.; AZ, 4.4.19; LT, TA, TG, 9.8.19; SGT, 15.8.19; BaZ, 21.9.19; NZZ, 26.9.19; Lib, TA, TG, 27.9.19
  - 30) AB NR, 2020, S. 1519 f.
  - 31) AB SR, 2019, S. 1058 ff.; Bericht SGK-SR vom 12.8.19
  - 32) Bericht EDI vom 30.11.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.7.22; Medienmitteilung SGK-SR vom 12.2.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 17.1.20; Medienmitteilung SGK-SR vom 30.3.22; Zusatzbericht EDI vom 29.10.21
  - 33) AB SR, 2020, S. 111 f.; Bericht SGK-SR vom 16.1.20
  - 34) Bericht über die Vernehmlassungsergebnisse; Medienmitteilung BR vom 12.6.20
  - 35) BBl 2020, 3359
  - 36) BBl, 2021, S. 1058 ff.
  - 37) AB SR, 2021, S. 128 f.; Bericht SGK-SR vom 27.1.21
  - 38) AB SR, 2021, S. 488 ff.
  - 39) AB NR, 2021, S. 1658 f.
  - 40) AB NR, 2021, S. 1668
  - 41) Medienmitteilung BR vom 3.12.21 (Neuropsychologie); Medienmitteilung BR vom 3.12.21 (ST Reha)
  - 42) AB NR, 2021, S. 2642 ff.
  - 43) AB NR, 2022, S. 621; AB SR, 2022, S. 249; AB SR, 2022, S. 55 f.
  - 44) Bericht vom 7.9.22 in Erfüllung des Postulats der SGK-NR; Medienmitteilung von Kinderkrebs Schweiz; LT, 21.9.22
  - 45) AB SR, 2022, S. 789 ff.; Bericht SGK-SR vom 6.9.22 (Mo. 19.4107)
  - 46) AB SR, 2022, S. 1114 ff.
  - 47) Erlassentwurf vom 29.11.22
  - 48) AB NR, 2015, S. 1855 ff.