

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	17.04.2024
Thema	<b>Keine Einschränkung</b>
Schlagworte	<b>Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, Krankenversicherung</b>
Akteure	<b>Bischof, Pirmin (cvp/pdc, SO) SR/CE, Ettlin, Erich (cvp/pdc, OW) SR/CE</b>
Prozesstypen	<b>Keine Einschränkung</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2022</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

Bühlmann, Marc  
Heidelberger, Anja  
Schneuwly, Joëlle

## Bevorzugte Zitierweise

Bühlmann, Marc; Heidelberger, Anja; Schneuwly, Joëlle 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, Krankenversicherung, 2017 – 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 17.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	1
<b>Grundlagen der Staatsordnung</b>	1
Institutionen und Volksrechte	1
Parlamentsmandat	1
<b>Öffentliche Finanzen</b>	2
Direkte Steuern	2
<b>Sozialpolitik</b>	2
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	3
Ärzte und Pflegepersonal	3
Sozialversicherungen	3
Krankenversicherung	4

## Abkürzungsverzeichnis

<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>WAK-SR</b>	Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Ständerates
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>EDÖB</b>	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter
<b>GRECO</b>	Staatengruppe gegen Korruption
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>ATSG</b>	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
<b>MiGeL</b>	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
<b>KVAG</b>	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
<hr/>	
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>CER-CE</b>	Commission de l'économie et des redevances du Conseil des Etats
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>AI</b>	Assurance-invalidité
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>PF PDT</b>	Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence
<b>GRECO</b>	Group d'états contre la corruption
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>LPGA</b>	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
<b>LiMA</b>	Liste des moyens et appareils de AOS
<b>LSAMal</b>	Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire

# Allgemeine Chronik

## Grundlagen der Staatsordnung

### Institutionen und Volksrechte

#### Parlamentsmandat

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 31.12.2017  
MARC BÜHLMANN

Seit der sogenannten «Kasachstan-Affäre» waren einige Monate vergangen und im Parlament schien das Thema **Lobbying im Jahr 2017** – mit Ausnahme einer parlamentarischen Initiative Berberat (sp, NE) mit der Forderung nach transparenterem Lobbying, die von den Räten wie eine heisse Kartoffel hin- und hergeschoben wurde – an Priorität verloren zu haben. Dies sah in der gesellschaftlichen Debatte allerdings etwas anders aus.

Im Frühling sorgte eine Idee von Pierre-Yves Maillard (VD, sp) und Mauro Poggia (GE, mcg) für Schlagzeilen. Die beiden Regierungs- und ehemaligen Nationalräte wollten mit einer Volksinitiative dafür sorgen, dass Parlamentsmitglieder nicht mehr im Verwaltungsrat einer Krankenkasse sitzen oder anderweitig mit einer solchen verbunden sein dürfen. Damit sollten die steigenden Krankenkassenprämien gebremst werden. Die Idee stiess bei betroffenen Parlamentsmitgliedern auf Gegenwehr: Konrad Graber (cvp, LU), Verwaltungsrat der CSS, und Heinz Brand (svp, GR), Präsident des Krankenkassen-Dachverbandes Santésuisse, hielten die Idee für nicht zielführend. Es handle sich um eine «Verunglimpfung der Krankenkassen», gaben sie der Luzerner Zeitung zu Protokoll. Die Unterschriftensammlung für das Begehren wurde im Oktober 2017 gestartet.

Mitte März legte die Staatengruppe gegen die Korruption (Greco), bei der die Schweiz seit 2006 Mitglied ist, einen Bericht vor, der mehrere Schwachstellen im Schweizer Lobbyismussystem aufzeigte und Empfehlungen abgab. Unter anderem sollten Parlamentsmitglieder verpflichtet werden, bei Ratsverhandlungen Interessenkonflikte aktiv offenzulegen. Das Register der Interessenbindungen reiche nicht aus. Zudem müssten finanzielle Interessen von Parlamentarierinnen und Parlamentariern transparent gemacht werden. Dies ist in der Schweiz nach wie vor freiwillig. Die Organisation Lobbywatch veröffentlichte eine Liste, mit der aufgezeigt wurde, dass lediglich 37 Parlamentsmitglieder die Einkünfte aus ihren Mandaten vollständig deklarierten.

Eine Analyse von Forschern der Universitäten Lausanne und Genf um André Mach wurde Mitte Mai von der Sonntags-Zeitung breit aufgemacht. Erstens zeigten die Daten, dass sich die relevanten Interessenbindungen von Parlamentsmitgliedern zwischen 1992 und 2015 mehr als verdoppelt hatten, zwischen 2007 – seit dann müssen auf der Basis des 2002 revidierten Parlamentsgesetzes alle Interessenbindungen obligatorisch angegeben werden – und 2015 haben sie um 20 Prozent zugenommen. Für die Analyse gilt eine Verbindung dann als relevant, wenn ein Mandat einem Sachgebiet zugeordnet werden kann, zu dem das Parlamentsmitglied einen Bezug hat, etwa weil es in einer entsprechenden Kommission sitzt. Zugenommen haben laut der Studie insbesondere Verbindungen zu Interessenverbänden, welche die Parlamentarierinnen und Parlamentarier für Sitzungen, die laut Sonntags-Zeitung auch in Sitzungszimmern im Bundeshaus selber stattfanden, mit «vielen Tausend Franken pro Jahr» entschädigten – der Sonntags-Blick sprach von CHF 20'000 für vier Sitzungen, die Parlamentsmitglieder etwa von der Groupe Mutuel erhalten haben sollen. Der Austausch von Expertenwissen sei zwar für Milizparlamentarier wichtig, allerdings sei nicht klar, weshalb dies entlohnt werden müsse, fragte die Sonntags-Zeitung rhetorisch. Die Zunahme der Bindungen könne freilich durchaus auch als Zeichen für mehr Transparenz gelesen werden, befanden die Forscher. Früher habe Interessenvertretung eher informell und im vorparlamentarischen Prozess stattgefunden. Heute sei die Einflussnahme während des parlamentarischen Prozesses wohl auch aufgrund des grösseren Parteienwettbewerbs wichtiger und werde hier auch etwas transparenter.

Eine Analyse der NZZ, die auf den gleichen Daten des «Observatoriums der Schweizer Eliten (Obelis)» beruhte, brachte ein weiteres Argument für ein zunehmend professionalisiertes Lobbying ins Spiel. Die Zeitung zeigte auf, dass sich die Wirtschaft in den letzten 60 Jahren stark von der Politik entflechtet habe. Vor 60 Jahren habe jedes vierte Parlamentsmitglied ein Spitzenamt in der Wirtschaft belegt, was heute nicht mehr so sei. Die Überlegung liegt nahe, dass das damalige unmittelbare Lobbying durch eine stärker mittelbares und organisierteres abgelöst wurde.

Auf Antrag von Thomas Minder (parteilos, SH) wurde in der Sommersession 2017 von den Parlamentsdiensten eine «Lobbyistenzählung» durchgeführt, wie dies der «Blick» betitelte. Zugang zum Parlament erhält, wer einen der beiden Dauerzutrittsausweise (Badges) besitzt, die jedes Parlamentsmitglied vergeben darf, oder wer einen Tagesausweis erhält, der ebenfalls von Parlamentsmitgliedern ausgestellt werden kann. Während der 11 Tage der Sommersession wurden 127 Lobbyierende mit Dauerzutritt und 386 mit Tagesausweis gezählt. Während die einen die Zahl als «an der oberen Grenze» beurteilten (Pirmin Bischof; cvp, SZ), fanden Lobbyistenkreise die rund 50 Personen pro Tag angemessen (z.B. Andreas Hug; CEO eines Beratungsbüros). Zu reden gab aber die hohe Zahl an Tageskarten. Damit würden die Transparenzregeln unterlaufen, befürchtete Didier Berberat in der Zeitung Le Temps.

Dass Interessengruppen gezielt auf Kommissionsmitglieder zugehen, zeigte eine Mitte Juli 2017 veröffentlichte Untersuchung des Sonntags-Blick zur Gesundheitspolitik. Allerdings – so das Sonntagsblatt – seien es nicht so sehr die Krankenkassen, sondern die Ärzte, Spitäler und Patientenorganisationen sowie die Pharmaindustrie, die viele Mandate vergeben hätten. «Die Genossen mit den Ärzten, die Liberalen mit der Pharma, die CVP mit allen» fasste der Sonntagsblick den Befund zusammen, «wer mit wem im Krankenbett» stecke.<sup>1</sup>

## Öffentliche Finanzen

### Direkte Steuern

MOTION  
DATUM: 06.03.2019  
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrsession 2019 diskutierte der **Ständerat** als Zweitrat die Motion Grin (svp, VD) «**Erhöhung der Pauschalabzüge bei der direkten Bundessteuer zum Ausgleich der Explosion der Krankenkassenprämien**» sowie eine weitere Motion Lehmann (cvp, BS; Mo. 15.4027) zum Abzug der Krankenkassenprämien von den Steuern. Die Mehrheit der WAK-SR hatte zuvor Annahme der Motion Grin beantragt, da die Krankenkassenprämien als «Teil der unvermeidlichen Lebenshaltungskosten» stark angewachsen, die entsprechenden Abzüge aber bisher nicht angepasst worden seien. Eine Minderheit Zanetti (sp, SO) beantragte die Ablehnung der Motion, da sie zu grossen Steuerausfällen führen würde; Letztere bezifferten Zanetti und Kommissionssprecher Baumann (cvp, UR) auf CHF 465 Mio. Zudem würden Personen mit höheren Einkommen überproportional von den Abzügen profitieren, was – wie Zanetti in der Plenardebatte erläuterte – dem Prinzip der Besteuerung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit zuwider laufe. Dies löste eine hitzige Debatte im Rat aus. Erich Ettliln (cvp, OW) zum Beispiel konterte, dass eine Besteuerung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit aus Fairnesgründen eben nicht nur eine progressive Besteuerung der Einkommen, sondern auch progressive Abzüge beinhalten müsse. Anita Fetz (sp, BS) betonte jedoch, dass das Grundproblem bei den Krankenkassenprämien die Finanzierung durch Kopfsteuern sei – dass man dort eben eine Flat Rate Tax und keine Progression habe. Dadurch sei vor allem der Mittelstand benachteiligt, der keine Prämienverbilligungen erhalte. Finanzminister Maurer verwies indes auf die Ineffizienz der in der Motion vorgeschlagenen Massnahme: Personen mit hohem Einkommen würden dadurch nur minimal entlastet, hingegen kosteten die Abzüge den Staat fast eine halbe Million Franken. Dennoch sprach sich der Rat mit 30 zu 13 Stimmen für die Motion Grin aus und lehnte die Motion Lehmann, wie auch von der Kommission beantragt, ab (vgl. hier).<sup>2</sup>

## Sozialpolitik

## Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

### Ärzte und Pflegepersonal

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 10.06.2020  
JOËLLE SCHNEUWLY

In der Sommersession 2020 befasste sich der Ständerat mit dem **indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative**. Bevor das Stöckli ohne Gegenantrag auf die Vorlage eintrat, bedankten sich zahlreiche Rednerinnen und Redner beim Pflegepersonal und würdigten dieses für den geleisteten Einsatz während der Covid-19-Pandemie. Doch Applaus alleine reichte nicht; diesbezüglich waren sich viele Ständesvertreterinnen und -vertreter einig. Es seien Massnahmen gefordert, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern und somit dem Pflegemangel entgegenzuwirken. Die Schweiz sei heute nicht in der Lage, auch nur die Hälfte der benötigten Pflegefachpersonen auszubilden, so Maya Graf (gp, BL). Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) fügte an, es müsse mittels Bezahlung, Wertschätzung und zugestandenen Kompetenzen dafür gesorgt werden, dass die ausgebildeten Fachkräfte ihrem Beruf nicht vorzeitig den Rücken zukehren würden. Erreichen wolle dies der indirekte Gegenvorschlag einerseits mit einer Ausbildungs-offensive und andererseits mit mehr Verantwortung für das Pflegepersonal.

Für ersteres müssten die entsprechenden Mittel bereitgestellt werden, wolle man nicht vom Ausland abhängig werden, hob Pirmin Bischof (cvp, SO) hervor. Dazu gehörten die finanzielle Unterstützung der Kantone durch den Bund, wenn sie Pflegefachkräften in Ausbildung bezüglich Lebenshaltungskosten unter die Arme greifen. Dieser Entscheid konnte mit 23 zu 22 Stimmen knapp gegenüber einer Minderheit Dittli (fdp, UR) durchgesetzt werden, der die Finanzierung als Sache der Kantone betrachtete. Anders als der Nationalrat und linke Ratsmitglieder rund um eine Minderheit Carobbio Guscetti, welche die Kantone zu entsprechenden Beiträgen verpflichten wollten, setzte die Mehrheit des Ständerates diesbezüglich jedoch mit 32 zu 13 Stimmen auf Freiwilligkeit. Allgemein gutgeheissen wurde die Ausbildungsverpflichtung von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Spitexorganisationen und die damit zusammenhängende Pflicht der Kantone mindestens einen Teil der ungedeckten Kosten der praktischen Ausbildungsleistungen, die bei den Leistungserbringern anfallen, zu übernehmen. Dabei soll ihnen während acht Jahren die Unterstützung des Bundes zukommen. Der Ständerat kalkulierte für die beiden Punkte der Ausbildungs-offensive CHF 369 Mio. seitens des Bundes ein, also gut CHF 100 Mio. weniger als der Nationalrat.

Bezüglich des zweiten Instruments zur Aufwertung der Pflege – die Ausweitung der Kompetenzen –, stimmte das Stöckli mit 32 zu 10 Stimmen dafür, dass Pflegefachpersonen gewisse vom Bundesrat festgelegte Leistungen selbständig ohne ärztliche Anordnung durchführen und zu Lasten der Krankenkassen abrechnen sollen dürfen, womit der Rat der Kommissionsmehrheit statt einer Minderheit Hegglin (cvp, ZG) folgte. Im Unterschied zum Nationalrat beabsichtigte der Ständerat mit 28 zu 16 Stimmen allerdings, dass dazu im Vorfeld Vereinbarungen zwischen Pflegenden, Spitexorganisationen und Pflegeheimen auf der einen Seite und den Versicherern auf der anderen Seite getroffen werden müssten. Während diese Kompetenzerweiterung einer Minderheit Carobbio Guscetti zu wenig weit ging und sie erklärte, dass damit die Initianten und Initiantinnen kaum überzeugt werden könnten, ihr Volksbegehren zurückzuziehen, zeigte sich neben gewissen Ratsmitgliedern auch Gesundheitsminister Berset grundsätzlich nicht einverstanden mit der Möglichkeit zur direkten Abrechnung. So befürchtete der Bundesrat Mehrkosten und warnte davor, die Liste der Leistungserbringenden zu verlängern.

In der Gesamtabstimmung stimmte der Ständerat dem indirekten Gegenvorschlag mit 36 zu 4 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) zu.<sup>5</sup>

## Sozialversicherungen

### Sozialversicherungen

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 18.09.2018  
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2018 behandelte der Ständerat die **Revision des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG)**. Für die SGK-SR erklärte Pirmin Bischof (cvp, SO), dass es sich dabei um eine «Klammergesetzgebung» handle, deren Regeln mit Ausnahme der beruflichen Vorsorge für alle Sozialversicherungszweige gelten würden. Das ATSG sei seit seiner Inkraftsetzung 2003 nicht überarbeitet worden, daher sollten nun diverse Revisionsanliegen umgesetzt werden. Ohne Gegenantrag trat die kleine Kammer auf die Vorlage ein. Die SGK-SR hatte sich bei ihren Behandlungen der Vorlage im Frühling und Sommer 2018 mehrheitlich zufrieden gezeigt und mit deutlichen 10 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) vor allem einen grösseren Änderungsantrag geschaffen: Die Bundesversammlung sollte nicht die Kompetenz erhalten, internationale

Sozialversicherungsabkommen mit einem einfachen Bundesbeschluss genehmigen zu können. Kommissionssprecher Bischof erklärte, es spiele eben durchaus eine Rolle, ob ein Abkommen zum Beispiel mit Deutschland oder mit der Dominikanischen Republik abgeschlossen werde, da Bestimmungskategorien nicht in allen Staaten gleich beurteilt werden könnten. Deshalb reiche es für die Beurteilung eines Abkommens nicht aus, dass eine ähnliche Bestimmung in einem anderen Abkommen bereits existiere. Gesundheitsminister Berset wies insbesondere darauf hin, dass ein Verzicht auf diese Kompetenzübertragung nicht den Spielraum des Bundesrates, sondern des Parlaments einschränken würde. Stillschweigend folgte die kleine Kammer ihrer Kommission. Zudem entschied sich der Ständerat, den Versicherten nicht die vollständigen Kosten, die durch Überwachungen bei einem ungerechtfertigten Leistungsbezug entstanden sind, aufzuerlegen, sondern diese auf die «angemessenen Mehrkosten» zu beschränken. Daneben sorgte auch ein Minderheitsantrag Bruderer Wyss (sp, AG) für Diskussionen; mit diesem sollten die neu geschaffene Kostenpflicht bei den Verfahren gestrichen und Kosten wie bisher nur bei mutwilligem oder leichtsinnigem Verhalten einer Partei auferlegt werden. Im IV-Bereich, wo die Kostenpflicht bereits bestünde, habe diese zu einer stärkeren Belastung der Kantone geführt, erklärte die Minderheitsführerin dem Rat. So habe die Anzahl «aussichtsloser» Beschwerden nicht ab-, die Anzahl Gesuche um Gewährung einer unentgeltlichen Prozessführung jedoch zugenommen. Dennoch folgte der Ständerat dem Mehrheitsantrag auf Zustimmung zum bundesrätlichen Entwurf mit 29 zu 14 Stimmen. In der Gesamtabstimmung nahm der Ständerat die Revision des ATSG schliesslich ohne Gegenstimme mit 38 Stimmen und 2 Enthaltungen an.<sup>4</sup>

### Krankenversicherung

**MOTION**  
DATUM: 29.11.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Erich Ettlín (cvp, OW; Mo. 16.3988) und Christian Lohr (cvp, TG; Mo. 16.3948) reichten in beiden Räten gleichlautende Motionen für eine **Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland freiwillig bezogenen OKP-Leistungen** ein. Bedingungen für eine entsprechende Vergütung sollten eine ärztliche Verschreibung, tiefere Auslandpreise und ein freiwilliger Entscheid für einen Einkauf im Ausland durch die Patientinnen und Patienten sein. Da Spital- und Arztbehandlungen wegen der Marktabschottung in der Schweiz deutlich teurer seien als im Ausland – Generika und Blutzuckermessstreifen sind gemäss einer Santésuisse-Studie doppelt so teuer wie im Ausland –, sollten Personen, die freiwillig ihre Medikamente im Ausland bezögen und damit einen Beitrag zur Kostensenkung leisteten, nicht durch eine Verweigerung der Vergütung bestraft werden.

Im Rahmen der Motion Heim (sp, SO; Mo. 16.3169) prüfe er bereits, ob eine entsprechende Regelung für MiGeL-Produkte unter gewissen Voraussetzungen sinnvoll sein könne, erklärte der Bundesrat. Diese Überprüfung könne er auf Arzneimittel ausweiten. Eine weitere Öffnung des Territorialitätsprinzips für Arzt- und Spitalbesuche lehnte er hingegen ab. Die steigenden Kosten für ambulante Behandlungen entstünden nicht in erster Linie durch die hohen Tarife, sondern durch die Mengenausweitung. Diese würde aber durch eine Regelung, wie sie die Motionäre vorsahen, allenfalls noch verstärkt. Zudem könnten die Leistungsanbietenden im Ausland nicht auf die für die Vergütung durch die OKP notwendigen Qualitätsvoraussetzungen überprüft werden.

Nachdem der Ständerat die Motion Ettlín im März 2017 der SGK-SR zur Vorberatung zugewiesen hatte, empfahl diese im November desselben Jahres deren Ablehnung. Nach Vorliegen des Berichts der Expertenkommission wolle man der Prioritätensetzung des Bundesrates im Rahmen des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung nicht vorgreifen und einzelne Massnahmen bevorzugen. Dieser Argumentation folgte der Ständerat in der Wintersession 2017 mit 25 zu 16 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) und lehnte die Motion Ettlín ab.

Die Motion Lohr wurde Ende 2018 abgeschlossen, nachdem sie während zwei Jahren nicht behandelt worden war.<sup>5</sup>

**MOTION**  
DATUM: 20.06.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2019 reichte die SGK-SR beruhend auf der zurückgezogenen parlamentarischen Initiative Ettlín (cvp, OW; Pa.lv. 17.528) eine Motion ein, gemäss der in den **Tarifverhandlungen** im Gesundheitswesen zukünftig **nicht nur die Preise, sondern auch die Menge der Leistungen** festgelegt werden sollten. Denn ein Grund für das Kostenwachstum sei die Unabhängigkeit der Preise von der Menge erbrachter Leistungen, wodurch kein Anreiz zu effizienten Behandlungen bestünde, begründete die Kommission diesen Schritt. Da ein solcher Vorschlag im ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung des

Bundesrates bereits vorgesehen sei, empfahl der Bundesrat die Motion zur Ablehnung. Dennoch beantragte die Kommission Annahme der Motion. Der Massnahme drohe gemäss den Vernehmlassungsantworten Widerstand von den Leistungserbringenden und Krankenversicherungen, weshalb die entsprechenden Bemühungen des Bundesrats mit dieser Motion unterstützt werden sollten, begründete die Kommission ihren Antrag. Mit 23 zu 6 Stimmen (bei 1 Enthaltung) nahm der Ständerat die Motion in der Sommersession 2019 an.<sup>6</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 17.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2019 beschäftigte sich der **Ständerat** mit dem **Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**. Für die Kommission fasste Erich Ettlín (cvp, OW) die Erarbeitung des Geschäfts und dessen Inhalt zusammen. Erstens solle die Erhebung der Daten zur Aufsicht über die Versicherungen im KVAG, diejenige zu den Aufgaben nach KVG jedoch im KVG geregelt werden. Zweitens sollten die Daten wann immer möglich aggregiert erhoben werden. In gesetzlich geregelten Ausnahmefällen solle die Erhebung von Individualdaten möglich sein. Eine Problematik, die trotz dieser Regelung weiter bestehe, betreffe jedoch die Re-Identifizierung von Personen, erklärte Ettlín weiter: Gemäss EDÖB könne eine solche aufgrund des Detaillierungsgrades, der Einzigartigkeit, der Akkumulation und der Verknüpfung der Efind-Daten nicht ausgeschlossen werden. Das BAG stehe diesbezüglich aber in engem Kontakt zum EDÖB und sei dabei, dieses Risiko zu minimieren. Bei der Detailberatung erklärte der Kommissionssprecher, die Kommissionsmehrheit halte es für sinnvoller, zuerst die Ergebnisse der mittels Postulat verlangten Datenstrategie abzuwarten und zu schauen, ob die Daten, welche die Minderheit ebenfalls in Individualform weitergeben möchte, nicht bereits vorhanden seien. Dieser Argumentation konnte Minderheitensprecher Hans Stöckli (sp, BE) nichts abgewinnen. Die Daten für Efind5 und Efind6, also die Daten zu den Medikamenten und der MiGeL, seien vorhanden; er verstehe darum nicht, welcher Grund wirklich hinter dieser Argumentation zur Datenstrategie stecke. Zudem könne dasselbe Argument auch für die Datenbereiche, welche die Mehrheit als Individualdaten liefern wolle, angeführt werden. Diese zusätzlichen Daten seien dringend nötig, wie ihm der Kanton Bern verdeutlicht habe. Mit 23 zu 15 Stimmen sprach sich der Ständerat jedoch gegen seinen Minderheitsantrag aus. Einstimmig nahm der Rat in der Folge den Entwurf der Kommission an.<sup>7</sup>

BUNDESRATSGESCHÄFT  
DATUM: 04.12.2019  
ANJA HEIDELBERGER

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

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

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

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

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

«Wahrscheinlich die wichtigste Differenz in der ganzen Vorlage», wie es der Kommissionssprecher formulierte, behandelte der Ständerat zum Schluss – die Verknüpfung der Vorlage mit der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS). Die Kantone liessen sich ungern mit einer Verknüpfung unter Druck setzen, betonte Bischof. EFAS sei «eigentlich noch nirgends» und es brauche noch einige Zeit, damit ein Kompromiss zustande kommen könne. Die Inkraftsetzung der Zulassungsvorlage dulde jedoch keine Verzögerung mehr. Folglich hielt der Ständerat auch bei diesem Aspekt an seiner Position fest und lehnte eine Verknüpfung mit EFAS weiterhin ab.<sup>8</sup>

#### MOTION

DATUM: 10.03.2020  
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2020 behandelte der Ständerat die Motion Hess (fdp, BE), in welcher der Motionär **eine Ausweitung des elektronischen Datenaustauschs auf weitere Bereiche forderte**, zusammen mit der Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.3765). Zuvor hatte die SGK-SR den Ausbau des elektronischen Datenaustausches zwischen Kantonen und Krankenversicherungen befürwortet, die Krankenversicherungsverbände davon aber noch einmal ausdrücklich ausgenommen und einen entsprechenden Vorbehalt angebracht. Stillschweigend folgte der Ständerat diesem Antrag und nahm die Motion an, nachdem Kommissionssprecher Ettlín (cvp, OW) im Rat noch einmal ausdrücklich auf den Vorbehalt der Kommission hingewiesen hatte.<sup>9</sup>

#### MOTION

DATUM: 10.03.2020  
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2020 behandelte der Ständerat die Motion Brand (svp, GR) für eine **administrative Erleichterung der Überprüfung der Versicherungspflicht durch die Kantone** zusammen mit der Motion Hess (bdp, BE; Mo. 18.4209). Zuvor hatte die SGK-SR den Ausbau des elektronischen Datenaustausches zwischen Kantonen und Krankenversicherungen befürwortet, die Krankenversicherungsverbände davon aber noch einmal ausdrücklich ausgenommen. Während Kommissionssprecher Ettlín (cvp, OW) diesen Vorbehalt bezüglich der Motion Hess im Rat noch einmal betonte, sprach er denselben Vorbehalt der Kommission bezüglich der Motion Brand nicht mehr an. Stillschweigend nahm der Ständerat die Motion Brand in der Folge an.<sup>10</sup>

#### BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 10.03.2020  
ANJA HEIDELBERGER

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

deutsche Ärztin mit Abitur ohne Französisch als Grundlagenfach müsse jedoch in Genf zuerst eine Sprachprüfung ablegen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dieser Klärung zu. Somit wurde bezüglich des Beschwerderechts für Krankenversicherungen sowie der Klärung der Sprachvoraussetzungen eine Einigungskonferenz nötig – anders als erwartet konnte diese aber aufgrund des Sessionsabbruchs nicht mehr in der Frühjahrsession 2020 stattfinden.<sup>11</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 09.09.2020  
ANJA HEIDELBERGER

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

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

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

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

Ein weiterer umstrittener Aspekt der Tarifierfrage betraf die Finanzierung von Rechnungsprüfungen, welche die Patientenorganisationen durchführen sollten, durch das EDI. Die Kommissionsmehrheit wollte diesen vom Nationalrat eingefügten Punkt aus der Vorlage streichen, eine Minderheit Carobbio Guscelli wollte ihn beibehalten. Natürlich sollten sich Patientinnen und Patienten von externen Organisationen beraten lassen können, der Bund solle sich dabei aber nicht an der Finanzierung dieser

Dienstleistung beteiligen, zumal eine solche Finanzhilfe nur eine zusätzliche Kontrolleinheit bedeuten würden, erklärte Kommissionssprecher Bischof. Minderheitensprecherin Carobbio Guscetti betonte hingegen, dass die anfangs eingesetzte Expertengruppe einen ähnlichen Vorschlag gemacht habe und die GDK das Anliegen unterstütze. Nicht abgeneigt gegenüber der Finanzierung zeigte sich auch Bundesrat Berset, für den die Massnahme nicht im Widerspruch zur Strategie des Bundesrates stand. Mit 28 zu 13 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Ständerat aber gegen die Finanzierung aus und schuf damit eine weitere Differenz zum Nationalrat.

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

#### MOTION

DATUM: 25.09.2020  
ANJA HEIDELBERGER

Noch während der Covid-19-Pandemie beantragten die Mitte-Fraktion im Nationalrat (Mo. 20.3263) und Erich Ettlín (cvp, OW; Mo. 20.3282) im Ständerat in je einer identischen Motion, dass die Schweiz **Lehren aus der Covid-19-Pandemie für das Schweizer Gesundheitssystem ziehen** solle. Demnach solle der Bundesrat geeignete Massnahmen bezüglich der Beanspruchung der medizinischen Notfallversorgung aufzeigen, die Digitalisierung im Gesundheitswesen forcieren, die Finanzierung indirekter, durch Einnahmeausfälle der Leistungserbringer entstehende Kosten der Pandemie regeln, wobei nicht die Prämienzahlenden dafür aufkommen sollten, sowie den Influenza-Pandemieplan überarbeiten. «Die Covid-19-Pandemie ist und war ein Stresstest für unser Gesundheitssystem», betonte die Fraktion. Sie habe verschiedene Defizite im Gesundheitswesen aufgezeigt, die nun angegangen werden müssten. Der Bundesrat empfahl die Motionen zur Annahme, er habe vor, die «Erfahrungen aus der aktuellen Pandemie in einem Bericht aufzuarbeiten», dabei werde er die Anliegen der Motionen umsetzen. Der Bericht könne aber erst nach Abschluss der Bewältigung der Pandemie erstellt werden. Stillschweigend nahmen National- und Ständerat die jeweiligen in ihrem Rat eingereichten Motionen im September 2020 an.<sup>13</sup>

In der Wintersession 2020 eröffnete der **Ständerat das Differenzbereinigungsverfahren zum Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung**. Die SGK-SR beantragte, die vom Nationalrat gegenüber dem ursprünglichen ständerätlichen Entwurf geschaffenen Änderungen abzulehnen, etwa bei der Frage, ob das Bundesamt den Zweck einer Datenlieferung vorgängig bekanntgeben müsse – die Definition der zulässigen Zwecke der Datenlieferungen sei ja eben genau das Ziel der Vorlage, erklärte Erich Ettlín (cvp, OW) als Kommissionssprecher und unter Nennung seiner Interessenbindung als Verwaltungsrat der CSS-Versicherung. In der Folge lehnte die kleine Kammer den entsprechenden Passus des Zweitrats stillschweigend ab. Zudem sprach sich der Ständerat gegen eine Ergänzung des Nationalrats aus, wonach die Daten nur jährlich geliefert werden sollen; zwar sei eine jährliche Datenlieferung geplant, in Ausnahmesituationen wie einer Pandemie solle sie jedoch häufiger möglich sein. Bezüglich der Lieferung von Aggregat- oder Individualdaten bestanden unterschiedliche Konzepte zwischen National- und Ständerat. Der Ständerat sah vor, üblicherweise Aggregatdaten liefern zu lassen, aber in im Gesetz vorab definierten Ausnahmesituation auch die Lieferung von Individualdaten zu ermöglichen. Der Nationalrat entschied sich hingegen für ein anderes Konzept, indem er die Aufzählung der Ausnahmesituationen des Ständerats als Liste derjenigen Situationen definierte, in welchen Aggregatdaten zu liefern seien, wie Ettlín erklärte. Gemäss dem Nationalrat sollten somit die Situationen, in denen überhaupt Daten geliefert werden, gegenüber dem ständerätlichen Vorschlag deutlich eingegrenzt werden; die Lieferung von Individualdaten sollte zudem nur noch in Ausnahmesituationen durch Anweisung des Bundesrates, sofern gleichzeitig verschiedenen Kriterien erfüllt würden, aber nicht mehr in vordefinierten Situationen, möglich sein. Diesen Konzeptwechsel lehnte der Ständerat ebenfalls ab.

Umstritten war im Rat einzig die Frage, ob aggregierte Daten auch zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und den MiGeL verwendet werden sollten. Auf diesen Punkt hatte der Ständerat in der ersten Behandlungsrunde trotz eines entsprechenden Antrags des Bundesrates verzichtet, was der Nationalrat in der Folge bestätigt hatte; die Frage war somit eigentlich bereits vom Tisch. Welche zusätzlichen Daten weitergegeben werden sollen, solle der Postulatsbericht zu einer «kohärenten Datenstrategie für das Gesundheitswesen» (Po. 18.4102) zeigen, betonte Ettlín. Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) wollte die entsprechenden Punkte ebenfalls in die Liste der zu liefernden Daten aufnehmen, da hier die Kostenexplosion besonders gross sei. «Es gilt als gut gehütetes Geheimnis, weshalb ausgerechnet in diesen beiden Bereichen die vorhandenen Daten nicht weitergeleitet werden sollen», betonte er. Auch Gesundheitsminister Berset bat um die Lieferung dieser Daten; ansonsten könnten die Empfehlungen bezüglich MiGeL mangels Daten nicht erfüllt werden. Dennoch lehnte der Ständerat den Minderheitsantrag mit 26 zu 13 Stimmen ab.<sup>14</sup>

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

Gegen diese Änderung hatte auch der Nationalrat nichts einzuwenden, stillschweigend nahm er die Differenz an und stimmte dem Gesetz in den Schlussabstimmungen (195 zu 0 Stimmen) genauso einstimmig zu wie der Ständerat (41 zu 0 Stimmen).<sup>15</sup>

Im Rahmen ihrer Offensive für tiefere Krankenkassenprämien reichten die Kantone Tessin (Kt.lv. 20.300), Genf (Kt.lv. 20.304), Jura (Kt.lv. 20.330), Freiburg (Kt.lv. 20.333) und Neuenburg (Kt.lv. 21.300) im Jahr 2020 je eine Standesinitiative ein, mit denen sie einen **stärkeren Einbezug der Kantone bei der Genehmigung der Prämientarife** forderten. Demnach sollte das KVAG dahingehend geändert werden, dass den Kantonen ein Recht auf eine Stellungnahme «zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten und zu den für ihren Kanton vorgesehenen Prämientarifen gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde» eingeräumt wird. Dazu sollten die Kantone Zugang zu den dafür notwendigen Informationen erhalten. Die fünf Kantone störten sich daran, dass die Kantone seit einem Beschluss des BAG aus dem Jahr 2019 keine Prämien- und Kostenanalysen mehr erhielten, wodurch ihre Rolle im Prämienverfahren weiter eingeschränkt worden sei. Seit der Änderung des KVAG beschränke sich diese auf eine Stellungnahme bezüglich der Kosten, aber nicht mehr zu den Prämientarifen. Da Kosten und Prämien jedoch «untrennbar miteinander verbunden» seien, verhindere dies eine Wahrnehmung der Aufsichtsrolle durch die Kantone. Diese sei jedoch im Hinblick auf eine demokratische Kontrolle der sozialen Krankenversicherung von grosser Bedeutung.

Im Februar 2021 beantragte die Mehrheit der SGK-SR, den Initiativen keine Folge zu geben. Zuvor hatte die Kommission Vertreterinnen und Vertreter der GDK, der fünf Kantone, der Versicherungen sowie der Prämienzahlenden angehört. Die Kommission betonte die Relevanz der Stellungnahme der Kantone zu den kantonalen Gesundheitskosten. Eine entsprechende Ausdehnung auf die Prämien lehnte die Kommissionsmehrheit jedoch ab, da diese auf Faktoren beruhten, die auf Bundesebene berechnet würden. Daher verfüge nur das BAG, nicht aber die Kantone über einen entsprechenden Gesamtüberblick, der die Prüfung der Prämien erlaube. Das Prämienverfahren solle überdies nicht weiter erschwert werden.

In der Frühjahrssession 2021 behandelte der Ständerat die fünf Standesinitiativen zusammen mit der Motion Lombardi (cvp, TI; Mo. 19.4180), mit welcher der Motionär ebenfalls eine Weitergabe der für die Prüfung der Prämien nötigen Daten an die Kantone forderte. Erich Ettlín (cvp, OW) legte anfänglich die Position der Kommissionsmehrheit dar und betonte vor allem den grossen Aufwand und die Verzögerung, die entstehen würden, wenn 26 Kantone die Prämien von 50 Krankenversicherungen prüfen würden. Für die Kommissionsminderheit, welche den Standesinitiativen Folge geben und die Motion annehmen wollte, erläuterte Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) die Situation der Kantone: Diese fühlten sich im Prozess der Prämienprüfung nicht angemessen vertreten, obwohl sie die Leistungserbringenden und Versicherungen in ihren Kantonen gut kennen würden, mit der demografischen Entwicklung im Kanton vertraut seien und gleichzeitig über das nötige Fachwissen verfügten, um die Prämien zu prüfen. Sie seien überdies durch individuelle Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe an der Bezahlung der Prämien beteiligt. Eine Prüfung der Prämien würde es ihnen zudem erlauben, als Gegengewicht zu den Krankenversicherern aufzutreten und die Entwicklung der Krankenkassenprämien zu beeinflussen. Diese Argumentation schien die Ständekammer zu überzeugen, mit 21 zu 20 Stimmen (bei 1 Enthaltung) gab sie den Standesinitiativen Folge. Auch die Motion Lombardi nahm sie mit 22 zu 18 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an.<sup>16</sup>

In der Sommersession 2021 behandelte der **Ständerat die fünf Standesinitiativen für eine Beschränkung der maximal möglichen Reserven der Krankenversicherungen** zusammen mit den Standesinitiativen für kostenkonforme Prämien. Mit diesem Block an Standesinitiativen sollten die Krankenkassen ihre Reserven zwingend auf 150 Prozent reduzieren müssen. Die Initiativen gingen somit weiter als eine bundesrätliche Verordnungsänderung, welche die Reduktion für die Krankenkassen vereinfachte, jedoch nicht zwingend machte. Der zweite Block an Standesinitiativen sah eine Pflicht für die Krankenkassen vor, die zukünftigen Prämien in einem Kanton zu senken, wenn ihre Prämieinnahmen in diesem Kanton die kumulierten Kosten in einem Jahr übersteigen.

Die SGK-SR hatte zuvor sämtliche Standesinitiativen zur Ablehnung empfohlen. Erich Ettlín (cvp, OW) vertrat unter Offenlegung seiner Interessenbindung als Verwaltungsrat der CSS-Krankenversicherung die Kommissionsmehrheit. Heute betrügen die Reserven über 200 Prozent – 100 Prozent wäre das vorgeschriebene Minimum. Auch in der von der Kommission durchgeführten Anhörung habe es Stimmen gegeben, die eine Muss-Formulierung und die Festsetzung eines Grenzwertes gefordert hätten, betonte Ettlín. Die Versicherungen hätten indes vor einem Jo-Jo-Effekt gewarnt, gemäss dem es bei zu tiefen Prämien zu einem Neukundenzugang komme, wodurch Solvenzprobleme

aufträten und die Prämien im Folgejahr erhöht werden müssten. Durch die Reduktion der Reserven könne man unkontrollierbare Eigendynamiken auslösen, warnte Ettlín. Entsprechend unterstütze die Kommission den freiwilligen Abbau gemäss der Verordnungsänderung, nicht aber die Standesinitiativen. Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) vertrat die Standesinitiativen für den Kanton Tessin, der diesbezüglich die Federführung innehatte. Sie verwies darauf, dass die Reduktion der Reserven zwar das Grundproblem – den Prämienanstieg der Krankenkassen – nicht lösen könne, aber man den Versicherten so immerhin zurückgeben könne, was ihnen gehöre. Gemäss dem Vorschlag des Bundesrates würden aber die zu viel eingenommenen Prämien nicht denjenigen Personen vergütet, die zu viel gezahlt hatten, sondern für eine genauere Kalkulation zukünftiger Prämien verwendet. Die GDK unterstütze denn auch die Initiativen, so Carobbio Guscetti. Mit 20 zu 17 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Ständerat bei allen zehn Standesinitiativen gegen Folgegeben aus. Zum dritten Block an Standesinitiativen zu den Krankenkassenreserven hatte sich der Ständerat bereits in der Frühjahrssession ablehnend geäussert.<sup>17</sup>

- 
- 1) LZ, SGT, 15.3.17; AZ, 16.3.17; TA, 8.5.17; SoZ, 14.5.17; TG, 15.5.17; BaZ, 27.5.17; SGT, 6.6.17; Blick, 16.6.17; SGT, 17.6.17; LZ, 23.6.17; LT, 30.6.17; So-Bli, 16.7.17; LZ, 6.9.17; NZZ, 12.9.17; CdT, Lib, TG, 4.10.17; WW, 26.10.17; So-Bli, 10.12.17
  - 2) AB SR, 2019, S. 42 ff.; Bericht WAK-SR vom 14.1.19
  - 3) AB SR, 2020, S. 461 ff.; NZZ, 9.6.20; LT, NZZ, 10.6.20; AZ, LT, NZZ, 11.6.20
  - 4) AB NR, 2018, S. 666 ff.; Medienmitteilung SGK-SR vom 23.3.18; Medienmitteilung SGK-SR vom 29.6.18
  - 5) AB SR, 2017, S. 223 (Mo. 17.3988); AB SR, 2017, S. 808 ff.; Bericht SGK-SR vom 13.11.17; Mo. 16.3948
  - 6) AB SR, 2019, S. 576 f.
  - 7) AB SR, 2019, S. 733 ff.
  - 8) AB SR, 2019, S. 1045 ff.
  - 9) AB SR, 2020, S. 110 f.; Bericht SGK-SR vom 11.2.20
  - 10) AB SR, 2020, S. 110 f.; Bericht SGK-SR vom 11.2.20 (Mo. 18.3765)
  - 11) AB SR, 2020, S. 93 f.
  - 12) AB SR, 2020, S. 707 ff.
  - 13) AB NR, 2020, S. 1891; AB SR, 2020, S. 927 f.
  - 14) AB SR, 2020, S. 1088 f.
  - 15) AB NR, 2020, S. 2523; AB NR, 2020, S. 2729; AB SR, 2020, S. 1285 ff.; AB SR, 2020, S. 1439
  - 16) AB SR, 2021, S. 122 ff.; Bericht SGK-SR vom 22.2.21
  - 17) AB SR, 2021, S. 657 ff.