

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	17.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, Krankenversicherung
Akteure	de Courten, Thomas (svp/udc, BL) NR/CN
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2021

Impressum

Herausgeber

Année Politique Suisse
Institut für Politikwissenschaft
Universität Bern
Fabrikstrasse 8
CH-3012 Bern
www.anneepolitique.swiss

Beiträge von

Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Schneuwly, Joëlle
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Schneuwly, Joëlle; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, Krankenversicherung, 2013 - 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 17.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Ärzte und Pflegepersonal	1
Sozialversicherungen	3
Ergänzungsleistungen (EL)	3
Krankenversicherung	5

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SPK-NR	Staatspolitische Kommission des Nationalrats
BAG	Bundesamt für Gesundheit
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
EU	Europäische Union
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
BJ	Bundesamt für Justiz
EL	Ergänzungsleistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CIP-CN	Commission des institutions politiques du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
UE	Union européenne
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OFJ	Office fédéral de la justice
PC	Prestations complémentaires
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Ärzte und Pflegepersonal

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 21.06.2013
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die 2012 akzentuierte Zunahme von Ärzten, welche den Antrag stellten, ihre Leistungen über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) abrechnen zu lassen, blieb im Berichtsjahr auf der Agenda der Räte. Nachdem im Vorjahr je ein Postulat Rossini (sp, VS) und Cassis (fdp, TI) in ebendieser Angelegenheit überwiesen worden war, sah sich der Bundesrat genötigt zu handeln und legte eine Botschaft zur Änderung des KVG vor. Darin beantragte die Regierung die vorübergehende **Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung**. Vordringlich galt es eine per Ende 2011 ausgelaufene Bestimmung zu erneuern, womit die Zulassungsbegrenzung vorübergehend wieder eingeführt werden soll. Die 2001 in Kraft getretene Zulassungsbegrenzung für Leistungserbringer war 2011 nicht mehr erneuert worden. Zwar war eine Verlängerung im Rahmen der Änderung des KVG im Zusammenhang mit den integrierten Versorgungsnetzen („Managed Care“) angedacht worden, mit der Ablehnung durch die Stimmberechtigten im Juni 2012 liess sie sich aber nicht umsetzen. Diese Lücke führte dazu, dass die Kantone über kein Instrument mehr verfügten, um das Angebot im ambulanten Bereich zu steuern. Die vom Bundesrat beantragte Zulassungsbeschränkung soll auf drei Jahre terminiert werden. Damit soll es zum einen ermöglicht werden, die Auswirkungen der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung zwischen dem 1. Januar 2012 und dem Inkrafttreten der vorliegenden Änderung zu untersuchen. Zum anderen können in der Zwischenzeit Bestimmungen vorbereitet werden, welche die Kosten längerfristig eindämmen. Der Bundesrat wollte angesichts des Masterplans „Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“ sowie der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ nicht auf die zuletzt angewandte Fassung der Zulassungsbeschränkung zurückkommen, sondern schlug eine leicht abgeänderte Version vor: Einerseits sollen Leistungserbringer im Bereich der Grundversorgung nicht mehr von der Zulassungssteuerung ausgeschlossen sein, andererseits sollen entsprechende Übergangsbestimmungen jedoch sicherstellen, dass die Zulassung von Personen, die bereits vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren, nicht eingeschränkt werden kann. Mit einer raschen Umsetzung dieser Gesetzesänderung sollen die in Bedrängung geratenen Kantone die erforderlichen rechtlichen Instrumente erhalten, um die Zulassungen zu steuern. Der Bundesrat versprach sich davon eine bessere Steuerung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, was sich auch auf die Finanzen von Bund und Kantonen positiv auswirken könne. Im Parlament war die als dringlich zu behandelnde Vorlage enorm umstritten.

Im Nationalrat, welcher sich im März zuerst damit befasste, beantragte eine Minderheit bürgerlicher Kommissionsmitglieder um Nationalrat de Courten (svp, BL) Nichteintreten. Eine weitere, ähnlich zusammengesetzte Minderheit Cassis (fdp, TI) wollte das Geschäft an den Bundesrat zurückweisen mit dem Auftrag, innert zwei Jahren Alternativvorschläge zur Steuerung der ambulanten Medizin zu erarbeiten. Die SVP erachtete die Massnahme als rechtsstaatlich bedenklich und erkannte darin eine ungebührliche Verschleierungspolitik. Von Seiten der FDP wurde gefordert, endlich eine kluge Strategie zu entwickeln. Die bis anhin gefahrene Politik mit mehreren Verlängerungen des 2001 eingeführten Moratoriums wurde indes von allen Seiten angeprangert. Die Ratslinke, welche die Vorlage unterstützte, bediente sich vor allem föderalistischer Argumente. Den Kantonen müsse dieses Instrument zur Verfügung gestellt werden damit jene Kantone, die das Problem zu vieler Gesuche um Praxisbewilligung kennen, handeln können. Kantone, die nicht mit der Problematik konfrontiert seien, wären auch nicht zum Handeln verpflichtet, so Nationalrätin Fehr (sp, ZH). Dass sich nicht alle Kantone in der gleichen Ausgangslage befanden, liess sich in den verschiedenen Voten gut erkennen. Eintreten wurde schliesslich mit 106 zu 74 Stimmen deutlich beschlossen. Der Minderheitsantrag um Rückweisung scheiterte mit 89 zu 94 Stimmen jedoch nur knapp. Die Detailberatung war in der Folge weniger umstritten. Zwei Kommissionsanträge wurden beschlossen. Einerseits sollte der Zulassungsstopp nur auf Ärztinnen und Ärzte angewandt werden, und nicht auf Apotheker. Andererseits beschränkten die Räte eine vom Bundesrat noch offen formulierte Frist auf Verfall der Zulassung bei Nicht-Einlösung auf sechs Monate. Die damit geschaffene Abweichung vom Bundesratsentwurf wird die Ständekammer beurteilen müssen. Ein Antrag Ingold (evp, ZH) wurde sehr deutlich angenommen:

Dieser wollte den Bedürfnisnachweis für Personen, welche mindestens fünf Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, aufheben. Dagegen soll ein Bedürfnisnachweis für praktische Ärztinnen und Ärzte, die über keinen anderen Weiterbildungstitel verfügen, eingeführt werden. Damit sollte eine entscheidende Schwäche der neuen Zulassungsregulierung ausgemerzt werden, nämlich diejenige, dass schlechter qualifizierte Ärztinnen und Ärzte direkt aus dem Ausland eine Praxistätigkeit aufnehmen könnten. In der Gesamtabstimmung wurde die Vorlage mit 103 zu 76 Stimmen überwiesen, wobei sich nach wie vor FDP- und SVP-Vertreter dagegen stellten.

Der Ständerat behandelte das Geschäft nur eine Woche später. Zwar sprach sich die Mehrheit der SGK für Eintreten aus, jedoch mit dem Antrag, das Geschäft sogleich an den Bundesrat zurückzuweisen. Die Regierung solle eine definitive Lösung präsentieren, welche unter anderem auch eine Lockerung des Vertragszwangs vorsehen würde. Eine Minderheit Eder (fdp, ZG) war für Nichteintreten. Stattdessen sei eine langfristige, zukunftsorientierte und nachhaltige Lösung, welche allen Beteiligten Sicherheit bringt, gefragt. Eine zweite Minderheit Schwaller (cvp, FR) sprach sich für Eintreten ohne Rückweisung aus. Der Rückweisungsantrag wurde in der Kommission schliesslich mit einer knappen Mehrheit gefasst. Ein erster wichtiger Grund liege darin, dass seit zwölf Jahren eingesetztes dringliches Bundesrecht nicht mehr tatsächlich als solches gelten könne, so das Empfinden der SGK. Die Kommission verlangte darum eine rasche Antwort des Bundesrates auf die seit Jahren bestehenden Probleme und wollte mit der Rückweisung den entsprechenden Druck aufrechterhalten. Diese Begründung stützte sich auch auf ein Versprechen von Bundesrat Berset, der in der Kommission festgehalten hatte, dass eine definitive Vorlage per Ende 2013 geplant sei. Die Eintretensdebatte war langwierig und stellte auch den vom Nationalrat gefassten Beschluss infrage, da er möglicherweise gegen die Personenfreizügigkeit verstosse durch die Diskriminierung ausländischer Ärzte. Das Ratsplenum war mit 27 zu 17 Stimmen für Eintreten, wurde sich jedoch nicht einig über den Antrag Schwaller. Ratspräsident Lombardi (cvp, TI) entschied beim Stichentscheid im Sinne der Minderheit. Damit war Eintreten beschlossen, die Rückweisung wurde abgelehnt und die Kommission musste die Detailberatung nachholen. Bis zur Ständeratsdebatte in der Sommersession hatte die SGK mehrere Expertisen eingeholt: Sie informierte sich über die Anpassungen des Nationalrates und deren Vereinbarkeit mit der Personenfreizügigkeit, über die Übereinstimmung des Bundesratsentwurfs mit der Verfassung und über die Auswirkungen des früheren Systems der Zulassungsbeschränkung. In der Kommission halte sich der „Enthusiasmus gegenüber der wiederaufgenommenen vorübergehenden Zulassungsbeschränkung im Rahmen“, so Sprecherin Egerszegi (fdp, AG). Die Frage, was nach erneuter Aufhebung der Beschränkung in drei Jahren folgen wird, erschien auch den Ständeräten prioritär. Es wurde jedoch auch betont, dass es bei dieser Vorlage darum gehe, dass die Kantone die Leistungserbringer bestimmen und deren Zulassung an Bedingungen knüpfen können. Spreche sich die Regierung eines Kantons dagegen aus, die Zulassung ihrer Leistungserbringer an bestimmte Bedingungen zu knüpfen, so ändere sich auch nichts. Aufgrund zweier Bittschreiben der Grenzkantone Genf und Tessin, die dringlichen Massnahmen zu unterstützen und in Hinblick auf die Funktion der Ständekammer, beantragte die SGK die Annahme des Geschäfts. Gegenüber dem Nationalrat wurden während der Detailberatung zwei Differenzen geschaffen: Die Abhängigkeit eines Bedürfnisnachweises soll nur von den Weiterbildungstiteln abhängen und nicht zusätzlich von einer Mindestanstellung an einer schweizerischen Institution. In dieser Hinsicht wollte die Kommission dem Bundesrat folgen. Eine Minderheit Rechsteiner (sp, SG) schlug erfolglos als Kompromiss eine kürzere Mindestanstellung von drei Jahren vor (gegenüber den im Nationalrat gemäss Bundesratsentwurf beschlossenen fünf Jahren). Zur Kriterienfestlegung für den Bedürfnisnachweis nahm der Nationalrat die Fassung des Bundesrates an: Die Regierung selbst solle die Kriterien beschliessen. Im Gegensatz zur Exekutive wollte die SGK des Ständerates jedoch das Mitspracherecht der Kantone im Gesetz niederschreiben. Diese Änderung wurde gegen eine Minderheit Stöckli (sp, BE), welche den Bundesratsentwurf unterstützen wollte, angenommen. Eine redaktionelle Anpassung über Inkrafttreten des Gesetzes wurde zwangsläufig verabschiedet, da der ursprünglich festgelegte Zeithorizont trotz Dringlichkeit nicht eingehalten werden konnte.

In der Differenzbereinigung standen sich die oben genannten Divergenzen gegenüber. Bei der Festlegung der Erforderlichkeit eines Bedürfnisnachweises übernahm die SGK des Nationalrates den Vorschlag Rechsteiner (sp, SG), welcher im Ständerat knapp durchgefallen war. Sie beantragte damit ihrem Plenum die Forderung nach drei Jahren Anstellung an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte und ging selbst einen

Kompromiss gegenüber dem zuvor gefassten Nationalratsbeschluss von fünf Jahren ein. Mit 102 zu 77 Stimmen wurde dies im Rat angenommen. In der Frage, wer die Kompetenz der Kriterienfassung erhalten soll, schuf der Nationalrat wieder eine Differenz zum Ständerat. Die Kantone seien laut Fassung des Nationalrats anzuhören, jedoch nicht einzubeziehen. Dieser redaktionellen Änderung fügte sich der Ständerat. Auch mit der Bedingung, drei Jahre in der Schweiz gearbeitet haben zu müssen, zeigte sich die ständerätliche SKG schliesslich einverstanden. Angesichts der hohen Zustimmung, mit welcher der Nationalrat an dieser zeitlichen Bedingung festgehalten hatte, schien es ihr angezeigt, einzulenken – wengleich Sprecherin Egerszegi (fdp, AG) nicht umhin kam, den dadurch entstehenden Konflikt mit der Personenfreizügigkeit zu erwähnen. Den jeweiligen Mehrheitsanträgen folgte das Ratsplenum, womit das Geschäft zum Abschluss gebracht werden konnte. Am Ende der Beratungen bekräftigte Nationalrat Stahl (svp, ZH) Namens der SVP-Fraktion nochmals deren Ablehnung gegen die Vorlage. Sie widerspreche dem freiheitlichen und liberalen Geist des Berufes des Arztes und diese zwölf Jahre, während denen der Ärztestopp gegolten hatte, seien in Sachen Kostenexplosion im Gesundheitswesen wenig erfolgreich gewesen. Dennoch erklärten beide Kammern noch in der Sommersession das Geschäft mit 115 zu 79 und 27 zu 15 Stimmen als dringlich und verabschiedeten es mit 107 zu 77, respektive mit 28 zu 16 Stimmen, wobei die bürgerlichen Fraktionen jeweils unterlagen. Das abgeänderte Gesetz trat per 1. Juli 2013 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2016.¹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 17.10.2019
JÖELLE SCHNEUWLY

Nachdem die SGK-NR die Ergebnisse der Vernehmlassung zum **indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative** zur Kenntnis genommen hatte, unterbreitete sie Mitte Oktober 2019 ihrem Rat den entsprechenden **Gesetzesentwurf**. Dabei stellte sie folgende Massnahmen vor, wie dem Fachkräftemangel und der fehlenden Attraktivität des Pflegeberufs begegnet werden könne: Zum einen sollen dem Pflegepersonal mehr Kompetenzen zugestanden werden. So sollen Pflegefachfrauen und -männer nach Vereinbarung mit den Versicherern gewisse Leistungen, die vom Bundesrat definiert werden, selbständig ohne ärztliche Anordnung durchführen dürfen. Zum anderen sollen Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen verpflichtet werden, Pflegefachleute auszubilden. Dabei müssten die Kantone für mindestens einen Teil der ungedeckten Kosten, die im Rahmen der praktischen Ausbildungsleistungen anfallen, aufkommen, wobei sie vom Bund während acht Jahren unterstützt würden. Weiter sah die SGK-NR eine Verpflichtung der Kantone vor, Personen die eine Pflegeausbildung an einer Höheren Fachschule oder Fachhochschule absolvierten, während ihrer Ausbildung mit finanziellen Beiträgen unter die Arme zu greifen. Auch hier solle der Bund den Kantonen während acht Jahren mit finanziellen Mitteln zur Seite stehen. Um das Potential von Leuten auszuschöpfen, die nach altem Recht ein Pflegediplom erworben hatten, und diesen den Zugang zu heutigen Aus- und Weiterbildungen zu eröffnen, beabsichtigte die Kommission zudem, ein Anschlussangebot für diese Personengruppe zu schaffen. Der Verpflichtungskredit, mit dem die SGK-NR die Ausbildungsoffensive während den acht Jahren zu finanzieren plante, soll einen Umfang von maximal CHF 469 Mio. aufweisen. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) wollte nicht auf die Vorlage eintreten, da sie der Ansicht war, dass dadurch in einem Bereich hohe Kosten zu Lasten des Bundes verursacht würden, der in die Zuständigkeit der Kantone und der Branche falle. Ferner bestünde die Gefahr einer Mengenausweitung, wenn das Pflegefachpersonal gewisse Leistungen ohne ärztliche Anordnung durchführen könnte.²

Sozialversicherungen

Ergänzungsleistungen (EL)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 15.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrsession 2018 behandelte der **Nationalrat die Reform der Ergänzungsleistungen**, die er ob ihrer Länge in drei Blöcke unterteilte. Er schuf zahlreiche Differenzen zum Ständerat, insbesondere bezüglich der Voraussetzungen für den EL-Bezug. So beantragte die SGK-NR die Einführung einer Vermögensschwelle in der Höhe von CHF 100'000 für Alleinstehende, CHF 200'000 für Verheiratete und CHF 50'000 bei Kindern: Übersteigt das Vermögen diese Schwelle, sollen keine Ergänzungsleistungen beantragt werden können. Davon ausgeschlossen sollen jedoch von den Betroffenen oder ihren Partnern bewohnte Liegenschaften sein, sofern die Betroffenen ein hypothekarisch gesichertes Darlehen zulasten des Wohneigentums und zugunsten der EL-Stelle aufnehmen. Silvia Schenker (sp, BS) sprach sich in ihrem Minderheitsantrag gegen eine solche Änderung aus – nicht weil sie eine Vermögensschwelle prinzipiell ablehne, sondern weil dieser Antrag nicht in der

Vernehmlassung war und daher noch zahlreiche Fragen dazu offen seien. Mit dieser Ansicht standen die SP- und die Grünen-Fraktion jedoch alleine da, mit 137 zu 52 Stimmen nahm der Nationalrat die Einführung einer Vermögensschwelle an. Eine weitere Differenz bei den Voraussetzungen schuf der Nationalrat, indem er gegen zwei Minderheitsanträge einem Antrag der SGK-NR folgte, wonach ein Verbrauch von mehr als 10 Prozent des Vermögens pro Jahr ab Entstehung des Anspruchs auf EL bei der IV, bei der AHV ab zehn Jahren vor der Pensionierung, als Vermögensverzicht gelten solle, sofern der Verbrauch „ohne wichtigen Grund“ erfolge (94 zu 86 Stimmen bei 9 Enthaltungen; 136 zu 53 Stimmen bei 1 Enthaltung). Für den Bezug von Ergänzungsleistungen beantragte die Mehrheit der SGK-NR überdies eine zehnjährige Karenzfrist, während der sich die Betroffenen ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben müssen. Es setzte sich jedoch eine Minderheit I Aeschi durch, die den Bezug stattdessen von einer mindestens zehnjährigen Beitragsdauer in die AHV abhängig machen wollte (104 zu 83 Stimmen, 4 Enthaltungen).

Auch bezüglich der anerkannten Ausgaben schuf der Nationalrat einige Differenzen zum Schwesterrat. Gegen eine Minderheit Feri nahm er den Vorschlag der SGK-NR auf Reduktion der Finanzierung des allgemeinen Lebensbedarfs für Kinder unter zwölf Jahren sowie ab dem zweiten Kind um ein Sechstel an (137 zu 53 Stimmen). Bezüglich der Mietzinsen bestätigte der Nationalrat zwar die vom Ständerat beschlossene Schaffung verschiedener Regionen, strich jedoch auf Antrag einer Minderheit II Pezzatti die dritte Region und reduzierte die vom Ständerat beschlossenen Beträge zur Erstattung von Mietzinsen für Alleinstehende sowie für zusätzliche im Haushalt lebende Personen (139 zu 53 Stimmen). Deutlich löste der Rat für den Antrag auch die Ausgabenbremse (187 zu 3 Stimmen bei 3 Enthaltungen). Der Nationalrat stimmte auch dem Antrag der Minderheit Clottu zu (102 zu 90 Stimmen), wonach diese Mietzins-Beträge von den Kantonen um 10 Prozent gekürzt werden können und der Bundesrat die Einteilung überprüfen muss, wenn sich der Mietpreisindex um 10 Prozent verändert. Eine Minderheit Quadranti hatte diesbezüglich eine regelmässige Überprüfung nach zwei Jahren gefordert, war jedoch deutlich gescheitert (133 zu 58 Stimmen, 1 Enthaltung). Stark umstritten war im Ständerat die Frage gewesen, welche Kosten bei den Krankenkassenprämien angerechnet werden sollen. Dabei wurden vier verschiedene Optionen diskutiert: Die Mehrheit der SGK-NR wollte dem Bundesrat folgen und die kantonalen Durchschnittsprämien anrechnen, solange diese die effektiven Kosten nicht übersteigen; der Ständerat hatte entschieden, die Prämie des dritt günstigsten Krankenversicherers im Kanton zu vergüten; eine Minderheit I Carobbio befürwortete die Auszahlung von Durchschnittsprämien, selbst wenn diese die effektiven Kosten aufgrund von Prämienverbilligungen übertreffen; und eine Minderheit II Humbel setzte auf die massgebende Prämie des Kantons. Letztere Option setzte sich gegen den Antrag der Kommissionsmehrheit durch (138 zu 53 Stimmen), nachdem dieser zuvor gegenüber der Minderheit I bevorzugt worden war (138 zu 53 Stimmen). Nicht nur auf der Ausgaben-, auch auf der Einkommenseite nahm die grosse Kammer Korrekturen vor: Zwar war man sich mit dem Ständerat darüber einig, dass das Erwerbseinkommen von Ehegattinnen und -gatten, die selber keine Rente beziehen, stärker angerechnet werden soll als bisher. Der Nationalrat folgte jedoch entgegen dem Antrag der Minderheit Barrile, die wie der Ständerat nur 80 Prozent anrechnen wollte, der Kommissionsmehrheit: Neu soll das Einkommen der Ehepartner vollständig angerechnet werden (103 zu 87 Stimmen bei 1 Enthaltung).

Bezüglich der Finanzierung der EL respektive der Massnahmen zur Reduktion der Anzahl EL-Bezügerinnen und -Bezüger hatte sich im Ständerat die Frage nach der Möglichkeit auf Kapitalbezug in der zweiten Säule als besonders umstritten gezeigt. Anders als der Erstrat wollte die Mehrheit der SGK-NR den Versicherten die Möglichkeit offenlassen, ihre Pensionskassengelder zur Hälfte als Kapitalabfindung zu beziehen. Dagegen wehrte sich eine Minderheit I Humbel, die dem Ständerat folgen wollte, während eine Minderheit II Sauter das geltende Recht, das den Bezug eines Viertels des Altersguthabens als Kapitaleistung erlaubt, bevorzugte. Letztere Position setzte sich in der grossen Kammer deutlich durch (Mehrheit vs. Minderheit I: 139 zu 49 Stimmen bei 1 Enthaltung; Mehrheit vs. Minderheit II: 14 zu 170 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Um jedoch der im Ständerat vielfach betonten erhöhten Gefahr, durch einen Kapitalbezug später auf Ergänzungsleistungen angewiesen zu sein, zu reduzieren, beantragte die Kommissionsmehrheit, die Leistungen bei einem teilweisen oder vollständigen Kapitalbezug um 10 Prozent pro Jahr zu kürzen. Der Nationalrat unterstützte diesen Antrag gegen zwei Minderheitsanträge (106 zu 83 Stimmen; 119 zu 66 Stimmen bei 1 Enthaltung). Auch bei der Auszahlung der Pensionskassengelder für Firmengründungen schuf die grosse Kammer eine Differenz zum Ständerat, indem sie einem Minderheitsantrag de Courten folgte, der keine Einschränkungen der Auszahlungen

beabsichtigte. Deutlich sprach sich die grosse Kammer auch für einen Minderheitsantrag Humbel aus, wonach rechtmässig bezogene Leistungen aus dem Nachlass der Leistungsbezügerinnen und -bezüger – bei Ehepaaren aus dem Nachlass des Zweitverstorbenen – zurückzuerstatten seien, sofern und inwieweit dieser CHF 50'000 übersteige (181 zu 7 bei 1 Enthaltung).

In der Gesamtabstimmung nahm der Rat seine neue Version zur Reform der Ergänzungsleistungen mit 125 zu 53 Stimmen bei 13 Enthaltungen an. Unzufrieden zeigten sich die SP- und die Grünen-Fraktion, während sich ein Drittel der CVP-Fraktion sowie einzelne Mitglieder der GLP- und der BDP-Fraktion der Stimme enthielten.³

Krankenversicherung

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 06.03.2013
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat beriet das Geschäft zur **vorübergehenden Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung** als **Erstrat** in der Frühlingssession. Die Mehrheit seiner Kommission beantragte Eintreten. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) verlangte Nichteintreten, eine zweite Minderheit Cassis (fdp, TI) Rückweisung an den Bundesrat mit dem Auftrag, innert zweier Jahre Alternativvorschläge zur Steuerung der ambulanten Medizin zu unterbreiten. Die Mehrheit argumentierte, jene Kantone, welche ein übermässiges Wachstum des medizinischen Angebots feststellen, sollten rasch ein Instrument erhalten, um das Angebot wieder bedarfsgerecht steuern zu können. Der Entwurf sei aus Sicht des Föderalismus angemessen, da Kantone, welche im Gegenteil eine Knappheit befürchteten, sich auch für den Status quo entscheiden könnten. Eine definitive Lösung liege zudem zu weit ausser Reichweite, um auf eine Zwischenlösung verzichten zu können. Die bürgerlichen Minderheiten hielten die Wiedereinführung für rechtsstaatlich bedenklich und deren Wirksamkeit im Hinblick auf die Kosten als nicht bewiesen. Die Erarbeitung wirkungsvoller und dauerhafter Lösungen werde damit aufgeschoben. Die Datengrundlage bezüglich der tatsächlichen Leistungsmengenentwicklung aufgrund der Aufhebung der Zulassungssteuerung sei derzeit ungenügend und erlaube es nicht, neue Gesetze zu verabschieden. Schliesslich lehnte der Rat den Nichteintretensantrag gegen die Stimmen der SVP und FDP deutlich ab, den Rückweisungsantrag, der auch von der Grünen Fraktion unterstützt wurde, jedoch nur knapp. In der Detailberatung forderte ein Einzelantrag Ingold (evp, ZH), nebst Haus- und Kinderärzten sollten auch Mediziner, welche sich während fünf Jahren in der Schweiz weitergebildet hatten, keinen Bedürfnisnachweis für eine Zulassung benötigen. Eine solche Lösung würde die Qualität der Versorgung stärken und Mediziner mit Kenntnissen des Schweizer Systems fördern. Dieser Antrag war unbestritten und erhielt lediglich eine einzige Gegenstimme. In der Gesamtabstimmung sprachen sich 103 Nationalrätinnen und Nationalräte für den Entwurf aus, 76 dagegen.⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 04.03.2014
FLAVIA CARONI

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

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

Bereits in der folgenden Woche schloss sich der Nationalrat dem Beschluss des Ständerates an und verzichtete auf eine Rückweisung an den Bundesrat. Das Geschäft ging damit an die SGK-NR zur Detailberatung. In der Herbstsession gelangte das Gesetz erneut in den Nationalrat. Die Debatte stand im Zeichen der knapp drei Wochen später stattfindenden Abstimmung über eine öffentliche Krankenkasse und gestaltete sich äusserst ausführlich. Während die bürgerliche Mehrheit ihren grundsätzlichen Widerstand gegen das neue Gesetz angesichts der drohenden Einführung einer Einheitskasse aufgab, scheiterten zahlreiche linke Anträge auf Verschärfung der Aufsicht. Die Kommissionsmehrheit ging mit Bundes- und Ständerat einig in der Absicht, die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung im neu zu schaffenden

Krankenversicherungsaufsichtsgesetz KVAG zu regeln. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) setzte sich dagegen weiter für eine Integration einiger ihrer Ansicht nach wesentlicher Bestimmungen des Entwurfes in das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Fallenlassen der restlichen Artikel ein. Dazu wollte sie das Geschäft erneut an die Kommission zurückweisen. Die bestehenden Aufsichtsinstrumente seien bei konsequenter Anwendung absolut ausreichend, so die Begründung. Alle Fraktionen bis auf jene der SVP betonten jedoch die Wichtigkeit des neuen Aufsichtsgesetzes und seiner sofortigen Beratung, woraufhin der Rückweisungsantrag mit 144 zu 40 Stimmen abgelehnt wurde und die Detailberatung begann. In der umstrittenen Frage der Kontrolle von Versicherungsgruppen folgte der Nationalrat dem Ständerat gegen den Antrag des Bundesrates und einer Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH): Das BAG soll demnach innerhalb einer Gruppe, welche verschiedene Versicherungsprodukte wie Zusatzversicherungen, Taggeldversicherungen und Pensionskassen anbietet, nur jene Geschäftsbeziehungen kontrollieren können, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffen. Linke und Grünliberale warnten vor neuen Missbrauchsmöglichkeiten, unterlagen jedoch bei allen diese Problematik berührenden Artikeln den bürgerlichen Fraktionen, die ausführten, es sei nicht die Aufgabe des BAG, ausserhalb der Krankenversicherung liegende Versicherungsbereiche zu kontrollieren. Diese Kontrolle liege in der Zuständigkeit der FINMA, mit der es keine Konflikte zu schaffen gelte. Ein linker Minderheitsantrag Carobbio (sp, TI), der die Publikation von Prämien vor deren Genehmigung durch das BAG verbieten wollte, wie es der Bundesrat vorgesehen und der Ständerat beschlossen hatte, scheiterte an der bürgerlichen Mehrheit im Rat. Diese folgte der Kommissionsmehrheit in ihrem Beschluss, die provisorischen Prämien dürften mit Hinweis auf deren noch ausstehende Genehmigung veröffentlicht werden. Ebenso klar scheiterten zwei Minderheitsanträge de Courten (svp, BL): Der erste wollte den Passus streichen, wonach das BAG die Genehmigung von Prämien verweigern kann, falls diese zur Bildung übermässiger Reserven führe. Der zweite wollte im Gesetz festschreiben, dass während der Dauer eines Beschwerdeverfahrens zwischen dem BAG und einer Krankenkasse über die Prämienhöhe automatisch die höhere der beiden vorgeschlagenen Prämien zur Anwendung kommen sollte. Die Anträge wurden nur von der SVP- und der BDP-Fraktion unterstützt. Einen wichtigen Teil des neuen Gesetzes bilden die Bestimmungen über die Rückerstattung zu hoher Prämien. Der Rat folgte seiner Kommission diskussionslos darin, den Prämienausgleich für die Kassen freiwillig zu erklären: Der Versicherer "kann" gemäss diesem Beschluss einen Prämienausgleich vornehmen. Die Rückerstattung erfolgt dabei an alle im fraglichen Jahr bei der Kasse versicherten Personen, auch wenn diese inzwischen den Kanton oder die Kasse gewechselt haben, und er erfolgt im Folgejahr. Der Ständerat hatte sich noch für einen zwingenden Ausgleich ausgesprochen, der im übernächsten Jahr an jene Personen erfolgen sollte, die nach wie vor bei der Kasse versichert sind. Bundesrat und Ständerat hatten die Möglichkeit einer Regulierung der Werbekosten und der Provisionen für Vermittler durch die Regierung vorgesehen. Im Gegensatz dazu wollte der Nationalrat lediglich die aktuell fehlende gesetzliche Grundlage für eine Branchenvereinbarung zur Regelung der Telefonwerbung und der Vermittlerprovisionen schaffen. Ebenfalls gegen die Version von Bundes- und Ständerat sowie einer nur von der SVP-Fraktion gestützten Minderheit de Courten (svp, BL) folgte der Rat seiner Kommissionsmehrheit darin, die Kassen zum gesonderten Ausweisen von Werbe- und Vermittlerkosten in der Jahresrechnung zu zwingen. Eine Abschwächung des Entwurfs zugunsten der Kassen beschloss der Nationalrat bei der Offenlegung der Entschädigungen für die Mitglieder der leitenden Organe: Während Bundes- und Ständerat sowie eine Minderheit Fehr Jacqueline (sp, ZH) eine Offenlegung sämtlicher Entschädigungen des Verwaltungsrats und der höchsten Entschädigung der Geschäftsleitungsmitglieder jeweils unter Namensnennung anstrebten, folgte der Rat seiner Kommissionsmehrheit darin, auf die Namensnennung zu verzichten. Die linke Minderheit hatte argumentiert, ihre Version folge Richtlinien der Economiesuisse und es gelte, das Vertrauen der Bevölkerung in die Krankenkassen wieder zu stärken. Sie unterlag der bürgerlichen Mehrheit, welche gleiche Regeln wie bei den übrigen obligatorischen Sozialversicherungen schaffen wollte. Ein Minderheitsantrag Pezzatti (fdp, ZG) war erfolgreich, der im Falle besonderer Überprüfungen durch die externe Revisionsstelle die Kosten nur dann der geprüften Kasse anlasten will, falls ein Verdacht auf schwere Mängel besteht. Bei der Kontrolle durch von der Aufsichtsbehörde herangezogene Dritte gewann die Kommissionsmehrheit gegen eine Minderheit Carobbio (sp, TI) mit ähnlichem Resultat: Die Kosten sollen den Kassen nur dann angelastet werden können, wenn tatsächlich Unregelmässigkeiten festgestellt werden. Die Minderheit wollte angesichts der Unsicherheit über zukünftige Entwicklungen keine abschliessende Aufzählung der Fälle, in denen diese Möglichkeit besteht, die Mehrheit dagegen argumentierte mit Klarheit und Rechtssicherheit. Seiner Kommissionsmehrheit gegen eine Minderheit Steiert (sp,

FR) folgend, beschloss der Nationalrat auch, im Gesetz die möglichen sichernden Massnahmen, welche die Aufsichtsbehörde gegen die Kassen verfügen kann, abschliessend aufzuzählen. Zudem sollten diese nur bei schwerwiegenden Verletzungen der Bestimmungen des KVAG oder des KVG anwendbar sein und vom BAG formell verfügt werden. In der Gesamtabstimmung sprachen sich alle Fraktionen bis auf jene der SVP geschlossen für das neue Gesetz aus. Durch die SVP-Fraktion zog sich ein Röstigraben: Während die Deutschschweizer Mitglieder sich gegen das neue Gesetz aussprachen, stimmten alle welschen und Tessiner Mitglieder dafür oder enthielten sich ihrer Stimme. Es resultierten 139 Stimmen für und 40 gegen das neue Gesetz (8 Enthaltungen).

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

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

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

Somit erübrigte sich eine Einigungskonferenz, vor der diverse Voten bereits gewarnt hatten, und die Räte schritten am 26. September zur Schlussabstimmung. Im Nationalrat wurde das neue Gesetz mit 139 zu 51 Stimmen bei 8 Enthaltungen angenommen. Die Gegenstimmen kamen aus der SVP-Fraktion, wobei sich wiederum 4 Mitglieder für das Gesetz aussprachen und 3 der Stimme enthielten. Im Ständerat sprachen sich 41 Mitglieder für und 4 gegen das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz aus, wobei sich kein Ständeratsmitglied der Stimme enthielt. Die bis zum 15. Januar 2015 laufende Referendumsfrist verstrich ungenutzt.⁵

POSTULAT
DATUM: 11.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2017 reichte Thomas de Courten (svp, BL) ein Postulat ein, gemäss dem der Bundesrat **Massnahmen zur Senkung der Prämienlast in der obligatorischen Krankenversicherung** prüfen soll. Dazu soll der Bundesrat Bericht erstatten, wie der Ärztetarif Tarmed durch eine ärztliche Rechnungsstellung in Form eines einfachen Stundentarifs ersetzt werden könne. Gemäss dem Postulanten diene Tarmed nur der Bürokratie, zudem erhöhe die vorgeschlagene Massnahme die Nachvollziehbarkeit der Rechnungen sowie die Möglichkeit zur Kontrolle der Ärzte. Der Bundesrat entgegnete, dass es den Tarifpartnern freistehe, einen Zeittarif zur Genehmigung einzureichen. Die Beschränkung auf eine bestimmte Tarifform hingegen erachte er als zu starken Eingriff in die Tarifautonomie. Da dies den Tarifpartnern die Einigung bei Tariffragen auch nicht erleichtern würde, empfahl der Bundesrat das Postulat zur Ablehnung.

Vor seiner ersten Behandlung in der Herbstsession 2017 hatte de Courten der Abschreibung des Postulats eigentlich bereits zugestimmt, diese wurde jedoch dadurch verhindert, dass Matthias Samuel Jauslin (fdp, AG) das Postulat im Nationalrat bekämpfte. Somit wurde in der Wintersession 2017 eine Diskussion nötig. In dieser unterstützte Jauslin den Postulanten und erklärte, dass eine „radikale Trendwende“ im Gesundheitssystem nötig sei und durch Annahme dieses Postulates ermöglicht werde. Mit Blick auf die in der Verfassung garantierte Wirtschaftsfreiheit und das Kartellgesetz

könne es nicht sein, dass die Versicherer und Leistungserbringer Tarifabsprachen trafen. Vielmehr müsse man mutig sein und auf einen freien Wettbewerb bei den Gesundheitskosten setzen. Diesem Aufruf folgte der Nationalrat mit 106 zu 72 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) und überwies das Postulat. Dabei schloss sich ein Grossteil der CVP- und eine Minderheit der BDP-Fraktion den befürwortenden SVP- und FDP-Fraktionen an.⁶

MOTION

DATUM: 07.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Prisca Birrer-Heimo (sp, LU; 17.3956) und Pascale Bruderer Wyss (sp, AG; 17.3964) beabsichtigten in zwei in beiden Räten eingereichten Motionen, das KVG um einen Absatz zu ergänzen, wonach der Bundesrat die Entschädigung der Vermittlertätigkeit regeln kann und dadurch **unverhältnismässige Ausgaben für Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung** verhindern soll. Die Motionärinnen riefen in Erinnerung, dass der Bundesrat bereits 2012 eine entsprechende Regelung vorgesehen habe, diese jedoch «mit Verweis auf die Selbstregulierung der Branche gestrichen» worden sei. Diese Selbstregulierung sahen die Motionärinnen allerdings aufgrund eines Kassensturzberichts als nicht gegeben. Dieser habe ihrer Ansicht nach aufgezeigt, dass die Vermittlerprovisionen deutlich höher lägen als die von der Branche vereinbarten Beträge, Abschlüsse der OKP und der Zusatzversicherungen vermischt würden und diesbezüglich keine Transparenz bestehe. Dies sei problematisch, da bei der OKP Aufnahmepflicht herrsche und die Leistungen der Versicherer übereinstimmen. Dadurch würden «Vermittlerprovisionen finanzielle Fehlanreize» generieren, was womöglich zu einer Risikoselektion oder zur Vermittlung unnötiger Zusatzversicherungen führen könne. Es bedürfe daher der Transparenz darüber, welche Provisionen über die OKP abgewickelt würden. Der Bundesrat pflichtete der Ansicht der Motionärinnen bei, wonach das gesetzte Ziel allein durch Selbstregulierung nicht erreicht worden sei, und beantragte die beiden Motionen zur Annahme.

Der Ständerat behandelte in der Wintersession 2017 einen Ordnungsantrag Kuprecht (svp, SZ), der die Motion von Bruderer Wyss der SGK-SR zur Vorprüfung zuweisen wollte. Kuprecht betonte, dass Provisionszahlungen in der OKP nicht akzeptabel seien, die Problematik aber sehr komplex sei. Deshalb solle sich die Kommission des Themas annehmen. Dem stimmte die Motionärin zu und empfahl Annahme des Ordnungsantrags – was die kleine Kammer in der Folge tat.

Da die Nationalräte Thomas de Courten (svp, BL) und Matthias Samuel Jauslin (fdp, AG) den Vorstoss von Birrer-Heimo Ende 2017 bekämpft hatten, gelangte dieser in der Frühjahrsession 2018 in den Nationalrat. Dort erklärte Jauslin, dass die Krankenkassenprämien nicht wegen der Vermittlerprovisionen stiegen, sondern wegen zahlreicher anderer Gründe. Die Vermittlerprovisionen würden mit Geldern der Zusatzversicherungen bezahlt. Ein solcher «Empörungsvorstoss» sei gemäss de Courten unnötig. Diese Betitelung ihrer Motion wies Birrer-Heimo entschieden zurück und verwies auf die Schreiben mehrerer Versicherungsgesellschaften, die ihr Ansinnen unterstützten – wenn auch unter Bevorzugung eines anderen Lösungsvorschlags. Knapp entschied sich der Nationalrat mit 94 zu 91 Stimmen bei einer Enthaltung für Annahme der Motion. Das Zünglein an der Waage spielte eine Minderheit der SVP-Fraktion, die sich für die Vorlage aussprach, wodurch die geschlossen stimmende FDP.Libérale-Fraktion und grosse Teile der BDP- und SVP-Fraktionen von den übrigen Fraktionen überstimmt wurden. Im Oktober 2018 zog Bruderer Wyss ihre im Ständerat eingereichte Motion zurück.⁷

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 14.11.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2018 reichte Philippe Nantermod (fdp, VS) zwei parlamentarische Initiativen für eine Förderung der Nutzung von höheren Franchisen ein (Pa.lv. 18.484 und Pa.lv. 18.486). Mit Letzterer wollte er **höhere Franchisen für alle zugänglich machen** und entsprechend die Klausel im KVG, welche die Versicherung von Kostenbeteiligungen verbietet, streichen. Franchisen sollen entsprechend versichert und somit auch von Personen mit niedrigen Einkommen gewählt werden können. Mit 12 zu 12 Stimmen bei Stichentscheid von Kommissionspräsident de Courten (svp, BL) gab die SGK-NR der Initiative Folge.⁸

MOTION
DATUM: 12.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019, also noch bevor EFAS zum ersten Mal vom Parlament behandelt worden war, reichte die SGK-NR mit 11 zu 11 Stimmen und Stichtscheid ihres Präsidenten Thomas de Courten (svp, BL) eine Motion ein, mit der sie den Bundesrat mit dem **Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen** beauftragen wollte, sobald die notwendigen Grundlagen, die zur Zeit im Rahmen eines Postulats (Po. 19.3002) erarbeitet werden, vorhanden seien. Der Bundesrat erklärte, er begrüsse den Einbezug der Pflegeleistungen in EFAS, da dies einer zentralen Forderung der Kantone entspreche, und empfahl die Motion zur Annahme. In der Wintersession 2019 debattierte der Nationalrat über die Motion. Mit dieser könne man verbindlich zeigen, dass man bereit sei, die Langzeitpflege in EFAS aufzunehmen, verdeutlichte Regine Sauter (fdp, ZH) die Kommissionsposition. Barbara Gysi (sp, SG) vertrat die Kommissionsminderheit aus Mitgliedern der SVP und der SP. Diese wehrte sich dagegen, die Kantone den Takt bezüglich EFAS vorgeben zu lassen, und wollte eine fixe Zustimmung zum Einbezug der Langzeitpflege vor Vorliegen der entsprechenden Grundlagen verhindern. Mit 70 zu 109 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat bei einstimmiger Ablehnung durch die SP- und die Grünen-Fraktion sowie grossmehrheitlicher Ablehnung durch die SVP-Fraktion gegen die Motion aus.⁹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2020 debattierte der **Nationalrat das von der SGK-NR geschaffene Paket 1a**, das eine Hälfte des bundesrätlichen **Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** beinhaltete. Die Grundsatzdebatte begann mit einem Nichteintretensantrag de Courten (svp, BL). Dass die Kosten im Gesundheitswesen mit dieser Vorlage gesenkt werden könnten, sei Wunschdenken, damit würden nur die vergangenen Fehler wiederholt, kritisierte der Minderheitensprecher den bundesrätlichen Vorschlag. Es brauche nicht mehr, sondern weniger Regulierung und Bürokratie. Das aktuelle Projekt solle gestoppt werden, um «den Weg für einen neuen Anlauf frei zu machen». Mit 139 zu 52 Stimmen – einzig die SVP sprach sich für Nichteintreten aus – lehnte der Rat diesen Antrag jedoch ab.

In der Folge lagen sowohl von Seiten der Kommissionsmehrheit als auch von linken und rechten Kommissionsminderheiten zahlreiche Änderungsanträge gegenüber der Version des Bundesrates vor.

Zuerst behandelte der Nationalrat das Thema der **Rechnungsstellung** und somit konkret die Frage, wer im Tiers payant den Versicherten die Rechnung zustellen muss. Einig war man sich, dass es wichtig sei, dass die Versicherten ihre Rechnungen kontrollieren könnten; bisher seien ihnen die Rechnungen nicht konsequent genug zugeschickt worden, war der Tenor. Der Bundesrat wollte die Zustellungspflicht bei den Leistungserbringenden belassen, die Pflicht aber neu mit Sanktionsmöglichkeiten im Gesetz festschreiben. Die Kommissionsmehrheit wollte diese Pflicht auf die Versicherungen übertragen, während zwei Minderheiten de Courten hier keinen Rechtsetzungsbedarf sahen respektive festhalten wollten, dass eine Übermittlung durch die Leistungserbringenden auch elektronisch erfolgen könne. Deutlich sprach sich die grosse Kammer für den Mehrheitsantrag der SGK-NR aus. Ebenfalls die Frage der Rechnungskontrolle betraf der Minderheitsantrag Wasserfallen (sp, BE), wonach eine vom Bund finanziell unterstützte Patientenschutzorganisation geschaffen werden sollte, welcher die Patientinnen und Patienten ihre Rechnungen zur Kontrolle vorlegen könnten. Zur Verdeutlichung der Notwendigkeit dieser Massnahme zählte Flavia Wasserfallen verschiedene Fälle auf, in denen Leistungen verrechnet wurden, die gar nie getätigt worden waren. Die Schaffung einer dritten Partei bei der Rechnungskontrolle sei jedoch aufwändig und kostspielig, lehnte Ruth Humbel (cyp, AG) den Vorschlag im Namen der Kommission ab. Dennoch entschied sich der Nationalrat mit 96 zu 92 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) für die Schaffung einer entsprechenden Patientenorganisation.

Die zweite grosse Frage betraf die **Behandlungstarife**. Mussten bisher nur Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen, wollte der Bundesrat diese Anforderung auch auf ambulante Behandlungen ausdehnen, wobei er jedoch Ausnahmen vorsehen konnte wollte. Die Wirkung dieser Ausnahmen bezweifelte eine weitere Minderheit de Courten, deren Sprecher betonte, dass dadurch bestehende entsprechende Bestrebungen der Tarifpartner zur Suche von geeigneten Pauschalen nicht mehr fortgesetzt werden könnten. Mit 131 zu 58 Stimmen teilte die grosse Kammer die Sorge der Minderheit nicht und lehnte deren Antrag ab. Deutlich umstrittener war der Vorschlag des Bundesrates für eine Organisation zur Erarbeitung und Pflege der Tarifstruktur bei ambulanten ärztlichen Behandlungen, ähnlich wie die Swiss DRG im stationären Bereich. Der Bundesrat wollte die Verbände der Leistungserbringenden und Versicherungen bei Vorgaben zu Form, Betrieb und Finanzierung mit der Schaffung einer entsprechenden

Organisation beauftragen und subsidiär selbst tätig werden, falls die Organisation nicht zustande käme oder nicht den gesetzlichen Grundlagen entspräche. Zudem sah er die Möglichkeit vor, die Schaffung einer Organisation auch von Verbänden zu anderen ambulanten Behandlungen – beispielsweise in der Chiropraktik oder der Physiotherapie – zu verlangen. Die Leistungserbringenden wären in der Folge verpflichtet, dieser Organisation unter Sanktionsandrohung die für den Betrieb nötigen Daten zu liefern; die Organisation müsste die Tarifstrukturen ihrerseits dem Bundesrat zur Genehmigung vorlegen. Zu diesem Konzept lagen zahlreiche Mehr- und Minderheitsanträge vor. Zum Beispiel sollten an der Schaffung der Organisation auch die Kantone beteiligt sein (Minderheit Prelicz-Huber; gp, ZH) respektive nicht die Verbände dafür zuständig sein, sondern wie bis anhin die Tarifpartner (Minderheit de Courten). Weiter wurden die Ausdehnung auf andere Bereiche, die Vorgaben zu Form, Betrieb und Finanzierung, die subsidiäre Kompetenz zur Schaffung der Organisation durch den Bundesrat sowie die Sanktionsmöglichkeiten von Kommissionsminderheiten bekämpft. Die Kommissionsmehrheit zeigte sich mit dem Vorschlag des Bundesrates mehrheitlich einverstanden, schlug aber vor, dass der Bundesrat erst eine Konsultation durchführe und seine Vorgaben bezüglich Form, Betrieb und Finanzierung der zu schaffenden Organisation erst anschliessend festsetze. Zudem sollten sowohl Leistungserbringende als auch Versicherungen zur Datenlieferung verpflichtet werden. Zwar setzte sich die bundesrätliche Version gegen sämtliche Minderheiten durch, zum Schluss folgte der Rat in letztgenannten Punkten jedoch deutlich der Kommissionsmehrheit.

Der dritte grosse Punkt betraf die Frage des Experimentierartikels: Dieser sollte inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzte Pilotprojekte mit Vorschlägen, die gegen einzelne Bestimmungen des KVG verstossen, ermöglichen und damit ein Testen alternativer Mechanismen zulassen. Der Bundesrat wollte diese Projekte auf bestimmte Bereiche beschränken, die Kommissionsmehrheit hingegen wollte einzig die Genehmigung des EDI voraussetzen. Verschiedene Minderheiten beabsichtigten, einzelne Anwendungsfelder zu streichen – beispielsweise Projekte zur Einschränkung der Arztwahl (Minderheit Gysi; sp, SG) – respektive neue Felder, wie Projekte zur Einholung von Zweitmeinungen (Minderheit Prelicz-Huber) zu erschliessen. Sie alle scheiterten an der Version des Bundesrates, die jedoch ihrerseits gegen die Kommissionsmehrheit mit 109 zu 88 Stimmen verlor. Somit wird der Anwendungsbereich des Experimentierartikels nicht eingeschränkt. Des Weiteren strich der Nationalrat auf Anraten der Mehrheit der SGK-NR die Verpflichtung der Versicherungen und Leistungserbringenden zur Teilnahme an solchen Projekten aus der bundesrätlichen Vorlage.

Mit 140 zu 48 Stimmen (bei 9 Enthaltungen) nahm der Nationalrat die veränderte Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Unzufrieden mit dem Projekt zeigten sich die SVP – sie lehnte das Bundesratsgeschäft mehrheitlich ab – sowie einzelne Mitglieder der SP und der Grünen, die sich der Stimme enthielten.¹⁰

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 19.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

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

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

Phase ohne Zulassungsregelung (zwischen Januar 2012 und Mitte 2013) aufgrund der Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten aus dem EU-Raum sehr stark gestiegenen Kosten und Prämien. Angesichts dessen sei der schlimmste Fall überhaupt einer ohne Massnahmen. Entsprechend solle man auch jegliche Rechtsunsicherheit bezüglich der Zulassung vermeiden. Mit 103 zu 56 Stimmen (bei 12 Enthaltungen) folgte der Nationalrat diesem Plädoyer. Eine Mehrheit der SVP- und die gesamte FDP.Liberale-Fraktion lehnten den Vorschlag der Einigungskonferenz ab oder enthielten sich der Stimme.

Im Ständerat ergriff zwei Tage später niemand das Wort, um den Minderheitsantrag zu bewerben: Mit 40 zu 3 Stimmen sprach sich die kleine Kammer für den Vorschlag der Einigungskonferenz aus. In den Schlussabstimmungen gab es anschliessend keine Überraschungen mehr: Mit 43 zu 2 Stimmen respektive 122 zu 74 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) nahm das Parlament die permanente Regelung zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten an.¹¹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 23.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

Hatte bei der Beratung des **Bundesgesetzes über die Datenweitergabe der Versicherungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** im Ständerat nur ein Änderungsantrag vorgelegen, standen in der **Nationalratsdebatte** in der Herbstsession 2020 deutlich mehr Aspekte der Vorlage zur Debatte. Die Mehrheit der SGK-NR wollte die Datenweitergabe der Krankenversicherungen an das BAG um eine Verpflichtung des Bundesamtes ergänzen, vorgängig den Zweck der Datenlieferung zu nennen. Zudem sollte die Datenlieferung nur einmal jährlich stattfinden. Eine Minderheit Heim (sp, SO) wehrte sich gegen beide Änderungen: Das BAG und die Versicherungen sollten die Häufigkeit und den Termin der Lieferung gemeinsam aushandeln können, argumentierte Barbara Gysi (sp, SG) für die Minderheit, da Bea Heim bei den Nationalratswahlen 2019 nicht mehr angetreten war. Der Zweck der Datenlieferung sei überdies im Gesetz bereits festgehalten, was die entsprechende Bestimmung überflüssig mache. Mit 107 zu 85 Stimmen bevorzugte der Rat dennoch die Kommissionsversion. Eine Minderheit Brand (svp, GR) forderte weiter, generell nur Aggregatdaten weiterzugeben und die Lieferung von Individualdaten nur ausnahmsweise, unter Wahrung der Verhältnismässigkeit und nach Anhörung der Versicherungen sowie auf Entscheid des Bundesrates zuzulassen. Der Bundesrat wäre zudem verpflichtet, vorher zu überprüfen, ob bereits Datenbestände Dritter bestünden. Zudem sollten keine Daten zur Evaluation des Risikoausgleichs und zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen bei den Arzneimitteln und MiGeL geliefert werden. Bei der Datenbeschaffung solle «möglichst grosse Zurückhaltung geübt werden», begründete Thomas de Courten (svp, BL) diesen Antrag. Mit 104 zu 87 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte der Rat diesbezüglich der Minderheit. Hatten die SGK-SR und der Ständerat die Kompetenz zur Bestimmung, welche individuellen Daten geliefert werden sollen, dem Bundesrat übertragen wollen, schlug nun eine weitere Minderheit Brand vor, die zu liefernden Individualdaten im Gesetz abschliessend zu definieren. Diesen Vorschlag lehnte der Nationalrat jedoch mit 115 zu 82 Stimmen ab. Unumstritten war hingegen der Vorschlag der Kommission, die anonymisierten Daten auch der Forschung und der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.¹²

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 28.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

Noch bevor die Räte den gemäss SGK-NR weniger umstrittenen Teil des ersten Massnahmenpakets zu Ende beraten hatten, behandelte der Nationalrat in der Sondersession im Oktober 2020 die übrigen Artikel des ersten Kostendämpfungspakets unter dem Namen **Paket 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Dazu gehörten die Massnahmen zur Steuerung der Kosten, das Beschwerderecht der Versicherer gegen Spitalplanungsentscheide sowie das Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel. Mit 17 zu 0 Stimmen bei 8 Enthaltungen hatte die SGK-NR ihren Entwurf, der gegenüber dem bundesrätlichen Vorschlag einige gewichtige Änderungen enthielt, zuvor angenommen. Eintreten war unbestritten.

Als ersten Hauptpunkt diskutierte der Nationalrat die Frage der Kostensteuerung, wobei Ruth Humbel (cvp, AG) und Philippe Nantermod (fdp, VS) die Kommissionsposition ausführlich darlegten: Eine knappe Kommissionsmehrheit unterstütze die Kostensteuerung generell. Diese lege fest, dass Tarifverträge entsprechend der Forderung der angenommenen Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.3305) Massnahmen zur Kostenkorrektur im Falle eines unvorhergesehenen Anstiegs der Gesundheitskosten enthalten müssen. Anstatt entsprechende Regeln vorzuschreiben, wie der Bundesrat

beabsichtigt hatte, setzte die Kommission jedoch auf degressive Tarife: Bei häufigerer Anwendung sollten die Tarife entsprechend sinken. Stattdessen folgte der Rat jedoch äusserst knapp mit 91 zu 90 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) einer Minderheit II Hess (bdp, BE), die vorschlug, die Kostensteuerungsmassnahmen aus dieser Vorlage zu streichen, zumal sie ein «Bestandteil des Zielkostensystems» seien, welches erst im zweiten Kostendämpfungspaket behandelt werden wird. Entsprechend solle diese Massnahme ins zweite Paket verschoben werden.

Der zweite Hauptpunkt der Vorlage stellte das Beschwerderecht der Krankenversicherungen und ihrer Verbände gegenüber Entscheidungen der Kantonsregierungen bezüglich der Spitalisten sowie bezüglich Preisfestsetzungen für Arzneimittel, wie die Kommissionsmehrheit den bundesrätlichen Vorschlag ergänzt hatte, dar. Eine Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) wehrte sich dagegen, dass «private Interessen eine Steuerung durch die politische Seite, durch die Kantone, aufheben» können sollen. Stattdessen soll die Kompetenz sowie die Entscheidbarkeit in den entsprechenden Fragen bei den Kantonen und damit bei der Politik verbleiben. Nur die Politik und das Volk hätten das Wohl der ganzen Bevölkerung im Blick, während die Versicherungen ihre Partikularinteressen verfolgten, argumentierte sie. Konsequenterweise müsse man sonst auch ein Beschwerderecht unter anderem für Patienten- und Patientinnenorganisationen oder für die Sozialpartner einrichten. Zudem könne die entsprechende Regelung zu einer Blockade und zu Rechtsunsicherheit führen. Dem widersprach unter anderem Thomas de Courten (svp, BL), der die Versicherungen im Gesundheitswesen als «Anwälte der Patientinnen und Patienten» bezeichnete und die Massnahme für nötig erachtete, damit ein Gleichgewicht in der Verhandlungsmacht sichergestellt und die alleinige Macht der Kantone gebrochen werden könne. Die Minderheit setzte sich mit 104 zu 75 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) respektive 94 zu 87 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) durch, der Nationalrat sprach sich somit gegen das Beschwerderecht der Krankenversicherungen aus. Die Stimmen für die Kommissionsmehrheit stammten von Mehrheiten der SVP-, FDP.Liberale- und Mitte-Fraktion.

Den dritten zentralen Aspekt stellte die Frage des Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel dar, das der Bundesrat einführen wollte. Mit einem Referenzpreissystem für Generika dürfte die OKP zukünftig nur noch denjenigen Preis für ein Arzneimittel vergüten, der in diesem Referenzpreissystem festgelegt worden war – ausser es ist das einzige für die Patientin oder den Patienten mögliche Arzneimittel, dann wird es unabhängig vom Preis vergütet. Die Kommissionsmehrheit lehnte nun die Schaffung eines solchen Systems ab. Hier gehe es um Fragen der Versorgungssicherheit und der Patientensicherheit (wie in diesem Bericht ausgeführt wird), erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Bei wechselnden Referenzpreisen bestehe die Gefahr, dass es zu nicht medizinisch begründeten Medikamentenwechseln komme, was zu abnehmender Therapietreue und sinkender Patientensicherheit und dadurch zu Folgekosten führen könne. Zudem könnten Firmen aufgrund des Preisdrucks darauf verzichten, ihre Produkte in der Schweiz anzubieten, wodurch die Abhängigkeit von den übrigen Lieferanten steige. Wie problematisch eine solche Abhängigkeit sei, habe sich im Rahmen der Corona-Krise gezeigt. Die Kommission wolle deshalb auf das Referenzpreissystem verzichten und stattdessen, beruhend auf einem Vorschlag von Curafutura, Pharmasuisse, Ärzte mit Patientenapotheke und Intergenerika die Generikapenetration erhöhen. Der Marktpreis solle daher jährlich statt alle drei Jahre überprüft und die Generikapreise gegenüber den Originalen um weitere fünf Prozent gesenkt werden. Zudem soll eine preisunabhängige Vertriebsmarge geschaffen werden, damit Ärztinnen, Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker nicht wie bisher mehr Geld verdienen, wenn sie teurere Medikamente verkaufen. Entsprechend habe man auch einstimmig die Motion 20.3936 eingereicht.

Eine Minderheit I Hess unterstützte hingegen das Referenzpreissystem des Bundesrates. Minderheitensprecher Hess argumentierte, seine Minderheit habe das bundesrätliche System etwas vereinfacht und abgeschwächt. So solle das Referenzpreissystem nur gelten, wenn mehr als zwei wirkstoffgleiche Medikamente auf dem Markt sind und ein Arzneimittel vom Bundesrat nicht als unverzichtbar festgelegt worden war. Mit einem eigenen Preis, also unabhängig vom Generika-Preis, sollten überdies Biosimilars, das sind Nachahmerpräparate, deren Wirkstoffe nicht mit denjenigen der Originale identisch sind, ins Preissystem aufgenommen werden, da diese gemäss dem revidierten Heilmittelgesetz nicht mit Generika gleichgesetzt werden können. Mit diesem Modell, das er als Referenzpreissystem «light» bezeichnete, könne das grösstmögliche Sparvolumen erreicht werden, argumentierte der Minderheitensprecher.

Eine Minderheit II Porchet (gp, VD) wollte überdies das Substitutionsrecht für

Apothekerinnen und Apotheker stärken. Diese sollten zukünftig bei neuen Behandlungen eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgeben müssen, sofern dies aus medizinischer und pharmazeutischer Sicht möglich ist.

Mit 114 zu 65 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) lehnte der Nationalrat die Einführung des Referenzpreissystems light ab. Interessant ist dabei, dass sich die Positionen der SP und der Grünen in dieser Frage deutlich unterschieden, was in Gesundheitsfragen nur selten der Fall ist: Während die SP die Einführung eines Referenzpreissystems zusammen mit der Mehrheit der Mitte-Fraktion unterstützte, sprachen sich die Grünen mit der GLP-Fraktion, der Mehrheit der SVP-, der FDP.Liberalen- und der Minderheit der Mitte-Fraktion dagegen aus. Abgelehnt wurden auch die Anträge auf eine Sonderbehandlung der Biosimilars (103 zu 75 Stimmen bei 7 Enthaltungen) sowie der Antrag der Minderheit II Porchet (108 zu 77 Stimmen). In letzterer Frage standen SP und Grüne zusammen mit den Grünliberalen wieder gemeinsam auf der Seite der Minderheit.

Im Rahmen dieser drei Hauptthemen behandelte der Nationalrat auch weitere Detailfragen, so zum Beispiel die Frage der verhandelten Rabatte. Als «Tabubruch» und als «absolutes No-Go» bezeichnete Barbara Gysi (sp, SG) den Vorschlag der SGK-NR, wonach maximal 25 Prozent der Einsparungen durch zwischen Tarifpartnern und Leistungserbringenden ausgehandelten tieferen Preisen und Tarifen den Versicherungen zur freien Verfügung stehen sollten, dass sie gemäss Gysi also «in die Taschen der Versicherer fließen» sollten. Bisher mussten die entsprechenden Einsparungen vollumfänglich den Versicherten zugute kommen. «Braucht es denn wirklich dieses sogenannte Incentive [...], damit die Krankenversicherer ihre Arbeit tun, nämlich günstige Preise aushandeln?», fragte Gysi rhetorisch. Entsprechend beantragte ihre Minderheit die Streichung des Artikels, zumal dieser gemäss Flavia Wasserfallen (sp, BE) auch ohne seriöse Abklärungen in die Kommission gelangt sei. Kommissionssprecherin Humbel führte aus, dass der Ständerat bei Annahme dieser Regelung noch prüfen müsse, ob dieser Artikel dem grundsätzlichen Gewinnverbot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Forderung in Art. 56 Abs. 3bis KVG, wonach alle nicht der Qualitätsverbesserung dienenden Vergünstigungen an die Versicherten weitergegeben müssen, widerspricht und was unter dem Ausdruck «zur freien Verfügung» genau verstanden werden soll. Thomas de Courten befürwortete schliesslich den Mehrheitsantrag; es sei der «Sinn dieser ganzen Debatte, dass wir die Kosten dämpfen und die Anreize entsprechend setzen». Mit 117 zu 67 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Kommissionsvorschlag aus.

Ausführlich legte schliesslich Thomas de Courten seinen Minderheitsantrag zu den Parallelimporten dar. Er wehrte sich darin gegen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit, patentabgelaufene Medikamente ohne Zulassungspflicht durch Swissmedic auf den Schweizer Markt zu bringen. Parallelimporte seien bereits heute erlaubt, dabei müssten aber dieselben Bedingungen eingehalten werden, die für alle anderen Medikamente auch gelten. Mit dem Vorschlag der Kommission könnten Zulassungsentscheide irgendwelcher anderen Länder zukünftig auch für die Schweiz gelten, ohne dass zum Beispiel die Good Manufacturing Practice der Schweiz im Herstellungsprozess beachtet werden müsste. Eine zusätzliche Prüfung durch Swissmedic sei nicht nötig, da man davon ausgehe, dass die ausländischen Zulassungsbehörden dieselben Qualitätsanforderungen stellten wie Swissmedic, begründete Kommissionssprecherin Humbel den Minderheitsantrag. Mit 128 zu 53 Stimmen folgte der Rat diesbezüglich jedoch der Mehrheit. Gehör fand das Anliegen von de Courten nur bei der Mehrheit der SVP-Fraktion und je einem Mitglied der FDP.Liberalen- und der Mitte-Fraktion.

In der Gesamtabstimmung nahm der Nationalrat seinen Entwurf schliesslich mit 130 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Die Gegenstimmen stammten von der SP-Fraktion sowie von der Mehrheit der Grünen-Fraktion.¹³

Nachdem der Nationalrat in der Sondersession 2020 bereits das Paket 1b behandelt hatte, machte er sich in der Wintersession 2020 an die Differenzbereinigung zum **Paket 1a des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Stillschweigend pflichtete er dem Zweitrat bei, dass bei einer entsprechenden Abmachung zwischen Versicherungen und Leistungserbringenden auch die Versicherung für die Übermittlung der Rechnungen zuständig sein kann. Alle übrigen Fragen waren hingegen umstritten.

Bei der Frage der Patientenpauschale waren sich National- und Ständerat zwar einig, dass Pauschalen auch bei ambulanten Behandlungen eingeführt werden sollen, entgegen dem Nationalrat hatte es der Ständerat aber abgelehnt, diese auf national

einheitliche Tarifstrukturen zu stellen. Die Mehrheit der SGK-NR wollte diesbezüglich an der bisherigen Position des Nationalrats festhalten, um so eine gleiche Tarifierung von medizinischen Leistungen bei ambulanten oder stationären Behandlungen zu erleichtern, wie Ruth Humbel (cvp, AG) und Pierre-Yves Maillard (sp, VD) für die Kommission erklärten. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) beantragte, dem Ständerat zuzustimmen, um die pauschale Leistungsabgeltung im ambulanten Bereich nicht zu verkomplizieren. Umstritten war überdies die Frage, ob der Bundesrat gewisse Pauschaltarife von der Pflicht der einheitlichen Tarifstruktur ausnehmen können sollte, wie eine Minderheit Gysi (sp, SG) weiterhin forderte, während die Kommissionsmehrheit darauf verzichten wollte. In beiden Fragen folgte der Rat der Kommissionsmehrheit (mit 134 zu 51 Stimmen bei 2 Enthaltungen und 119 zu 70 Stimmen).

Auch die Organisation der Tarifstrukturen war weiterhin umstritten. Zwar pflichtete der Nationalrat dem Ständerat bei, dass der Bundesrat nur dann in die Organisation der Tarifstrukturen eingreifen können sollte, wenn keine solche bestehe oder sie nicht den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Auch für den Fall, dass sich Leistungserbringende und Versicherungen nicht einigen können, sollte der Bundesrat eingreifen können; hier wollten ihn Ständerat und eine Minderheit de Courten jedoch dazu verpflichten, die Tarifautonomie der Tarifpartner wahren zu müssen. Hier gehe es ja gerade um diejenigen Fälle, bei denen sich die Tarifpartner nicht einigen könnten, betonten die Kommissionsprechenden, entsprechend mache es keinen Sinn, hier die Tarifautonomie zu wahren. Mit 136 zu 51 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte der Rat der Kommissionsmehrheit und lehnte die Wahrung der Tarifautonomie gegen die geschlossen stimmende SVP-Fraktion ab.

In der ersten Behandlungsrunde hatte der Nationalrat dem Entwurf eine Regelung für finanzielle Unterstützung von Organisationen und Patientenstellen, welche den Individuen bei der Rechnungskontrolle helfen, beigefügt; der Ständerat hatte diese jedoch wieder gestrichen. Nun beabsichtigte die SGK-NR, auf die entsprechende Unterstützung zu verzichten; stattdessen sollen sich die Tarifpartner auf eine einfache, verständliche Rechnungsstellung einigen, betonte Humbel. Eine Minderheit Gysi wollte hingegen an der ursprünglichen Formulierung festhalten, während eine Minderheit Mäder (glp, ZH) eine Präzisierung vorschlug: Nur Organisationen, welche «statutengemäss und organisatorisch unabhängig» sind, sollten subsidiär unterstützt werden. Deutlich (mit 108 zu 83 Stimmen) entschied sich der Nationalrat gegen die finanzielle Unterstützung, nachdem sich der Minderheitsantrag Gysi zuvor knapp mit 96 zu 95 Stimmen gegen den Minderheitsantrag Mäder durchgesetzt hatte.

Zum Schluss blieb noch die Frage der Pilotprojekte, wo vor allem umstritten war, in welchen Bereichen und zu welchem Zweck solche Projekte möglich sein sollten. Ruth Humbel erklärte, dass der Ständerat den Artikel offener gefasst hatte als der Bundesrat und der Nationalrat, dadurch aber das Legalitätsprinzip und die Verfassungsmässigkeit verletzt habe, wie ein entsprechender Bericht des BJ gezeigt habe. Der Vorschlag der Kommissionsmehrheit, welcher die betroffenen Bereiche ausdrücklich und ausführlich auflistete, entspreche nun einer der vom BJ vorgeschlagenen Möglichkeiten. Eine Minderheit de Courten beantragte hingegen eine möglichst schlanke Formulierung, die jedoch die Rechte der Versicherten ausdrücklich wahren sollte. Eine Minderheit Weichert-Picard (al, ZG) wollte auf Pilotprojekte zur Übernahme von Leistungen im Ausland verzichten, weil ältere und kranke Personen nicht einfach ins Ausland abgeschoben werden sollten, wie die Minderheitensprecherin betonte. Wie bereits in der ersten nationalrätlichen Behandlung erneut auf Ablehnung einer Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) stiess die Möglichkeit, Projekte zur Einschränkung der freien Arztwahl zu schaffen, während eine Minderheit Moret (fdp, VD) auch Projekte zur Entschädigung von innovativen und neuen Behandlungsansätzen in die Liste aufnehmen wollte. Deutlich folgte der Rat gegenüber allen Minderheiten dem Mehrheitsantrag.¹⁴

1) BRG 12.092: BBl, 2012, S. 9439 ff., 9453 ff.; AB NR, 2013, S. 64 ff., 962 ff., 1047, 1213; AB SR, 2013, S. 127 ff., 415 ff., 558 ff., 601, 649; AS, 2013, S. 2065 ff. (Erlasstext)

2) BBl 2019, S. 8015 ff.

3) AB NR, 2018, S. 427 ff.; AB NR, 2018, S. 438 ff.; AB NR, 2018, S. 502 ff.; LZ, NZZ, TA, 16.3.18

4) AB NR, 2013, S. 65 ff.

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

6) AB NR, 2017, S. 1689; AB NR, 2017, S. 2051 f.

7) AB NR, 2017, S. 2187; AB NR, 2018, S. 268 f.; AB SR, 2017, S. 810 f.

8) Medienmitteilung SGK-NR vom 15.11.19

9) AB NR, 2019, S. 2218 f.

10) AB NR, 2020, S. 1075 ff.; AB NR, 2020, S. 754 ff.

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

12) AB NR, 2020, S. 1780 ff.

13) AB NR, 2020, S. 1994 ff.; AB NR, 2020, S. 1998 ff.

14) AB NR, 2020, S. 2511 ff.