

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Krankenversicherung
Akteure	Brand, Heinz (svp/udc, GR) NR/CN, Ruiz, Rebecca (sp/ps, VD) 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

Bühlmann, Marc
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Bühlmann, Marc; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Krankenversicherung, 2016 – 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Grundlagen der Staatsordnung	1
Institutionen und Volksrechte	1
Parlamentsmandat	1
Sozialpolitik	2
Sozialversicherungen	2
Krankenversicherung	2

Abkürzungsverzeichnis

SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BFS	Bundesamt für Statistik
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
EL	Ergänzungsleistungen
GRECO	Staatengruppe gegen Korruption
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
KVAG	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
KVAV	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung

CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
DFI	Département fédéral de l'intérieur
TAF	Tribunal administratif fédéral
PC	Prestations complémentaires
GRECO	Group d'états contre la corruption
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
LSAMal	Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
OSAMal	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale

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.¹

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

Die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit der beiden Räte behandelten im Jahr 2016 eine parlamentarische Initiative Borer (svp, SO) zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**, die von Nationalrat Brand (svp, GR) übernommen worden war. Der Vorstoss verlangte, die minimale Vertragsdauer für besondere Versicherungsmodelle in der Krankenversicherung, wie solche mit Wahlfranchise oder einer Einschränkung der Arztwahl, von einem auf drei Jahre zu erhöhen. Entsprechende Modelle werden von den Versicherten gewählt, da sie mit tieferen Prämien einher gehen. Allzu oft komme es jedoch vor, so war in der Begründung des Vorstosses zu lesen, dass Versicherte im Vorfeld geplanter medizinischer Eingriffe oder nach einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes aus den entsprechenden Modellen in das Grundmodell mit der ordentlichen Franchise von CHF 300 wechseln, wo die eigene Beteiligung an den Kosten tiefer ist. Dieses opportunistische Verhalten solle unterbunden werden. Als positiver Nebeneffekt ergebe sich eine administrative Vereinfachung, und die Wahlfreiheit der Versicherten bleibe erhalten. Im Grundmodell sollen weiterhin Verträge von einem halben oder einem Jahr Laufzeit möglich sein. Im Juni 2016 gab die nationalrätliche Kommission für Gesundheit und Soziales dem Anliegen mit 17 zu 7 Stimmen Folge. Im August entschied die ständerätliche Schwesterkommission mit 8 zu 4 Stimmen ebenfalls für Folge geben. Damit ging der Auftrag an die SGK-NR, einen Erlassentwurf auszuarbeiten.²

Im April 2017 beriet die SGK-NR einen Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) (übernommen von Brand (svp, GR)) zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**, gemäss welchem eine Wahlfranchise während dreier Jahre nicht gewechselt werden kann. Dadurch sollen kurzfristige Wechsel zur Grundfranchise bei bekannten anstehenden medizinischen Eingriffen verhindert und die Administrationskosten gesenkt werden. Ein Krankenkassenwechsel der Versicherer wäre unter Beibehaltung der Franchise weiterhin möglich. Die Kommission stimmte dem Vorentwurf mit 17 zu 6 Stimmen zu, eine Minderheit lehnte ihn ab, da dadurch Personen mit chronischen Erkrankungen schlechtergestellt würden. Zudem könnten den Versicherten so durch gesundheitliche oder finanzielle Schwierigkeiten grosse Probleme entstehen.

Im September 2017 schickte die SGK-NR den Vorentwurf in die Vernehmlassung. Dort stiess er bei der SVP, BDP und CVP, sechs Kantonen (AI, BL, NW, SG, UR, ZG), dem Gewerbeverband sowie einzelnen Leistungserbringern und Versicherern auf Zustimmung. Die FDP und GLP sowie vier Kantone (AG, GR, JU, ZH) stimmten zwar mehrheitlich zu, brachten aber auch Vorbehalte an. Die Befürworter lobten, dass die Vorlage die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken stärke und zur Kostensenkung beitrage. Sie brachten jedoch

PARLAMETARISCHE INITIATIVE
DATUM: 22.06.2016
FLAVIA CARONI

PARLAMETARISCHE INITIATIVE
DATUM: 07.04.2017
ANJA HEIDELBERGER

verschiedene Verbesserungsvorschläge ein: die Beibehaltung von einjährigen Wahlfranchisen mit Option auf mehrjährige Verträge; eine zwei- anstatt dreijährige Mindestdauer der Franchisen; eine jährliche Möglichkeit, in höhere Franchisen zu wechseln sowie eine vorgängige Analyse der Auswirkungen eines solchen Systemwechsels. Trotz ihrer Zustimmung äusserten sie Zweifel, ob durch diese Änderung wirklich ein Effekt der Kostendämpfung beobachtet werden könne. Womöglich würden dadurch mehr Personen die Grundfranchise wählen und sich in der Folge weniger kostenbewusst verhalten. Allenfalls würden die Versicherten dadurch auch mehr Sozialhilfe oder Prämienverbilligungen benötigen, wodurch die Kosten für die Kantone stiegen.

Elf Kantone (AR, BE, FR, GE, GL, NE, OW, SO, TG, TI, VD), die SP, die Grünen sowie zahlreiche Wirtschaftsverbände, Leistungserbringer, Versicherer, Konsumentenvertreter und andere Interessierte lehnten den Entwurf ab. Entweder bezweifelten sie die positive Wirkung der Vorlage auf die Selbstverantwortung der Versicherten, auf die Kosten oder auf den Aufwand für die Versicherer oder sie kritisierten die Einschränkungen der Wahlfreiheit der Versicherten und deren bereits sehr hohe Selbstbeteiligung.

Im April 2018 entschied die SGK-NR mit 11 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen, die Vorlage mit einer kleinen Änderung zu überweisen.³

MOTION
DATUM: 29.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Eine Motion Brand (svp, GR) beabsichtigte, **Phantome aus dem Risikoausgleich zu entfernen**. Demnach sollte der Bundesrat das KVG dahingehend ändern, dass Personen, die ohne korrekte Abmeldung abreisen oder umziehen und trotz verschiedener definierter Kontaktversuche nicht mehr erreicht werden können, vom Risikoausgleich ausgenommen werden. Denn solange keine Abmeldung vorliegt, können die Gemeinden den Krankenversicherern die Austrittsbescheinigung und damit das Ende der Versicherungspflicht nicht melden, wodurch die obligatorische Krankenversicherung weiterbesteht. Damit diese Personen aus den Listen gestrichen werden können, müssen sie zuerst für tot erklärt werden. Da dies nur selten geschieht, wachsen die Listen an. Dies sei gemäss dem Motionär insbesondere problematisch, weil diese Personen weiterhin im Risikoausgleich aufgeführt werden und die Krankenversicherer entsprechend Beiträge leisten müssen, ohne Prämien oder Entschädigungen durch die Kantone für nicht bezahlte Prämien einfordern zu können. Diskussionslos nahm der Nationalrat diese Motion in der Herbstsession 2017 an.⁴

MOTION
DATUM: 11.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Eine Motion Brand (svp, GR) fordert den Bundesrat zum Erarbeiten eines „**Masterplans für eine bezahlbare Krankenversicherung 2030**“ auf, mit dessen Hilfe das Kostenwachstum bekämpft werden soll. Als Ziele und Schwerpunkte des Masterplans definierte der Motionär die Eindämmung der negativen Kostenentwicklung der OKP, die Realisierung von Effizienzgewinnen, die Vermeidung von Über-, Fehlversorgung und Mengenausweitungen, die Stärkung der Eigenverantwortung sowie die Behebung von Fehlanreizen durch die OKP. In seiner Antwort verwies der Bundesrat auf die Strategie Gesundheit 2020, welche die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik regle. Diese beinhalte teilweise bereits Massnahmen, die den Forderungen des Motionärs entsprächen. Zudem seien bereits zu einigen Forderungen der Motion konkrete Arbeiten aufgenommen worden (Projektion der Gesundheitsausgaben 2009–2060, Strategie zur Langzeitpflege (Po. 12.3604), Patientenrechte und -partizipation (Po. 12.3100, Po. 12.3124, Po. 12.3207)). Folglich sei ein zusätzlicher Masterplan nicht zielführend. Dennoch nahm der Nationalrat die Motion mit 129 zu 52 Stimmen (bei einer Enthaltung) gegen den Willen der SP- und der Grünen-Fraktion an.⁵

MOTION
DATUM: 26.02.2018
ANJA HEIDELBERGER

Heinz Brand (svp, SZ) beabsichtigte im September 2017, mit einer Motion eine **Innovationsbestimmung im KVG einzuführen**. Diese soll für alle Akteure offen sein und Pilotprojekte für die Durchsetzung von Massnahmen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ermöglichen. Konkret soll von einzelnen KVG-Bestimmungen gezielt abgesehen werden können, um alternative Mechanismen zu testen. Unbeeinflusst bleiben sollen jedoch die Leistungsansprüche der Versicherten und der Aufnahmezwang für die Versicherungen. Bereits vor Einführung des KVG hätte man mit einem Experimentierartikel gute Erfahrungen gemacht, erklärte der Motionär sein Anliegen. Anders als heute, wo vor allem Kantone die Möglichkeit zu ausserordentlichen Massnahmen hätten, sollten zukünftig alle Akteure Pilotprojekte anstossen können. Durch solche Projekte könnten die Folgen einzelner Änderungen untersucht, Hinweise auf ihre Tauglichkeit oder auf Umsetzungsprobleme gefunden und dringliche Reformen

vorbereitet werden. Diese Änderung war ganz im Sinne des Bundesrates: Aufgrund des Expertenberichts «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» würden Massnahmen zur Kostendämpfung ausgearbeitet, wozu auch eine Innovationsbestimmung zähle, erklärte er in seiner Stellungnahme. Daher empfahl er die Motion zur Annahme.

Um eine diskussionslose Annahme der Motion zu verhindern, bekämpfte Barbara Gysi (sp, SG) den Vorstoss im Dezember 2017. In der Nationalratsdebatte in der Frühjahrsession 2018 verdeutlichte der Motionär nochmals den Nutzen des Vorstosses: Da das Gesundheitswesen sehr stark reglementiert sei, sei ein Innovationsartikel nötig, um einzelne Änderungen in dieser komplexen Materie zu testen. Der Innovationsartikel stelle dabei die materiell-rechtliche gesetzliche Grundlage für Abweichungen vom geltenden Recht dar. Dabei sollten alle betroffenen Akteure nur freiwillig und bei reversiblen Projekten mitmachen. Man habe bereits im Asylbereich mit einem solchen Innovationsartikel gearbeitet. Barbara Gysi wies darauf hin, dass ein Innovationsartikel «nicht per se einfach nur etwas Gutes» sei. Pilotprojekte sollten nicht zu offen ausgelegt sein und keine Präjudize schaffen. Aufgeschreckt habe sie insbesondere die Formulierung in der Begründung der Motion bezüglich einer Lockerung des Vertragszwangs. Dies sei ein Anliegen der Versicherungslobby, welcher der Motionär als Präsident von Santésuisse angehöre. Keinesfalls dürfe aber die Solidarität untergraben werden; der Vertragszwang sei für die Bevölkerung sehr wichtig, erklärte sie mit Verweis auf die Managed-Care-Abstimmung weiter. Daher bat sie den Bundesrat darzulegen, in welchen Bereichen Pilotversuche möglich sein sollen. Gesundheitsminister Berset erklärte, dass sich der Bundesrat bei Annahme der Motion auf den Motionstext, nicht auf dessen Begründung stützen werde, was Gysi überzeugte: Sie bekämpfte die Vorlage in der Folge nicht mehr, so dass diese stillschweigend angenommen wurde.⁶

MOTION
DATUM: 15.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Januar 2018 folgte die SGK-SR dem Entschluss des Erstrats und empfahl die Motion Brand (svp, GR), die eine **Entfernung von Phantomen aus dem Risikoausgleich** zum Ziel hatte, mit 10 zu 0 Stimmen zur Annahme. Bei der Behandlung der Motion durch den Zweirat in der Frühjahrsession 2018 betonte Joachim Eder (fdp, ZG) für die Kommission noch einmal, dass nach unbekannt verzogene Personen ein Problem bei der Berechnung des Risikoausgleichs darstellen würden. Aus diesem Grund solle diese technische Änderung wie vom Motionär gewünscht vorgenommen werden. Diskussions- und oppositionslos schloss sich der Ständerat diesem Votum an. Damit liegt es nun am Bundesrat, eine Abfolge von Kontaktversuchen zu definieren, nach denen eine Person aus dem Risikoausgleichsbestand entfernt werden darf.⁷

MOTION
DATUM: 16.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2017 reichte Heinz Brand (svp, GR) eine Motion zur **Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsabrechnung nach Tarmed** für die Patienten ein. Da die Leistungserbringer die vom Bundesrat 2014 eingeführten Korrekturmassnahmen kompensiert hätten und dies auch für die neuen Tarife drohe, sollten die Datenlieferung und Rechnungsstellung der Leistungserbringer in Zukunft überprüfbar sein müssen. Nötig seien somit digitale Abrechnungen im Tiers payant – also bei direkter Bezahlung der Rechnungen der Leistungserbringer durch die Krankenversicherer –, klare Standards im Tiers garant – bei Bezahlung der Rechnungen durch die Versicherten und anschliessender Rückforderung der Beträge bei den Versicherern – und verständliche Rechenkopien an die Patienten. Durchgesetzt werden solle dies aus Sicht des Motionärs mittels Sanktionsmöglichkeiten, die bestenfalls gar nicht angewendet werden müssten. Der Bundesrat pflichtete dem Motionär bei, dass die Transparenz erhöht werden müsse, und empfahl die Motion zur Annahme. Das KVG enthalte zwar bereits Sanktionsmöglichkeiten, diese würden jedoch nicht zielführend umgesetzt. Daher habe eine Expertengruppe zur Kostendämpfung auch Massnahmen bei der Rechnungskontrolle vorgeschlagen. Bei der Prüfung dieser Massnahmen werde das EDI auch die Anliegen der Motion Brand aufnehmen. In der Frühjahrsession 2018 nahm der Nationalrat die Motion diskussionslos an.⁸

Im April 2018 schlug die Debatte um die **Franchisen** speziell hohe Wellen, nachdem die CEO der Krankenversicherung CSS, Philomena Colatrella, in einem Interview mit dem SonntagsBlick vorgeschlagen hatte, neben anderen Massnahmen auch eine Erhöhung der Mindestfranchise auf CHF 5'000 bis CHF 10'000 zu prüfen. Dadurch würden die Prämien stark sinken – gemäss ersten Schätzungen auf CHF 170 pro Monat und Person –, wodurch bei der Prämienverbilligung Gelder frei würden, um die sozial Schwächeren bei der Bezahlung der Kosten innerhalb der Franchise zu unterstützen. Dadurch würde die Eigenverantwortung gestärkt, wodurch wiederum die Gesundheitskosten sinken würden, erklärte Colatrella. Dieser Vorschlag sorgte bei zahlreichen Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitspolitik für Aufruhr: Eine solche Erhöhung könne sich kaum jemand leisten, war der Tenor. Für Patientenschützerin Susanne Hochuli würde dieser Vorschlag das Ende des heutigen Kassensystems darstellen, weil die Kosten der sozialen Abfederung nicht mehr durch die Prämiegelder bezahlt würden. Barbara Gysi (sp, SG) befürchtete eine zusätzliche Belastung der sozial Schwächeren und Heinz Brand (svp, GR) prognostizierte gar einen Volksaufstand. Neben der breiten Kritik wurden aber auch verständnisvolle Stimmen laut, die eine umfassende Diskussion über alternative Modelle forderten.

Gleichzeitig beschäftigte sich im Jahr 2018 auch die Politik ausführlich mit dem Thema der Franchisen. So wurden 2018 neun Geschäfte zu diesem Thema beraten. Der Nationalrat stimmte drei Motionen der FDP.Liberalen-Fraktion zu, gemäss denen die Franchisen zukünftig regelmässig angepasst werden (Mo. 16.3110) und die Maximal- (Mo. 16.3111) und Minimalfranchise (Mo. 16.3112) erhöht werden sollen. Gehör im Nationalrat fanden auch eine Motion Landolt (bdp, GL; Mo. 16.3084) zur Anpassung der ordentlichen Franchise der OKP von CHF 300 auf mindestens CHF 400 sowie eine parlamentarische Initiative Borer (svp, SO; Pa.lv. 15.468) für eine Verlängerung der Vertragsdauer bei besonderen Versicherungsformen wie Wahlfranchisen von einem auf drei Jahre. Einer Forderung der SGK-SR zur Beibehaltung der Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen (Mo. 17.3637) stimmte der Ständerat zu. Damit wollte er verhindern, dass der Bundesrat die Maximalrabatte der mittleren Franchisen anpasst, wie ein Bericht zuvor gefordert hatte. Einer ähnlichen Forderung bezüglich der Anzahl Franchisenstufen (Motion Weibel (glp, ZH; Mo. 15.4222)) stimmte die kleine Kammer ebenfalls zu. Lediglich eine Motion Stöckli (sp, BE; Mo. 17.3771) mit der gegensätzlichen Forderung, wonach der Maximalrabatt der Wahlfranchise über CHF 500 von 70 auf 80 Prozent hätte erhöht werden sollen, lehnte er ab. Die Botschaft für eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung (BRG 18.036) legte der Bundesrat ebenfalls 2018 vor: Damit soll das Verhältnis zwischen Franchisen und Bruttokosten für die OKP bei 1:12 fixiert werden; steigen die Kosten auf das Dreizehnfache der Franchise, müsste diese erhöht werden.⁹

Im Mai 2018 legte der Bundesrat dem Parlament die **Botschaft zur Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringenden** vor, welche die zeitlich begrenzte Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringenden ablösen soll. Die Vorlage will die Anforderungen an die Leistungserbringenden erhöhen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen steigern und den Kantonen ein Kontrollinstrument für das Leistungsangebot in die Hand geben. Aufgrund der Vernehmlassungsantworten hatte der Bundesrat in der Zwischenzeit einige Änderungen an der Vorlage vorgenommen: Neu sollen die Kantone für die Zulassungssteuerung und die Aufsicht über die Einhaltung der Auflagen zuständig sein, nicht mehr die Versicherer. Zudem wurde die zweijährige Wartefrist für die Leistungserbringenden vor Zulassung zur Leistungserbringung im Rahmen der OKP durch eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte ersetzt.

Im Sommer 2018 beriet die SGK-NR die Botschaft des Bundesrats und trat ohne Gegenstimme auf die Vorlage ein. Sie ersetzte insbesondere einige Kann- durch Muss-Bestimmungen und erweiterte den Geltungsbereich der Regelungen auf den ambulanten Spitalbereich. Ärztinnen und Ärzte sollen sich zur Zulassung zur OKP einer zertifizierten Gemeinschaft gemäss EPDG anschliessen müssen. Zudem soll ein Register über die ambulant tätigen Leistungserbringenden die Transparenz erhöhen. Die Kommission verabschiedete ihren Vorschlag mit 16 zu 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen.

In der Wintersession 2018 folgte die Erstbehandlung der Vorlage im **Nationalrat**. Ruth Humbel (cvp, AG) und Raymond Clottu (svp, NE) präsentierten sie dem Rat, der ohne Gegenantrag auf die Vorlage eintrat. Unbestritten waren die Änderungen der Kann-Formulierungen; erste Diskussionen gab es zur Frage, ob Leistungserbringende für die Zulassung zur OKP zwei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte und ein

Jahr an einem Spital mit Grundversorgung – wie es die Kommission wollte – oder drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte – wie es eine Minderheit Humbel vorschlug – gearbeitet haben müssen. Hier wurde diskutiert, ob es sinnvoller sei, dass frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte – häufig Spezialistinnen und Spezialisten – auch als Grundversorgende gut ausgebildet seien, oder ob es relevanter sei, dass sie länger in ihrem Spezialgebiet arbeiteten. Mit 170 zu 12 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) entschied sich der Rat in dieser Frage für die Minderheit und somit für eine stärkere Spezialisierung der Leistungserbringenden.

Besonders umstritten war die Frage, ob die Kantone die Möglichkeit erhalten sollen, den Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringenden aufzuheben, solange Unter- und Obergrenzen an Ärztinnen und Ärzten nicht erreicht werden. Diesen Vorschlag der Kommission lehnte eine Minderheit Ruiz (sp, VD) ab. Stattdessen wollte sie den Kantonen die Möglichkeit geben, andere Zulassungskriterien zu definieren. Der Rat folgte jedoch gegen den Widerstand der SP- und der Grünen-Fraktion sowie einzelner Mitglieder anderer Fraktionen mit 126 zu 57 Stimmen (bei einer Enthaltung) mehrheitlich der Kommissionsmehrheit. Ähnliche Lager zeigten sich auch bei der Frage, ob den Versicherern und den Versichererverbänden ein Beschwerderecht bezüglich Bandbreiten und Höchstzahlen zustehen soll oder nicht. Die Mehrheit des Nationalrats sprach sich mit 120 zu 59 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) für ein solches Beschwerderecht aus.

Schliesslich lösten auch die Übergangsbestimmungen lange Diskussionen aus. So war sich der Rat nicht einig, ob das Inkrafttreten des Gesetzes an die Inkraftsetzung der Änderung des KVG bezüglich EFAS geknüpft werden soll oder nicht. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) sprach sich gegen eine solche Koppelung aus, da EFAS sehr umstritten sei und die Änderung der Zulassungssteuerung aufgrund ihrer Wichtigkeit nicht aufgeschoben werden solle. Dass es zu einer solchen Verknüpfung gekommen sei, führte Gysi auf das Lobbying der Krankenversicherungen zurück. Obwohl auch der Gesundheitsminister den Nationalrat bat, auf eine Verknüpfung der beiden Themen zu verzichten, stimmte der Nationalrat mit 123 zu 53 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) im Sinne der Kommissionsmehrheit für eine Verknüpfung. Mit 128 zu 40 Stimmen bei 13 Enthaltungen nahm der Nationalrat die Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Die Nein-Stimmen stammten allesamt aus dem links-grünen Lager, jedoch entschieden sich zehn Parlamentarierinnen und Parlamentarier der SP sowie zwei der Grünen und einer der SVP, sich der Stimme zu enthalten.¹⁰

MOTION

DATUM: 15.06.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2018 reichte Heinz Brand (svp, GR) eine Motion zur **Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP** ein: Künftig sollen alle KVG-Tarifverträge zwingend ein Kosteneindämmelement beinhalten. Die Tarife sollen folglich nur noch genehmigt werden, wenn darin wirksame Massnahmen für automatische Kosteneinsparungen vorhanden sind. Um tariflose Zustände zu verhindern, soll beim Fehlen solcher Massnahmen die Genehmigungsbehörde den Tarif mit Kosteneindämmungsabzug festsetzen. Der Bundesrat begrüsst die Motion und empfahl sie zur Annahme: Das von ihm ebenfalls im März 2018 verabschiedete Kostendämpfungsprogramm, das im Herbst 2018 in die Vernehmlassung kommen werde, beinhalte Massnahmen zur Kostenkontrolle und zur Tarifregelung. Im Rahmen dieser Regelungen soll die Motion umgesetzt werden. In der Sommersession nahm der Nationalrat die Motion stillschweigend an.¹¹

VERWALTUNGSAKT

DATUM: 14.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2017 beauftragte der Bundesrat mit Bezug auf den Expertenbericht zu den kostendämpfenden Massnahmen für die OKP das EDI damit, neue Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der OKP vorzuschlagen und sich dabei an folgende Leitlinien zu halten: Alle Akteure sollen zur Dämpfung der Kosten beitragen und ihren Handlungsspielraum ausschöpfen, zudem soll die Transparenz durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten verbessert werden. Des Weiteren sollen Anreize zur Mengenausweitung korrigiert werden. Die Tarifpartnerschaft soll aufrechterhalten werden; sollte sie sich jedoch als ergebnislos erweisen, soll der Bund subsidiär eingreifen.

Im September 2018 schickte der Bundesrat das **erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** in die Vernehmlassung. Das lang erwartete Projekt, das zahlreiche angenommenen Vorstösse aufnimmt, soll Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken mit sich bringen. Konkrete Auswirkungen auf die vergüteten Preise sollen durch ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente, welches durch einen Preisabschlag oder ein Meldesystem die Verschreibung von Generika verstärken soll, durch die Schaffung einer paritätisch

zusammengesetzten nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich sowie durch die Schaffung von Patientenpauschaltarifen, also Pauschalen im ambulanten Bereich beruhend auf einer einheitlichen Tarifstruktur, erzielt werden. Auch weitere Massnahmen sollten kostenrelevant sein: die Schaffung eines Experimentierartikels, wie er von Heinz Brand (svp, SZ) gefordert worden war und der es ermöglichen soll, ausserhalb des KVG innovative, kostendämpfende Pilotprojekte thematisch, zeitlich und räumlich eingegrenzt zu testen; eine Verpflichtung der Leistungserbringenden und Versicherungen, Massnahmen zur Korrektur von ungerechtfertigtem Mengen- und Kostenwachstum vorzulegen; das Versenden von Rechnungskopien an die Versicherten zur Rechnungskontrolle sowie ein Beschwerderecht von Versichererverbänden bei Verfügungen der Kantone bezüglich Spitäler, mit dem eine Überversorgung verhindert werden sollte.¹²

MOTION
DATUM: 19.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2018 reichte die SGK-NR eine Motion zur **Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten** ein. Demnach soll eine Beschwerdelegitimation von Krankenversicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Zulassung von Spitälern zur Leistungserbringung gemäss OKP geschaffen werden. Ausgangspunkt des Anliegens war die in der Zwischenzeit zurückgezogene parlamentarische Initiative Brand (svp, GR; Pa. Iv. 17.460), welche die SGK-NR in eine Kommissionsmotion umgewandelt hatte. Die Kommission erklärte, dass das BVGer, nachdem es den Bundesrat als Beschwerdeinstanz gegen Entscheide zur Spital- und Pflegeheimplanung abgelöst hatte, auch dessen Praxis, die Krankenversicherer als Beschwerdeführer zuzulassen, geändert habe. Da aber eine Zunahme von Leistungserbringenden zu Mehrkosten für die Versicherer führe und Letztere als Vollzugsorgane der OKP über entsprechendes Fachwissen verfügten, solle ihnen durch die Einräumung der Beschwerdelegitimation eine Mitverantwortung für ein kostengünstiges Gesundheitswesen gegeben werden, führte die Kommission aus.

In der Herbstsession 2018 kritisierte Bea Heim (sp, SO) insbesondere, dass keine Vertreterinnen oder Vertreter der Kantone oder der GDK angehört worden seien. Der gesetzliche Auftrag für die Gesundheitsversorgung liege bei den Kantonen, ihre Lösungsvorschläge würden durch kantonale Abstimmungen legitimiert, führte sie aus. Wenn nun sechzig Krankenversicherer Einspruch dagegen einlegen könnten, blockiere dies das ganze System und gäbe den Versicherern zu viel Macht, ohne dass sie Verantwortung tragen müssten. Gesundheitsminister Berset erklärte, dass der Bundesrat ein Beschwerderecht für Krankenkassenverbände, nicht jedoch für einzelne Krankenkassen befürworte und dieses im Rahmen der Teilrevision des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung vorsehen werde. Dennoch nahm die grosse Kammer die Motion mit 120 zu 59 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) gegen den Widerstand der geschlossenen SP- und Grünen-Fraktionen sowie von einzelnen Mitgliedern der SVP- und CVP-Fraktionen an.¹³

MOTION
DATUM: 28.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Die **Digitalisierung im Gesundheitswesen** wollte Jürg Grossen (glp, BE) mit einer Motion fördern, indem die Leistungserbringenden den Krankenversicherern zukünftig **sämtliche Rechnungen elektronisch liefern** sollten. Bisher erhielten die Versicherer noch immer 30 Prozent der Rechnungen auf Papier, was Administrativkosten in Millionenhöhe verursache und die Rechnungskontrolle erschwere, erklärte Grossen. Eine elektronische Übermittlung solle auch im Tiers garant möglich sein, indem die Leistungserbringenden den Versicherten und den Versicherern eine elektronische Kopie der Rechnung schicken, welche die Versicherten aber erst freigeben müssten, bevor sie die Krankenversicherer bearbeiten können.

Der Bundesrat empfahl die Motion zur Annahme und erklärte wie bei den Motionen Buffat (svp, VD; Mo. 18.3513) und Brand (svp, GR; Mo. 17.4270), dass er nicht nur gescannte Versionen der Rechnung, sondern zusätzlich auch deren Übertragung durch eine strukturierte Plattform befürworte. Die elektronische Übermittlungspflicht dürfe aber nicht auf die Versicherten ausgedehnt werden. Diskussionslos und stillschweigend nahm der Nationalrat die Motion in der Herbstsession 2018 an.¹⁴

MOTION
DATUM: 28.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Rechnungen an die Krankenkassen im Rahmen des KVG sollen zukünftig **nur noch elektronisch** mit strukturierten und standardisierten Daten übermittelt werden – dies beabsichtigte Michaël Buffat (svp, VD) im Juni 2018 mit einer Motion zu erreichen. Durch die Übermittlung der Rechnungen in digitaler und standardisierter Form könnten Fehler reduziert werden, zudem erlaube dies eine schnellere Verarbeitung und eine genauere Überprüfung der Angaben. Dies bringe auch Vorteile für die Leistungserbringer, da weniger Rückfragen gestellt würden und die Zahlungen schneller erfolgten, sowie für die Prämien- und Steuerzahlenden, da die Prämien reduziert werden könnten. Der Bundesrat erklärte, dass er zwar das Anliegen unterstütze und daher diese Motion, genauso wie zuvor die Motionen Brand (svp, GR; Mo. 17.4270) und Grossen (glp, BE; Mo. 18.3664), zur Annahme empfehle, dass es aber wichtig sei, dass für die Versicherten keine Pflicht zur elektronischen Übermittlung der Rechnungen entstehe. Diskussionslos und stillschweigend nahm der Nationalrat die Motion in der Herbstsession 2018 an.¹⁵

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 26.11.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2018 nahm der Bundesrat zum Entwurf der SGK-NR im Rahmen der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) für eine **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG** Stellung. Er erklärte seine Unterstützung für den Minderheitsantrag Carobbio Guscelli (sp, TI) auf Nichteintreten, da das strategische Wechseln der Franchisen gemäss dem Bericht der SGK-NR nur in 0.17 Prozent der Fälle vorkomme und die Krankenversicherungen dadurch jährlich lediglich CHF 5 Mio. einsparen könnten. Diesem geringen Vorteil stünden jedoch zahlreiche Nachteile gegenüber, etwa eine Schwächung der Selbstverantwortung durch häufigere Wahl der Grundfranchise, Mehrkosten für EL und Sozialhilfe und somit auch für Kantone und Gemeinden sowie ein administrativer Mehraufwand für die Krankenversicherungen.

In der Wintersession 2018 behandelte der Nationalrat den Entwurf. Als Kommissionssprecher betonten Philippe Nantermod (fdp, VS) und Heinz Brand (svp, GR) noch einmal den Nutzen der Vorlage: Das opportunistische «Franchisenhüpfen» müsse gestoppt werden, auch wenn es sich dabei um ein untergeordnetes Problem handle. Barbara Gysi (sp, SG) kritisierte im Namen der Minderheit Carobbio Guscelli vor allem das Verhalten der Kommission, die trotz mehrheitlich negativer Vernehmlassungsantworten keinen der Kritikpunkte in die Vorlage aufgenommen hatte. Mit 111 zu 68 Stimmen bei einer Enthaltung sprach sich der Nationalrat für Eintreten auf die Vorlage aus. Während die SP- und die Grünen-Fraktion Eintreten geschlossen ablehnten, war die Situation aufseiten der Bürgerlichen weniger deutlich. Gespalten zeigte sich insbesondere die FDP-Fraktion, aber auch in der SVP- und der CVP-Fraktion lehnten einzelne Personen eine Behandlung der Vorlage ab. Knapper scheiterte der Antrag Grüter (svp, LU) auf Rückweisung an die Kommission: Mit 86 zu 81 Stimmen bei 13 Enthaltungen stimmte der Rat für die Behandlung der Vorlage, wobei hier die Fronten quer durch die meisten Fraktionen verliefen.

In der Detailberatung versuchte eine Minderheit Ruiz (sp, VD), eine Ausnahmeklausel für Personen, bei denen neu eine chronische oder schwere Krankheit diagnostiziert wurde, zu schaffen. Eine solche lehnte der Nationalrat jedoch mit 118 zu 56 Stimmen (bei 1 Enthaltung) ab. Ebenfalls abgelehnt wurde eine vom Bundesrat vorgeschlagene und von der Kommissionmehrheit unterstützte Pflicht für die Krankenversicherungen, die Versicherten zwei Monate vor Ablauf der Frist auf ihre Wahlmöglichkeit hinzuweisen. Mit 112 zu 62 Stimmen (3 Enthaltungen) folgte die grosse Kammer einer Minderheit Humbel (cvp, AG), welche unter anderem die Kosten für die Versicherungen «ohne Mehrwert für die Versicherten» scheute. Mit 113 zu 60 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) verabschiedete der Rat die Vorlage in der Gesamtabstimmung.¹⁶

MOTION
DATUM: 12.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2018 beriet der Ständerat die Motion Brand (svp, GR) bezüglich eines **Masterplans für eine bezahlbare Krankenversicherung 2030**. Zuvor hatte die SGK-SR erklärt, dass sie die Kernforderungen der Motion zwar befürworte, diese aber durch den Bericht der Expertengruppe über Kostendämpfungsmassnahmen in der OKP und das erste Massnahmenpaket des Bundesrates bereits als erfüllt erachte. Der Ständerat behandelte die Motion Brand zusammen mit den Motionen Humbel (cvp, AG) zu Pilotversuchen im KVG (Mo. 17.3827) und zu einem differenzierten Preisfestsetzungssystem bei den Arzneimitteln (Mo. 17.3828), da alle mit dem ersten Kostendämpfungspaket des Bundesrates in Zusammenhang stehen. Stillschweigend lehnte er alle drei Motionen ab – sie alle sind damit vom Tisch.¹⁷

MOTION
DATUM: 14.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Herbst 2018 verlangte Heinz Brand (svp, GR) eine **administrative Erleichterung der Überprüfung der Versicherungspflicht durch die Kantone**, unter anderem durch eine elektronische Abfrage bei den Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden. Jährlich müssen die Kantone rund 800'000 Zugezogene oder Neugeborene und damit rund 10 Prozent der Bevölkerung auf ihre KVG-Pflicht überprüfen. Aufgrund fehlender elektronischer Überprüfungsmöglichkeiten müsse diese Abfrage de jure über briefliche Einzelanfragen geschehen, erklärte der Motionär. Wenn bei einer vermuteten fehlenden Versicherung von Amtes wegen eine Versicherung verfügt werde, werde jedoch häufig festgestellt, dass bereits eine Versicherung vorhanden sei. Der Bundesrat befürwortete die Motion, betonte jedoch, dass er davon ausgehe, dass die Versichererverbände nicht über persönliche Daten der Versicherten verfügten und sich der Datenaustausch somit auf die Einwohnerdienste und die Krankenversicherer beschränke. In der Wintersession 2018 nahm der Nationalrat die Motion Brand diskussionslos und stillschweigend an.¹⁸

MOTION
DATUM: 05.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Obwohl der Bundesrat bereits Teile der Vorlage in das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung eingebaut habe, empfahl die SGK-SR die Motion Brand (svp, GR) zur **Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsabrechnung nach Tarmed** im Februar 2019 zur Annahme. Die Forderung einer digitalen Abrechnung im Tiers payant sei noch nicht erfüllt und solle in das zweite Massnahmenpaket eingebaut werden, argumentierte Hans Stöckli (sp, BE) in der Frühjahrsession 2019 für die Kommission. Stillschweigend nahm der Ständerat die Motion an.¹⁹

MOTION
DATUM: 05.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Auf Antrag seiner SGK lehnte der Ständerat die Motion Brand zur **Einführung einer Innovationsbestimmung im KVG** in der Frühjahrsession 2019 stillschweigend ab. Alex Kuprecht (svp, SZ) argumentierte für die Kommission, dass bereits ein Experimentierartikel Eingang in das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung gefunden habe und daher dem Bundesrat kein zusätzlicher entsprechender Auftrag erteilt werden solle. Mit derselben Begründung sei auch schon die Motion Humbel (cvp, AG; Mo. 17.3827) abgelehnt worden, betonte Kuprecht.²⁰

MOTION
DATUM: 14.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Adèle Thorens Goumaz (gp, VD; Mo. 18.3432) und Olivier Feller (fdp, VD; Mo. 18.3433) wollten im Mai 2018 mit zwei Motionen dafür sorgen, dass **unbestrittene und aktuelle Statistiken im Gesundheitsbereich zukünftig von einem unabhängigen Organ**, wie zum Beispiel dem BFS, erstellt werden sollen. Heute unterschieden sich die vorhandenen Daten je nach Quellen – insbesondere abhängig davon, ob sie von Versicherungen, Ärzteschaft, Spitälern oder von Pharmaunternehmen erstellt würden. Viele Zahlen würden auch direkt von den Krankenversicherungen zur Verfügung gestellt, unter anderem auch die Daten, welche das BAG für das offizielle Kostenmonitoring verwende. Damit die entsprechenden Daten jedoch «von allen Beteiligten des Gesundheitswesens akzeptiert» würden, müssten sie von einem unabhängigen und legitimierten Akteur nach klaren und einheitlichen methodischen Vorgehen und Kriterien gesammelt und einer Qualitätskontrolle unterzogen werden.

Der Bundesrat teilte diese Einschätzung der Situation und beantragte die Annahme der beiden Motionen. Eine entsprechende Datenerhebung sei notwendig, «um die Transparenz des Gesundheitssystems zu verbessern und wirksame Massnahmen zur Kostendämpfung zu identifizieren», betonte er in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Expertengruppe zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Aus diesem Grund stelle das EDI eine Expertengruppe mit dem Auftrag zur Erarbeitung einer entsprechenden Strategie für die Erfassung, Bearbeitung und Analyse der Daten im Gesundheitsbereich zusammen. Damit werde das Anliegen der Motion bereits umgesetzt.

Nachdem Sebastian Frehner (svp, BS) die Motionen im September 2018 bekämpft hatte, behandelte sie der Nationalrat in der Frühjahrsession 2019. Adèle Thorens Goumaz und Olivier Feller betonten gegenüber dem Rat, dass es kein Zufall sei, dass zwei Personen aus unterschiedlichen Parteien, die beide nicht aus der Gesundheitspolitik kämen, diese Motionen einreichten. Sie seien nicht parteiisch, es gehe ihnen nicht darum, hier die Interessen einer Akteursgruppe des Gesundheitswesens zu vertreten. Ihnen sei jedoch in den Debatten aufgefallen, dass derzeit unbestrittene und aktuelle Statistiken als Grundlage der Diskussionen fehlten. Sebastian Frehner bezeichnete die Forderung nach Daten eines unabhängigen Akteurs als Illusion. Bereits heute könnten die Bundesämter neben allen anderen Akteuren Statistiken erstellen, es werde aber nie ein völlig unabhängiges Organ geben, das Statistiken ohne Interessenkonflikte erarbeiten könne. So spiele gerade auch der Bund im Gesundheitswesen eine wichtige

Rolle und sei somit nicht vor Interessenkonflikten gefeit, wie auch Heinz Brand /svp, GR) betonte. Stattdessen sollten eben möglichst viele Statistiken aus unterschiedlichen Quellen gefördert werden. Er befürwortete aber die Bemühungen des BAG, die Datenerfassung zu verbessern und die Statistiken aufeinander abzustimmen und dadurch ihre Vergleichbarkeit zu erhöhen. Mit 125 zu 59 Stimmen (bei 1 Enthaltung) befürwortete der Nationalrat die zwei Motionen. Die Nein-Stimmen stammten von der mehrheitlich ablehnenden SVP-Fraktion sowie von zwei Mitgliedern der BDP-Fraktion.²¹

MOTION

DATUM: 21.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Ständeratsdebatte im Frühjahr 2019 beantragte die SGK-SR die Ablehnung der Motion Brand (svp, GR) zur **Eindämmung des Kostenwachstums in der OKP**. Zwar bestünden inhaltlich keine Differenzen, da die Motion aber mit dem ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung, das sich in der Vernehmlassung befinde, bereits umgesetzt worden sei, solle sie abgelehnt werden, erklärte Alex Kuprecht (svp, SZ) dem Ständerat. Gesundheitsminister Berset widersprach dieser Argumentation nicht und die kleine Kammer lehnte die Motion stillschweigend ab.²²

MOTION

DATUM: 22.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Heinz Brand (svp, GR) reichte Ende 2018 eine Motion ein, mit der er dafür sorgen wollte, dass **Eltern Zahler und Schuldner nicht bezahlter Kinderprämien bleiben**, auch wenn ihre Kinder volljährig werden. Dieselbe Motion war zuvor von Bea Heim (sp, SO; Mo. 18.4176) eingereicht, bisher aber vom Parlament noch nicht behandelt worden. Die diesbezügliche Stellungnahme des Bundesrates habe ihn jedoch nicht zufriedengestellt, erklärte Brand seinen Vorstoss. Nicht alle Familien bezögen Prämienverbilligungen. Überdies sei nicht entscheidend, ob die Eltern weiterhin betrieben werden dürften oder nicht; wichtig sei, dass nicht die Kinder betrieben würden. In seiner Stellungnahme zu dieser zweiten Motion lenkte der Bundesrat ein: Er habe angekündigt, das Problem im Auge zu behalten. Da die Zahl nicht bezahlter Prämien zunehme, sei er bereit, dem Parlament eine entsprechende Vorlage zu präsentieren. Diskussionslos nahm der Nationalrat die Motion in der Frühjahrsession 2019 an.²³

MOTION

DATUM: 22.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Eine Erleichterung des elektronischen Datenaustauschs zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern respektive ihren Verbänden erhoffte sich Lorenz Hess (bdp, BE) von einer Ende 2018 eingereichten Motion. Dadurch sollten korrekte, tagesaktuelle Entscheide zu **Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämien und stationären Anteilen der Kantone** gefällt werden können und der bürokratische Aufwand sowie die Fehleranfälligkeit reduziert werden. Zwar sei eine elektronische Überprüfung der Versicherungspflicht dank der Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.3765) zukünftig möglich, erklärte der Motionär, die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches sollten aber ausgedehnt werden.

Der Bundesrat zeigte sich mit der Stossrichtung der Motion einverstanden und beantragte ihre Annahme. Er verwies allerdings auf die Wichtigkeit der Wahrung der privaten Interessen der Versicherten – insbesondere da der Datenaustausch zwischen Kantonen und Krankenversicherern im Unterschied zur Motion Brand gegenseitig sei. Zudem rief er, wie er es bereits in der Diskussion zur Motion Brand getan hatte, in Erinnerung, dass ein Datenaustausch mit den Versichererverbänden keinesfalls möglich sei, weil Letztere keine mit der Durchführung des KVG beauftragten Organe darstellten.

In der Frühjahrsession 2019 nahm der Nationalrat die Motion stillschweigend und diskussionslos an.²⁴

MOTION

DATUM: 05.06.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2019 behandelte der Nationalrat die Motion von Bea Heim (sp, SO), gemäss der **Eltern Schuldner der nichtbezahlten Krankenkassenprämien ihrer Kinder** bleiben sollen. Die Motionärin zeigte sich in ihrer Wortmeldung erstaunt über den Bundesrat, der ihre Motion im September 2017 zur Ablehnung empfohlen hatte, einer Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.4176) mit einem sehr ähnlichen Anliegen im Februar 2019 jedoch seine Unterstützung zugesagt hatte. Nachdem der Nationalrat die Motion Brand angenommen habe, solle er nun aus Kohärenzgründen auch ihre Motion annehmen, betonte sie. Dieser Bitte folgte der Rat und stimmte mit 174 zu 2 Stimmen (bei 1 Enthaltung) für Annahme der Motion.²⁵

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

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

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

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

Wie sich bereits in der Eintretensdebatte angekündigt hatte, war die Frage der Vergütungen an die Vertragsspitäler in der Detailberatung besonders umstritten. Diese liegt heute bei 45 Prozent, neu soll sie jedoch auf 74.5 Prozent erhöht werden. Dadurch würden Privatspitäler, die sich nicht an der Ausbildung oder am Grundversorgungsauftrag beteiligten, die besonders lukrative Fälle der übrigen Spitäler abwerben würden und deren Gewinne auf den Konten von ausländischen Investoren landeten, noch stärker aus der OKP abgegolten werden als bisher, kritisierte Barbara Gysi. Dadurch käme es zu einem Anstieg der Prämien der Grundversicherten, zu einer Mengenausweitung durch die Privatspitäler – bereits jetzt würden halbprivat oder privat

versicherte Personen zum Beispiel 2.2-mal häufiger am Knie operiert als Grundversicherte – sowie zu einem Anstieg der Anzahl Privatspitäler. Schliesslich unterliefe dies auch die Spitalplanung der Kantone. Letzteren Punkt betonte auch Bundesrat Berset. Kommissionssprecherin Humbel entgegnete hingegen, dass Privatkliniken nicht per se teurer seien als öffentliche Spitäler und es überdies nur zehnte davon gebe. Heute würden 45 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler durch die Kantone sowie 100 Prozent der ambulanten Leistungen durch die Versicherungen vergütet; mit einem Anteil von 74.5 Prozent wäre der Unterschied zu heute somit vernachlässigbar. Die grosse Kammer sprach sich in der Folge mit 132 zu 56 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) deutlich für den Antrag der Kommissionsmehrheit und die höhere Vergütung für die Vertragsspitäler aus.

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

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.²⁶

MOTION

DATUM: 04.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2019 behandelte der Ständerat die Motionen Heim (sp, SO) und Brand (svp, GR; Mo. 18.4176) mit dem gemeinsamen Anliegen, dass **Eltern Schuldner der nichtbezahlten Krankenkassenprämien ihrer Kinder** bleiben sollen. Da die Belastung für die Haushalte mit geringeren Einkommen seither zugenommen habe und die Zahl der unbezahlten Prämien ansteige, empfehle der Bundesrat nun in Übereinstimmung mit der SGK-SR auch die Motion Heim zur Annahme, erklärte Gesundheitsminister Berset. Stillschweigend stimmte der Ständerat beiden Motionen zu.²⁷

MOTION

DATUM: 04.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2019 behandelte der Ständerat die Motion Brand (svp, GR) zur **Unterhaltungspflicht von Eltern bezüglich nichtbezahlter Kinderprämien** zusammen mit der Motion Heim (sp, SO; Mo. 17.3323) und stimmte beiden stillschweigend zu.²⁸

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 24.01.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Hinblick auf die stetig steigenden Krankenkassenprämien, vor allem in den französischsprachigen Kantonen, lancierten die Kantone Tessin, Genf, Jura, Freiburg und Neuenburg eine **Offensive für tiefere Krankenkassenprämien**. Dabei zielten sie auf verschiedene Änderungen am KVAG ab, mit denen sie Probleme, die in ihren Augen mit der letzten KVAG-Revision geschaffen worden waren, lösen wollten. Dazu zählte insbesondere die Problematik der Krankenkassenreserven. So müssen Krankenkassen Reserven anlegen, die ihre langfristige Zahlungsfähigkeit garantieren sollen. Übersteigen die Kosten der Versicherungen ihre Prämieinnahmen, wird der Verlust über die Reserven bezahlt, Gewinne fliessen ihrerseits in die Reserven. Bei «übermässigen Reserven» erlaubt das KVAG einen Abbau durch eine Verteilung der überschüssigen Reserven an alle Versicherten einer Krankenkasse respektive eine Rückzahlung eines Teils der Prämien an die Versicherten spezifisch in denjenigen Kantonen, in denen zu hohe Prämien verlangt worden waren. Weder das KVAG noch die KVAV spezifizieren jedoch, was «übermässige Reserven» sind oder schreiben gar einen Reservenabbau vor. Entsprechend forderte eine erste Gruppe von Standesinitiativen der fünf Kantone die ausdrückliche Definition einer maximal erlaubten Reservehöhe und eine Pflicht zum Abbau von zu hohen Reserven. Eine zweite Gruppe zielte auf die Rückerstattung von zu hohen Prämien in einzelnen Kantonen: Zukünftig sollen die Krankenkassen zu hoch festgelegte Prämien über einen Prämienausgleich bei zukünftigen Prämien in demselben Kanton ausgleichen. Die dritte Gruppe von Standesinitiativen widmete sich der Einschränkung der Möglichkeiten der Kantone, sich zu den zukünftigen Prämien zu äussern, und verlangte eine Möglichkeit zur Stellungnahme sowie den Zugang zu den dafür notwendigen Informationen.

In der Zwischenzeit hatte der Bundesrat jedoch eine Änderung der KVAV bekannt gegeben, mit welcher der freiwillige Abbau und die Rückerstattung der

Krankenkassenreserven vereinfacht und die Regeln dazu präzisiert werden sollen. In Übereinstimmung mit der Urheberschaft der verschiedenen Standesinitiativen wurde diese Problematik in den Deutschschweizer Medien kaum aufgenommen, während sie in der Romandie und vor allem im Tessin für grosse mediale Diskussionen sorgte. Demnach betonte etwa 24 Heures, dass die Reserven heute mit CHF 11 Mrd. doppelt so hoch seien, wie rechtlich nötig wäre. Auf das Jahr 2021 hin waren die Krankenkassenprämien im Durchschnitt zwar vergleichsweise schwach angestiegen, erneut verzeichneten die romanischsprachigen Kantone jedoch einen grösseren Anstieg als die Deutschschweizer Kantone. Entsprechend wies Felix Schneuwly, Krankenkassenexperte von Comparis, darauf hin, dass die Kosten zukünftig in allen Prämienregionen hoch genug sein müssten, so dass nicht einzelne Prämienregionen für die zu tiefen Prämien anderer Regionen aufkommen und diese so «finanzieren» müssten. Kritisiert wurde darüber hinaus, dass der Bund bei der Prämienfestlegung zu wenig interveniere und die vorgeschlagenen Prämien einfach akzeptiere. Die Reserven müssten überdies nicht nur angesammelt, sondern tatsächlich auch eingesetzt werden, etwa im Rahmen der Corona-Pandemie: Anstatt dass die Kantone hier für einen Grossteil der Kosten aufkommen müssten, sollten die Krankenversicherungen ihre Reserven für diese unerwartete Notlage einsetzen – schliesslich sei dies ja ihr Zweck. Diesbezüglich betonte Heinz Brand (svp, GR) als Präsident von Santésuisse, dass die Krankenversicherungen ihre Reserven während der Pandemie dafür eingesetzt hätten, dass es nicht zu pandemiebedingten Prämien erhöhungen komme. Allgemein wehrten sich die Krankenversicherungen in den Medien gegen die Pflicht zum Reserveabbau, da man bereits in den letzten Jahren zu tiefe Kostenerwartungen eingereicht habe, um die Prämien tief halten zu können.²⁹

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.³⁰

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.³¹

MOTION

DATUM: 15.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2020 schickte die SGK-SR den Vorentwurf der KVG-Ergänzung über die Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten in die **Vernehmlassung**. Darin hatte sie auch das Anliegen der Motion Brand (svp, GR) sowie einer ähnlichen Motion Heim (sp, SO; Mo. 17.3323) aufgenommen: Zukünftig sollen **Eltern für die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligung ihrer Kinder** auch nach deren Erreichen der Volljährigkeit **haftbar** bleiben.³²

STANDESINITIATIVE

DATUM: 15.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

Basierend auf der Standesinitiative des Kantons Thurgau schickte die SGK-SR im Juni 2020 den Vorentwurf der **KVG-Ergänzung über die Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten in die Vernehmlassung**. Damit wolle sie «den Anliegen der Kantone, der Versicherten, der Versicherer und der Leistungserbringer ausgewogen Rechnung» tragen, erklärte die Kommission in einer Medienmitteilung. So soll das Verfahren bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligungen geklärt werden. Unter anderem sollen Eltern zukünftig für die ausstehenden Prämien und die Kostenbeteiligung ihrer Kinder bei deren Erreichen der Volljährigkeit haftbar bleiben, wie es die Motionen Heim (sp, SO; Mo. 17.3323) und Brand (svp, GR; Mo. 18.4176)

verlangt hatten. Schwarze Listen soll es zudem zukünftig nicht mehr geben und die Krankenversicherungen sollen die Versicherten nur noch maximal viermal jährlich betreiben können. Stattdessen erhalten sie die Möglichkeit, säumigen Versicherten ein günstigeres Versicherungsmodell zuzuweisen. Schliesslich sollen die Kantone entsprechend der Forderung des Kantons Thurgau neu 90 statt 85 Prozent der ausgewiesenen Forderungen der Krankenversicherungen übernehmen und dafür die Verlustscheine erhalten und bewirtschaften können. Eine Minderheit beantragte, den Kantonen die Führung schwarzer Listen weiterhin zu erlauben. Die Vernehmlassung läuft bis Anfang Oktober 2020.³³

MOTION

DATUM: 15.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2020 schickte die SGK-SR den Vorentwurf der KVG-Ergänzung über die Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten in die **Vernehmlassung**. Darin hatte sie auch das Anliegen der Motion Heim (sp, SO) sowie einer ähnlichen Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.4176) aufgenommen: Zukünftig sollen **Eltern für die ausstehenden Prämien und die Kostenbeteiligung ihrer Kinder** auch nach deren Erreichen der Volljährigkeit **haftbar** bleiben.³⁴

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.³⁵

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 Kostensteuermassnahmen 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 Entscheidungshoheit 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 Kommissionmehrheit, 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.³⁶

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) Medienmitteilung SGK-NR vom 24.06.2016; Medienmitteilung SGK-SR vom 31.08.2016

3) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.9.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 7.4.17

4) AB NR, 2017, S. 1684

5) AB NR, 2017, S. 2054 f.

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

7) AB SR, 2018, S. 243; Kommissionsbericht der SGK-SR vom 15.1.18

8) AB NR, 2018, S. 532

9) LT, NZZ, TA, TG, 29.3.18; So-Bli, TA, 15.4.18; Blick, LMD, 16.4.18; Blick, LT, LZ, TA, TG, 17.4.18; WW, 19.4.18; LT, 20.4.18; Blick,

- LT, TG, 21.4.18; LMD, LT, TG, 24.4.18; LT, 4.6.18; TA, 13.6.18
- 10) AB NR, 2018, S. 2153 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 31.8.18
- 11) AB NR, 2018, S. 1154
- 12) Erste Massnahmen zur Kostendämpfung vom 29.3.18; Faktenblatt Referenzpreissystem vom 25.10.18; Kostendämpfungsmassnahmen BAG vom 14.9.18; Medienmitteilung BAG vom 14.9.18; Medienmitteilung BR vom 14.9.18; Medienmitteilung BR vom 25.10.17; Medienmitteilung BR vom 29.3.18; Übersicht Kostendämpfungsmassnahmen vom 14.9.18
- 13) AB NR, 2018, S. 1446 ff.
- 14) AB 2018, NR, S. 1731
- 15) AB NR, 2018, S. 1730
- 16) AB NR, 2018, S. 1795 ff.; BBI 2018, S. 6733 ff.
- 17) AB SR, 2018, S. 1031 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.18
- 18) AB NR, 2018, S. 2210
- 19) AB SR 2019, S. 35 ff.; Bericht SGK-SR (17.4270) vom 19.2.19
- 20) AB SR, 2019, S. 35; Bericht SGK-SR (17.3716) vom 19.2.19
- 21) AB NR, 2018, S. 1730 ; AB NR, 2019, S. 357 ff.
- 22) AB NR, 2019, S. 222 f.; Bericht SGK-SR vom 19.2.19
- 23) AB NR, 2019, S. 583
- 24) AB NR, 2019, S. 584
- 25) AB NR, 2019, S. 903 f.
- 26) AB NR, 2019, S. 1876 ff.; AZ, 4.4.19; LT, TA, TG, 9.8.19; SGT, 15.8.19; BaZ, 21.9.19; NZZ, 26.9.19; Lib, TA, TG, 27.9.19
- 27) AB SR, 2019, S. 1056; Bericht SGK-SR vom 29.10.19
- 28) AB SR, 2019, S. 1056; Medienmitteilung SGK-SR vom 29.10.19
- 29) 24H, 23.9.20; LT, 25.9.20; WOZ, 8.10.20; CdT, 5.12.20; TA, 7.12.20; CdT, 9.12., 17.12.20; TA, TG, 8.1.21; CdT, 19.1., 1.2.21; LT, 10.2.21; TA, 26.2.21; CdT, 3.3., 12.3.21
- 30) AB SR, 2020, S. 110 f.; Bericht SGK-SR vom 11.2.20
- 31) AB SR, 2020, S. 110 f.; Bericht SGK-SR vom 11.2.20 (Mo. 18.3765)
- 32) Medienmitteilung SKG-SR vom 15.6.20
- 33) Erläuternder Bericht der SGK-SR vom 25.5.20; Medienmitteilung SKG-SR vom 15.6.20
- 34) Medienmitteilung SKG-SR vom 15.6.20
- 35) AB NR, 2020, S. 1780 ff.
- 36) AB NR, 2020, S. 1994 ff.; AB NR, 2020, S. 1998 ff.