

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	20.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagnworte	Krankenversicherung
Akteure	Humbel, Ruth (cvp/pdc, AG) NR/CN, Schenker, Silvia (sp/ps, BS) 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

Benteli, Marianne
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Meyer, Luzius
Rohrer, Linda
Schneuwly, Joëlle
Schnyder, Sébastien
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Meyer, Luzius; Rohrer, Linda; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Krankenversicherung, 2006 – 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.
www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 20.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Ärzte und Pflegepersonal	1
Sozialversicherungen	2
Ergänzungsleistungen (EL)	3
Krankenversicherung	5

Abkürzungsverzeichnis

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
FK-NR	Finanzkommission des Nationalrats
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
ALV	Arbeitslosenversicherung
FINMA	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
EU	Europäische Union
IV	Invalidenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
WHO	World Health Organization
BJ	Bundesamt für Justiz
EL	Ergänzungsleistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
BV	Bundesverfassung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
FH	Fachhochschule
OR	Obligationenrecht
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
EPD	Elektronisches Patientendossier
MFE	Haus- und Kinderärzte Schweiz

AVS	Assurance-vieillesse et survivants
AELE	Association européenne de libre-échange
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CdF-CN	Commission des finances du Conseil national
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
OFSP	Office fédéral de la santé publique
AC	assurance-chômage
FINMA	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
UE	Union européenne
AI	Assurance-invalidité
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OFJ	Office fédéral de la justice
PC	Prestations complémentaires
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
Cst	Constitution fédérale
AOS	Assurance obligatoire des soins
USAM	Union suisse des arts et métiers
HES	Haute école spécialisée
CO	Code des obligations
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
UPS	Union Patronale Suisse
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient

RPT	Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
RIP	Réduction individuelle de primes
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
DEP	Dossier électronique du patient
MFE	Médecins de famille et de l'enfance Suisse

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Ärzte und Pflegepersonal

MOTION

DATUM: 11.09.2013
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Durch eine Motion Humbel (cvp, AG) sollte der Bundesrat aufgefordert werden, dem Parlament die Streichung eines Passus über die **Tarifgestaltung** in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu beantragen. Konkreter ging es um die Bemessung der Tarife von transparent ausgewiesenen Kosten. Die Motionärin klagte, dass unter der geltenden Regelung eine gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung verhindert werde. Überdies behindere die Norm die Festlegung von differenzierten Taxpunktwerten im ambulanten Bereich, namentlich die geforderte Besserstellung der Hausärzte. Die als unsinnig betitelte Regelung sollte also abgeschafft werden. Im Krankenversicherungsgesetz wird umschrieben, dass sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren haben, welche die tarifizierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Dieser Grundsatz wird in der KVV übernommen, wonach der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf. Die Streichung des fraglichen Absatzes soll eine gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung ermöglichen. Der Bundesrat teilte diese Auffassung nicht. Er merkte an, dass die Kosten gerechtfertigt und transparent ausgewiesen sein müssen. Zudem reiche der Geltungsbereich der fraglichen Norm über die Spitäler hinaus und gelte allgemein für die Tarifgestaltung. Kurzum beantragte der Bundesrat die Ablehnung der Motion mit der Bemerkung, er würde diesen Passus gegebenenfalls selber streichen müssen, da es sich um eine Verordnung des Bundesrats handle, welche somit in seiner eigenen Kompetenz liege. Mit 118 zu 66 Stimmen wurde die Motion jedoch dem Ständerat überwiesen. Dessen Kommission, wie auch der Rat, werden sich erst im folgenden Jahr damit befassen.¹

PARLAMETARISCHE INITIATIVE

DATUM: 17.12.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Im Dezember 2019 nahm sich der Nationalrat der **Pflegeinitiative und dem von der SGK-NR ausgearbeiteten indirekten Gegenvorschlag** an. Das Begehren des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer hatte laut Initiativtext «eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität», die Sicherstellung von genügend diplomierten Pflegefachpersonen und einem ihrer Ausbildung und ihren Kompetenzen entsprechenden Einsatz zum Ziel.

Die Parlamentarierinnen und Parlamentarier waren sich darüber einig, dass die aktuelle Situation problematisch sei und durch das steigende Alter der Bevölkerung der Pflegebedarf erhöht werde. So rechne man zwischen 2017 und 2035 unter anderem mit einem Anstieg von rund 200'000 auf 360'000 über 80-Jährigen, die allenfalls pflegebedürftig würden, erklärte Ruth Humbel (cvp, AG). Gemäss Philippe Nantermod (fdp, VS) würden gegenwärtig lediglich 43 Prozent des erforderlichen Personals ausgebildet und 2030 würden hierzulande 65'000 Pflegenden fehlen. Um den Mangel zu beheben, würden Pflegefachpersonen aus dem Ausland rekrutiert, was nicht nur ethisch fragwürdig sei – da die Ausbildung von einem Staat bezahlt werde, der nicht von dieser Investition profitiere –, sondern auch kostspielig werden könnte, erwäge doch die WHO, eine Steuer zur Entschädigung der Ausbildungsländer einzuführen, so Greta Gysin (gp, TI). Darüber dass Handlungsbedarf bestehe, herrschte Konsens. Der Rat war sich jedoch uneinig, ob die Pflegeinitiative das richtige Mittel sei, um der Problematik zu begegnen.

Von den Unterstützerinnen und Unterstützer der Initiative hervorgehoben wurde, dass der Beruf nicht die Anerkennung erhalte, die er verdiene. Zudem komme ihm laut Barbara Gysi (sp, SG) im Krankenkassengesetz nach wie vor der «Status eines Hilfsberufs» zu. Christian Lohr (cvp, TG), Dozent an verschiedenen Fachhochschulen für Pflegeberufe, unterstrich die Wichtigkeit der Pflegequalität, der Ausbildungsförderung und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Es müsse auch etwas gegen die 46 Prozent Berufsaussteigerinnen und -aussteiger unternommen werden, zu denen sie selber auch gehöre, erklärte Manuela Weichelt-Picard (al, ZG). Die Sicherheit und das Leben der Bevölkerung stehe auf dem Spiel, so Franziska Rysler (gp, SG). Betont wurde von den Gegnerinnen und Gegnern der Initiative hingegen, dass das Regeln einzelner Berufsgruppen in der Verfassung nicht angezeigt sei und die Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen in Frage gestellt würde. Zudem sei die medizinische Grundversorgung bereits in Artikel 117a BV erwähnt, was in den Augen von

Verena Herzog (svp, TG) genügte, um die Pflege zu stärken.

Der von der SGK-NR ausgearbeitete Gegenentwurf kam im Nationalrat besser an als die Volksinitiative. Jedoch gab es auch bezüglich Gegenvorschlag einige Abänderungswünsche bzw. Uneinigkeiten. Um dem Beruf Attraktivität zu verleihen, beabsichtigte eine Mehrheit der SGK-NR, den Pflegefachpersonen die selbständige Erbringung und Abrechnung einiger vom Bundesrat festgelegter Leistungen zu Lasten der OKP, die ohne ärztliche Anweisung erfolgen könne, einzuräumen. So könnten pro Jahr CHF 13 Mio. eingespart werden, erläuterte Benjamin Roduit (cvp, VS). Gegen diese Forderung sprachen sich neben dem Bundesrat auch die SVP und die FDP aus. Es bestehe die Gefahr, dass dadurch ein Präjudiz geschaffen würde und durch die grössere Zahl an Leistungserbringenden die Kosten für das Gesundheitssystem nicht abnähmen, sondern stiegen, was höhere Prämien zur Folge hätte. Eine Mehrheit der grossen Kammer liess sich allerdings nicht von diesen Worten überzeugen. Auf Anregung von Pierre-Yves Maillard (sp, VD) lehnte der Nationalrat ausserdem den Mehrheitsantrag der SGK-NR ab, dass entsprechende Leistungen Gegenstand von Vereinbarungen mit Versicherern sein müssten.

Weiter wurde bezüglich Ausbildungsförderung beschlossen, dass die Kantone den Krankenhäusern, Pflegeheimen und Spitex-Organisationen eine bestimmte Anzahl Ausbildungsplätze, die diese zur Verfügung stellen müssen, vorgeben sollen. Ebenfalls gutgeheissen wurde die Forderung, dass die Kantone dazu verpflichtet werden sollen, den angehenden Pflegefachpersonen an einer Höheren Fachschule oder Fachhochschule mit Ausbildungsbeiträgen zur Seite zu stehen. Der Bund soll die Kantone während acht Jahren für die beiden ebengenannten Punkte mit CHF 469 Mio. unterstützen. Betreffend Ausbildungsbeiträge hätten die SVP und die FDP gerne Einschränkungen auf hilfs- und unterhaltsbedürftige Personen vorgenommen. Regine Sauter (fdp, ZH) betonte, es gebe neben den Pflegestudiengängen HF oder FH auch andere Berufsbereiche, wo eine Weiterbildung anzustreben sei, dort werde allerdings auf die Eigenverantwortung der Studierenden gezählt. Damit konnte sie die Mehrheit ihrer Ratskolleginnen und -kollegen jedoch nicht überzeugen, gegen die Beiträge zu stimmen.

In der Gesamtabstimmung wurde der indirekte Gegenvorschlag mit 124 zu 68 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) angenommen. Abgesehen von der SVP und einer Mehrheit der FDP stimmten alle Parteien dem Gegenentwurf zu. Die Pflegeinitiative konnte die Mehrheit des Nationalrates indes nicht überzeugen und so empfahl er dem Volk und den Ständen das Begehren mit 107 zu 82 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) zur Ablehnung, wobei die SP, die Grünen, aber auch vereinzelt Mitglieder der FDP.Liberalen-, der GLP- sowie der Mitte-Faktionen für Annahme der Initiative plädierten.²

Sozialversicherungen

Sozialversicherungen

In der Frühjahrssession 2019 beriet der Nationalrat die **Revision des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG)** und hatte eingangs einen Rückweisungsantrag von Silvia Schenker (sp, BS) zu klären. Da das ATSG generell in allen Sozialversicherungszweigen ausser der beruflichen Vorsorge zur Anwendung komme, hätten die Entscheidungen zu diesem eine Hebelwirkung, betonte sie. Die Vorlage sei aber sehr einseitig auf die Missbrauchsbekämpfung ausgerichtet, führe zu einschneidenden Verschlechterungen für die Betroffenen und beschneide die Rechte der Versicherten in Verfahren. Zudem fehle die Koordination mit den übrigen, bisher beschlossenen Missbrauchsmaßnahmen – ein entsprechender Gesamtplan sei nicht vorhanden. Mit 133 zu 51 Stimmen sprach sich der Nationalrat gegen den Willen der SP- und der Grünen-Fraktion für Eintreten aus. In der Folge reichte Silvia Schenker eine Reihe von Minderheitsanträgen ein: Sie verlangte eine Streichung der engeren Frist für die Rückforderungsansprüche der Versicherten, da diese gemäss Behindertenverbänden für die Versicherer bereits jetzt sehr grosszügig sei. Sie wehrte sich gegen die Schaffung einer Kostenpflicht bei den Verfahren, da die Einführung einer solchen bei der IV gezeigt habe, dass die Anzahl Beschwerden dadurch nicht sinke. Stattdessen steige die Arbeit für die Gerichte, weil dadurch mehr Anträge auf unentgeltliche Rechtspflege eingereicht würden. Zudem lehnte sie die Schaffung einer Möglichkeit für eine vorsorgliche Einstellung von Leistungen ab, wenn eine Person die Meldepflicht verletzt, einer Lebens- oder Zivilstandskontrolle nicht fristgerecht nachkommt oder ein begründeter Verdacht auf unrechtmässig bezogene Leistungen besteht. Unter anderem sei unklar, wann ein begründeter Verdacht vorliege – wie auch die Diskussion in der Kommission gezeigt habe. Auf ihr Argument, dass diese Regelung viele Härtefälle schaffe, entgegnete Gesundheitsminister Berset, dass das Interesse der

Versicherer, Verfahren und grosse Schadensrisiken zu vermeiden, Vorrang vor dem Interesse der Versicherten habe, nicht in eine vorübergehende Notlage zu geraten. Alle Minderheitsanträge fanden ausschliesslich bei der SP- und der Grünen-Fraktion Anklang und wurden folglich vom Nationalrat abgelehnt.

Angenommen wurde hingegen ein Minderheitsantrag von Thomas Aeschi (svp, ZG), mit dem die Kann-Bestimmung zur Einstellung von Geldzahlungen mit Erwerbscharakter während des Strafvollzugs zu einer Muss-Bestimmung geändert wurde. Umstritten war ansonsten nur noch die Frage, wie genau die Regelung zur Auferlegung der Kosten für Observationen beim Bezug von Versicherungsleistungen aufgrund von unwahren Angaben ausgestaltet werden sollte. Silvia Schenker wollte die Auferlegung der Kosten auf «wissentlich unwahre Angaben» beschränken oder – wenn möglich – den Absatz ganz streichen. Bea Heim (sp, SO) beantragte eine Beschränkung der Klausel auf die Auferlegung «angemessener Mehrkosten» und Thomas Aeschi wollte auch hier die Kann- in eine Muss-Formulierung umwandeln. In der Folge setzte sich jedoch die Version der Kommission durch, wodurch der Rat eine Differenz zum Ständerat schuf, der die Klausel, wie von Bea Heim vorgeschlagen, auf «angemessene Mehrkosten» beschränkt hatte.³

Ergänzungsleistungen (EL)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 15.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 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 Schweserrat. 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 drittgünstigsten 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 Kapitalleistung 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.⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 10.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2018 behandelte der **Nationalrat die Revision der Ergänzungsleistungen** und bereinigte dabei einige **Differenzen**, entschied sich aber bei den zentralen Punkten für Festhalten. Eingelenkt hat die grosse Kammer unter anderem bei den Mietzinsmaxima, nachdem Christian Lohr (cvp, TG) als Minderheitssprecher diesbezüglich deutlich geworden war: Da die Mietzinsmaxima seit einer «verdammte lange[n] Zeit» nicht mehr angepasst worden seien, die Mieten seit der letzten Anpassung jedoch um 24 Prozent gestiegen seien, solle der Nationalrat der Lösung des Ständerats zustimmen. Diese beinhalte eine «gutausgedachte Differenzierungsmöglichkeit», dank der alle so viel erhielten, wie sie benötigten, und nicht mehr. Mit 99 zu 91 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) setzte sich die Minderheit durch, die Ausgabenbremse wurde anschliessend mit 142 zu 52 Stimmen gelöst. Auch die Differenz zur Mindestbeitragsdauer von zehn Jahren für die AHV, die der Nationalrat anfänglich als Voraussetzung für einen EL-Bezug der Vorlage hinzugefügt hatte, bereinigte die grosse Kammer. Die SGK-NR hatte zuvor Annahme des ständerätlichen Vorschlags und damit einen Verzicht auf diese Regelung empfohlen. Ruth Humbel (cvp, AG) erklärte für die Kommission, dass die Regelung nur Auslandschweizer sowie Personen aus Drittstaaten – insgesamt 4'000 Betroffenen –, nicht aber Personen aus der EU treffen würde. Erstere wären in der Folge auf Sozialhilfe angewiesen. Diese Kostenverlagerung zur Sozialhilfe wolle die Kommissionsmehrheit jedoch nicht, erklärte Humbel. Verena Herzog (svp, TG) begründete ihren Minderheitsantrag auf Festhalten an der nationalrätlichen Entscheidung damit, dass es

nicht sein könne, dass sich Leute aus Drittstaaten kurz vor ihrer Pensionierung ins Schweizer Sozialsystem «schmuggelten» und damit beinahe kostenlos eine lebenslängliche Rente erhielten. Dieses Argument verfiel nicht, der Nationalrat lehnte eine Mindestbeitragsdauer mit 113 zu 79 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) ab.

Auch bezüglich der Anrechnung des Erwerbseinkommens von Ehepartnern ohne Anspruch auf Ergänzungsleistungen folgte die grosse Kammer der Minderheit Lohr. Wenn neu 100 Prozent des Einkommens der Ehepartner von den EL abgezogen würden, darauf aber dennoch Steuern bezahlt werden müssten, würde sich Arbeit nicht mehr lohnen, argumentierte der Minderheitssprecher. Mit 104 zu 91 Stimmen stimmte der Nationalrat mit der Kommissionsminderheit und strich die entsprechende Passage aus dem Gesetz.

Keine Übereinkunft zwischen den Räten wurde bei den Fragen nach der Höhe der Kinderrenten, nach einer Kürzung der Ergänzungsleistungen bei einem vollständigen oder teilweisen Kapitalbezug der Pensionskasse, nach einer Vermögensschwelle sowie nach der Grenze der anrechenbaren Einkommen erzielt; hier entschied sich der Nationalrat für Festhalten. Mit diesen Fragen wird sich somit der Ständerat erneut befassen müssen.⁵

Krankenversicherung

Ende 2005 hatte der Bundesrat dem Parlament die **Volksinitiative „Für eine soziale Einheitskrankenkasse“** zur Ablehnung empfohlen mit dem Argument, ein fundamentaler Kurswechsel dränge sich nicht auf; ein System mit einer Mehrzahl von Anbietern weise klare Vorteile gegenüber einer Monopolstellung einer einzigen Krankenkasse auf. Nach Ansicht des Bundesrates ist auch eine Umstellung des Finanzierungssystems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Vorstellungen der Initiative nicht zweckdienlich. Die Einführung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten und damit die Abschaffung der einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämie käme der Schaffung einer neuen Einkommens- und Vermögenssteuer gleich. Einer in diesem Punkt vergleichbaren Vorlage, der Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)“, habe das Schweizer Stimmvolk im Mai 2003 eine deutliche Absage erteilt.

Im **Nationalrat** bezeichnete Kommissionssprecher Bortoluzzi (svp, ZH) die Initiative als falschen Weg, um die Mängel im Gesundheitswesen zu beheben. Die Position der Versicherten würde mit einer Einheitskasse nicht gestärkt. Vielmehr verunmögliche diese die nötige verstärkte wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems. Als Sprecherin der Kommissionsminderheit warb Goll (sp, ZH) für die Initiative. Die zehnjährige Erfahrung mit dem KVG habe gezeigt, dass der viel gepriesene Wettbewerb unter den Krankenkassen versagt habe. Die Kassen seien zu den grössten Kostentreibern geworden, da sie bei der Jagd nach guten Risiken Millionenbeträge für Werbekosten aufwenden würden. Die Umsetzung der Initiative sei einfach. Im Sozialversicherungsbereich gebe es analoge Modelle, die gut funktionieren, so etwa die AHV, die ALV oder die Unfallversicherung mit dem Quasimonopol der Suva. Ruey (lp, VD) zeigte sich im Namen der FDP-Fraktion überzeugt, dass die Einheitskasse kein einziges Problem im Gesundheitswesen löse; vielmehr verschlechtere ein solches Monopol das System, schränke die Freiheit der Versicherten ein und erhöhe die Ausgaben. Humbel Näf (cvp, AG) vertrat als Sprecherin der CVP-Fraktion die Auffassung, dass mit dem vorgeschlagenen Prämiensystem die niedrigen Einkommen sowie der Mittelstand stärker belastet würden. Zudem sei eine Einheitskasse kostentreibend und führe in die Staatsmedizin. Gegenteiler Meinung war Fehr (sp, ZH), die im Namen der SP die Initiative unterstützte. Vor allem die mittleren Einkommen und die Familien würden von der Einheitskasse profitieren. In der ausgedehnten Debatte lehnten die bürgerlichen Fraktionen die Initiative ab. Von dieser Seite wurde auch befürchtet, dass ein Systemwechsel zu einer verstärkten Rationierung führe. Wenn der Staat sparen müsse, werde er direkt Einfluss auf die Leistungen einer Einheitskasse nehmen. Unterstützt wurde die Initiative von den geschlossenen Fraktionen der Grünen und der SP. Der Rat entschied sich schliesslich mit 109 zu 61 Stimmen gegen das Begehren.⁶

MOTION
DATUM: 19.03.2007
MARIANNE BENTELI

Bei der Vergütung von Leistungen nach KVG erstellt der Bund eine Liste der unter die Bestimmungen fallenden **Mittel und Gegenstände** (Migel) und setzt Höchstbeträge für die Übernahme der Kosten durch die Kassen fest. Im Parlament wurde nun kritisiert, diese Regelung führe dazu, dass die Hersteller bei der Festsetzung der Preise grundsätzlich von diesem Maximum ausgingen, weshalb kein eigentlicher Wettbewerb stattfinde. Mit zwei ähnlich lautenden Motionen (05.3522, 05.3523) verlangten deshalb die Nationalrätinnen Heim (sp, SO) und Humbel Näf (cvp, AG), die Preise seien in Tarifverträgen zwischen Lieferanten und Versicherern festzusetzen. Der Bundesrat vertrat die Auffassung, die periodische Überprüfung durch das BAG sei ein wirksameres Instrument der Kostendämpfung und beantragte Ablehnung der Vorstösse. Der Nationalrat ortete aber Handlungsbedarf, worauf der Bundesrat seine Opposition nicht länger aufrecht erhielt und der Rat die beiden Motionen diskussionslos überwies.⁷

MOTION
DATUM: 19.03.2009
LINDA ROHRER

Eine Motion Humbel Näf (cvp, AG) forderte den Bundesrat auf, die Voraussetzungen zu schaffen, damit die Pflegeleistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz und die **Hilflosenentschädigung** zur AHV/IV mit dem gleichen Bedarfsabklärungsinstrument bestimmt werden. Ziel sei die Vereinfachung der Administration, insbesondere für Pflegeinstitutionen wie Spitex und Pflegeheime. Der Bundesrat beantragte zuerst die Ablehnung der Motion mit der Begründung, dass sich die Hilflosenentschädigungen der AHV/IV und die Pflegeleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz in grundsätzlicher Hinsicht von einander unterscheiden. Seit seiner ersten Stellungnahme hatten sich einige Voraussetzungen verändert und er war deshalb bereit, die Motion in Form eines Postulates anzunehmen. Dem folgte der Nationalrat aber nicht, indem er die Motion als solche mit 109 zu 71 Stimmen annahm.⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 28.09.2010
LUZIUS MEYER

Eine parlamentarische Initiative (09.465) Bänziger (gp, ZH), welche die gesetzlichen Grundlagen schaffen wollte, um Krankenversicherer mit Kapitalanlagen an der Börse zusätzlich der Aufsicht der Finma zu unterstellen, lehnte die grosse Kammer mit 152 zu 24 Stimmen deutlich ab. Hingegen nahm der Nationalrat ein Postulat (09.4327) Humbel (cvp, AG) an, welches den Bundesrat beauftragt, einen Bericht darüber vorzulegen, wie die **Aufsicht über die Sozialversicherungen**, insbesondere im Bereich der Krankenversicherung, verbessert werden kann. Dabei soll aufgezeigt werden, wie hoch die Reservebildung sein muss und welche Institution die Aufsicht am besten gewährleisten kann. Der Bundesrat hatte die Annahme empfohlen, da er bereits in seiner Stellungnahme zu einem Postulat der Kommission des Nationalrates bezüglich einer besseren Aufsicht und schärferen Kontrolle über die Krankenversicherer seine Bereitschaft für einen solchen Bericht erklärt hatte. Ebenfalls angenommen wurde ein Postulat (09.3976) der Kommission des Nationalrates, welches einen Katalog von Massnahmen forderte, die zum Ziel hatten, die Aufsicht über die Krankenkassen zu stärken und die Transparenz zu erhöhen.⁹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 17.02.2011
ANJA HEIDELBERGER

Zusammenfassung

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

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

Finanzierung im Gesundheitswesen, konnten sich bis vor der Wintersession 2023 jedoch noch nicht in allen Punkten einigen.

Chronologie

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

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 18.02.2011
ANJA HEIDELBERGER

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

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

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 18.02.2011
ANJA HEIDELBERGER

Eine **Prämienbefreiung für Kinder** verlangte Ruth Humbel (cvp, AG) in ihrer Anfang März 2010 eingereichten parlamentarischen Initiative. Da die aktuelle Regelung der Prämienverbilligung für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung kompliziert und mit grossem administrativem Aufwand verbunden sei, sei es einfacher, effizienter und solidarischer, Kinder unter 18 Jahren von den Krankenkassenprämien zu befreien – also prämienfrei zu versichern. Junge Erwachsene bis 25 Jahre sollen eine reduzierte Erwachsenenprämie bezahlen müssen, verlangte die Initiantin zudem.

Im Februar 2011 gab die SGK-NR der Initiative mit 16 zu 8 Stimmen Folge – gleichzeitig mit der parlamentarischen Initiative Leutenegger Oberholzer (sp, BL; Pa.lv. 10.414), mit der zusätzlich zu den Kindern auch junge Erwachsene von der Prämienlast befreit werden sollten.

Im September 2011 stimmte auch die SGK-SR dem Folgegeben mit 5 zu 4 Stimmen zu. Sie empfahl jedoch ihrer Schwesterkommission, die nun einen Vorschlag ausarbeiten sollte, die rund neun Prämienprozente, die durch eine Streichung der Kinderprämien zukünftig fehlen würden, nicht einfach auf die Prämien der Erwachsenen aufzuschlagen, sondern über die individuellen Prämienverbilligungen zu finanzieren. Die Kommission des Ständerates beschränkte die Prämienbefreiung jedoch auf Kinder, der parlamentarischen Initiative Leutenegger Oberholzer erteilte sie mit 6 zu 2 Stimmen (bei 1 Enthaltung) eine Abfuhr. Letzterem Entscheid folgte kurze Zeit später auch die SGK-NR. Im August 2014 erteilte die Kommission ihrer Subkommission «KVG» den

Auftrag, einen kostenneutralen Vorschlag zur Initiative Humbel auszuarbeiten. Im Oktober 2015 stand die Vorlage der Kommission, die zudem eine ähnliche Forderung der parlamentarischen Initiative Rossini (sp, TI; Pa.Iv. 13.477) aufnahm, bereit. Mehr zur Behandlung der Vorlage findet sich hier.¹¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 03.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Durant l'année sous revue, les chambres ont poursuivi le processus d'élimination des divergences sur le volet relatif aux réseaux de soins intégrés de la **révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)** présentée en 2004 visant à faciliter le développement des modèles de réseaux de soins intégrés (**managed care**). Au Conseil national, les députés se sont ralliés par 117 voix contre 64 à la position du Conseil des Etats en adoptant une formule potestative dans la fixation de l'étendue de la coresponsabilité budgétaire et des exigences de qualité des réseaux. La gauche a milité en faveur d'une formule contraignante pour le gouvernement, en vain. Les députés ont par contre maintenu les autres divergences notamment sur la question de la quote-part différenciée. Ils ont ainsi rejeté par 63 voix contre 60 une minorité Rossini (ps, VS) suggérant d'adhérer à la position du Conseil des Etats, à savoir une participation aux frais de 5% pour les assurés membres d'un réseau de soins et de 15% pour ceux hors réseau. Ils ont ensuite préféré par 95 voix contre 80 une minorité Bortoluzzi (udc, ZH) proposant des quotes-parts différenciées de respectivement 10% et 20% à la proposition de leur commission proposant de les fixer à 7,5% et 15%. Le Conseil national a encore rejeté par 111 voix contre 88 la proposition du Conseil des Etats de fixer un plafond aux quotes-parts de 500 francs pour les assurés membres d'un réseau et de 1'000 francs pour les autres assurés. Sur ces votes, la gauche s'est opposée en vain à l'augmentation des charges financières des malades. Par ailleurs, les députés ont également réaffirmé par 129 voix contre 52 l'obligation pour les caisses d'assurance-maladie de proposer au moins un réseau de soins intégrés. Seuls un tiers du groupe PLR et la grande majorité du groupe UDC s'y sont opposés estimant que l'offre de réseaux est un avantage comparatif suffisamment incitatif pour que ce type de modèle se développe. La gauche et le groupe PDC se sont inquiétés de l'obligation pour certains assurés de payer une quote-part plus élevée en raison de l'absence de réseau dans leur région. En outre, les députés ont maintenu l'augmentation de prime supérieure à la moyenne comme motif de résiliation avant l'échéance d'un contrat et ont rejeté par 115 voix contre 61 une minorité Schenker (ps, BS) proposant de ne pas autoriser des durées de contrat allant jusqu'à trois ans. Ils ont toutefois obligé les assureurs à proposer des contrats d'une année. Finalement, le Conseil national a introduit sans opposition une nouvelle disposition visant à interdire aux caisses-maladie de gérer et de cofinancer des réseaux. Au Conseil des Etats, les sénateurs ont adhéré à la position du Conseil national relativement aux motifs de résiliation d'un contrat d'assurance. Toutefois, certaines divergences ont été maintenues. Les sénateurs ont ainsi adopté par 21 voix contre 19 une proposition de leur commission fixant des quotes-parts de 7,5% pour les assurés membres d'un réseau et de 15% pour ceux optant pour une prise en charge plus traditionnelle, alors qu'une minorité Gutzwiller (plr, ZH) a suggéré d'adhérer à la proposition du Conseil national. Ils ont également confirmé sans opposition leur volonté de mettre en place des plafonds à la participation des assurés et ont maintenu sans opposition également leur refus de ne pas obliger les assureurs à proposer des réseaux de soins intégrés. Toutefois, ils ont introduit une disposition permettant au gouvernement de prendre les mesures appropriées si dans un délai de cinq ans à partir de l'application de la loi, l'offre de réseaux n'est pas généralisée. Les sénateurs ont finalement suivi par 33 voix contre 10 la proposition de leur commission en s'opposant à l'introduction de la clause interdisant les caisses-maladie de gérer ou cofinancer des réseaux de soins. Leur commission estime que la disposition peut être aisément contournée à travers la création d'une holding et que, formellement, elle ne peut être recevable car introduite au cours de la procédure d'élimination des divergences. De retour au Conseil national, les députés ont adhéré par 110 voix contre 43 à la position du Conseil des Etats en fixant des plafonds maximaux de participation aux frais des patients. Cependant, ils ont décidé de supprimer la possibilité pour le Conseil fédéral d'ajuster ce montant en fonction du renchérissement. Quant au montant des quotes-parts, ils ont maintenu par 98 voix contre 54 leur position précédente malgré une minorité Jacqueline Fehr (ps, ZH). Ils ont également maintenu par 128 voix contre 35 l'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux de soins intégrés et par 121 voix contre 22 l'interdiction pour ces derniers de les gérer ou de les cofinancer.

Devant la confirmation de ces divergences, il a été nécessaire de convoquer une conférence de conciliation qui a proposé de fixer une quote-part de 10% pour les membres de réseaux et de 15% pour les autres, de ne pas obliger les assureurs à proposer des réseaux sur l'ensemble de leur territoire d'activités mais d'obliger le

gouvernement à intervenir dans les trois ans si ce type d'offre n'est pas généralisé, de donner la possibilité au Conseil fédéral d'adapter le plafond de participation aux coûts en fonction du renchérissement et d'interdire la gestion ou le cofinancement de réseaux de soins par les assureurs tout en prévoyant un délai transitoire de 5 ans. Le Conseil des Etats a adhéré par 28 voix contre 9 à la proposition de la conférence. Au Conseil national, le groupe socialiste s'est opposé à la proposition considérant que le projet initial a été vidé de sa substance. Le groupe a critiqué l'accroissement des charges sur les assurés et l'absence d'obligation pour les assureurs de proposer des réseaux. Le groupe écologiste et le bloc bourgeois se sont montrés majoritairement favorables à la proposition estimant qu'elle demande une participation de tous les acteurs, renforce la médecine de famille et freine l'augmentation des prestations. Les députés ont donc accepté par 111 voix contre 39 la proposition. Au vote final, et après avoir corrigé une lacune relative aux dispositions transitoires en maintenant la législation en vigueur dans les cantons ne disposant pas de réseau, la chambre haute et la chambre basse ont adopté le projet par respectivement 28 voix contre 6 et 133 voix contre 46 et 17 abstentions. Dans cette dernière chambre, la majorité du groupe socialiste, un tiers du groupe écologiste et une partie du groupe UDC se sont opposés au projet. Un groupe de praticiens réunissant des spécialistes libéraux et des médecins favorables à la caisse unique ainsi que l'USS ont annoncé vouloir lancer un référendum.¹²

POSTULAT

DATUM: 18.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a adopté un postulat Humbel (pdc, AG) demandant au gouvernement d'élaborer un rapport établissant les **avancées de la mise en œuvre des listes hospitalières cantonales** et proposant des mesures garantissant une application homogène de la LAMal dans tous les cantons, si nécessaire à travers une modification légale. La postulante estime que la planification hospitalière est arbitraire au vu de l'absence de transparence et de dispositions contraignantes. Ainsi, elle propose d'octroyer à la Confédération les compétences de fixer un minimum de cas par médecin d'hôpital, d'obliger les hôpitaux à présenter un rapport de qualité des prestations et de leur imposer des exigences de formation et de perfectionnement pour être inscrit sur les listes hospitalières.¹³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 24.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Les chambres ont traité une initiative parlementaire de la CSSSP-CN visant à modifier la LAMal afin d'accorder des compétences supplémentaires au Conseil fédéral dans la **tarification des prestations** si les parties usuellement en charge de la fixation des prix n'arrivent pas à s'entendre. Cette mesure fait suite au constat des nombreux blocages des négociations dans la mise à jour des tarifs, alors que certaines structures tarifaires ne correspondent plus aux exigences de la LAMal. Lors des discussions de commission, la CSSP-CN a adopté par 11 voix contre 10 l'introduction d'une disposition obligeant les fournisseurs de prestations à transmettre aux assureurs les données des patients sous forme codée. Au Conseil national, une minorité Schenker (ps, BS) s'y opposant en raison de l'atteinte à la protection des données a été rejetée par 103 voix contre 64, seule la gauche l'ayant soutenue. La disposition a eu un écho particulièrement fort dans les médias, les préposés cantonaux à la protection des données, H+ et la FMH se sont inquiétés d'une attaque contre le secret médical. Au vote d'ensemble, les députés ont adopté la loi par 159 voix contre 5. Au Conseil des Etats, les sénateurs ont rejeté par 17 voix contre 13, une minorité Maury Pasquier (ps, GE) recommandant de supprimer la disposition obligeant le transfert systématique de données pour des raisons de protection de la personnalité. Au vote sur l'ensemble, les sénateurs ont adopté le projet par 17 voix contre 1 et 8 abstentions. Lors d'une procédure d'élimination des divergences, le Conseil national a maintenu sa position relative à une divergence minimale à laquelle le Conseil des Etats s'est finalement rallié. Au vote final, la chambre basse a adopté la loi par 159 voix contre 1 et la chambre haute par 34 voix contre 1. L'organisation alémanique de protection des patients, Patienten.ch, a lancé le référendum contre la loi.¹⁴

MOTION

DATUM: 30.05.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil des Etats a rejeté une motion Humbel (pdc, AG) adoptée par le Conseil national l'année précédente proposant d'évaluer les prestations pour soins de la LAMal et les allocations pour impotents de la LAVS et de la LAI selon un **seul et même outil d'analyse des soins nécessaires**. Les sénateurs ont estimé, tout comme le Conseil fédéral, que les différences structurelles sont trop importantes entre les deux types de prestations, notamment en ce qui concerne leurs moyens et leurs buts respectifs.¹⁵

MOTION
DATUM: 28.09.2012
FLAVIA CARONI

Die grosse Kammer überwies ohne Debatte eine Motion Humbel (cvp, AG), welche im Falle einer Ablehnung der Revision des KVG (Managed Care) in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 die **Wiedereinführung einer Zulassungssteuerung für Spezialärzte** durch die Kantone fordert. Ein solcher Zulassungsstopp war per Ende 2011 aufgehoben worden, worauf in den ersten Monaten des Berichtsjahres eine starke Zunahme von Praxiseröffnungen durch Ärzte aus dem EU-Raum zu verzeichnen war. Durch Wiedereinführung der Kontrollinstrumente soll eine weitere Zunahme mit entsprechenden Konsequenzen für die Gesundheitskosten verhindert werden.¹⁶

MOTION
DATUM: 22.03.2013
FLAVIA CARONI

Die Räte berieten zwei gleichlautende Motionen Humbel (cvp, AG) und Kuprecht (svp, SZ) (12.4224; 12.4098) zur **Vergütung ausserkantonaler ambulanter Behandlungen**. Nach den aktuellen Bestimmungen des KVG werden nur jene Tarife vergütet, welche am Wohn- oder Arbeitsort der Versicherten sowie in deren näheren Umgebung gelten. Bei höheren Behandlungstarifen haben die Versicherten einen Aufpreis zu bezahlen. Die Motionen verlangen die Abschaffung der entsprechenden Bestimmung, welche für die Versicherten nicht einleuchtend sei und eine Ungleichbehandlung gegenüber Grenzgängern schaffe, die ihren Behandlungsort frei wählen können. Insbesondere sei aber die manuelle Überprüfung für die Versicherer angesichts der heutigen Mobilität sehr aufwändig und bringe mehr Kosten als Erträge. Der Bundesrat beantragte die Annahme beider Motionen. Dem folgten die Räte jeweils ohne Diskussion.¹⁷

MOTION
DATUM: 11.09.2013
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat beriet eine Motion Humbel (cvp, AG), die fordert, dass künftig die allfälligen **Folgekosten bei nicht medizinisch induzierten kosmetischen Eingriffen** nicht mehr von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden müssen. Entsprechende Eingriffe erfreuten sich einer zunehmenden Beliebtheit, so die Motionärin. Es sei jedoch nicht Aufgabe der Sozialversicherung, den Lifestyle-Bereich zu finanzieren. Der Bundesrat sprach sich gegen den Vorstoss aus. Die jährlichen Kosten für entsprechende Behandlungen seien gering und nur schwer abzugrenzen, weshalb allfällige Einsparungen leicht durch zusätzliche Abklärungskosten zunichte gemacht werden könnten. Zudem werde bisher im KVG das Verschulden der Versicherten bei der Leistungsübernahme nicht berücksichtigt – ein Vorgehen, das ethisch heikel wäre. Dieser Argumentation folgte die Ratslinke, sie wurde aber von der bürgerlichen Mehrheit klar überstimmt. Die ständerätliche Beratung stand noch aus.¹⁸

MOTION
DATUM: 09.12.2013
FLAVIA CARONI

Eine Motion Humbel (cvp, AG) zur **Wiedereinführung einer Zulassungssteuerung für Spezialärzte**, welche der Nationalrat im Vorjahr angenommen hatte, wurde in der Wintersession des Berichtsjahrs von der kleinen Kammer abgelehnt. Angesichts der in der Sommersession beschlossenen dringenden Bundesmassnahme zur vorübergehenden Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung sah der Rat die Motion bereits zu grossen Teilen erfüllt.¹⁹

MOTION
DATUM: 13.06.2014
FLAVIA CARONI

Der Ständerat beriet in der Sommersession 2014 eine Motion Humbel (cvp, AG) zur Streichung der Übernahme von **Folgekosten bei nicht medizinisch induzierten kosmetischen Eingriffen** durch die obligatorische Krankenversicherung, die der Nationalrat 2013 angenommen hatte. Übereinstimmend mit dem Bundesrat beantragte die zuständige Kommission die Ablehnung der Motion. Die Kommissionssprecherin betonte, eine Verschuldensabklärung in der solidarischen Krankenversicherung sei äusserst komplex und würde einen Paradigmenwechsel bedeuten, der unerwünscht sei. Der Rat folgte dieser Ansicht ohne entgegennende Voten.²⁰

MOTION
DATUM: 09.09.2014
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat beriet eine Motion der CVP-EVP-Fraktion zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes, um die **gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Spitalbehandlungen** einzuführen. Durch den medizinischen Fortschritt könnten heute zunehmend Eingriffe ambulant ausgeführt werden, welche früher eine stationäre Unterbringung der Patientinnen und Patienten erforderten. Diese volkswirtschaftlich sehr erwünschte Entwicklung führe jedoch zu einer Verlagerung von Kosten zu den Krankenversicherern, die im ambulanten Bereich alleinige Kostenträger sind, während im stationären Bereich eine Aufteilung zwischen Krankenversicherern und den Kantonen besteht. Neu sollten beide Arten von Leistungen nach der gleichen Tarifstruktur abgerechnet und die Kosten zwischen Kassen und Kantonen geteilt

werden, so die Forderung. Zudem sollten nur jene Behandlungen überhaupt in Spitälern vorgenommen werden, für die ein Spitalaufenthalt vonnöten sei. Der Bundesrat gab an, das Anliegen im Kern zu befürworten. Jedoch sei in diesem Bereich eine vertiefte Diskussion und Zusammenarbeit mit den Kantonen notwendig, welche aktuell im Gange sei. Er wolle die Resultate dieses Prozesses abwarten, die Motion sei daher abzulehnen. Die grosse Kammer folgte dem bundesrätlichen Antrag nicht: Abgesehen vom Votum der Fraktionssprecherin und des Gesundheitsministers Berset verzichtete sie auf eine Debatte und hiess die Motion mit 92 zu 35 Stimmen bei aussergewöhnlichen 45 Enthaltungen gut. Zu den Befürwortern gehörten die GLP und die bürgerlichen Fraktionen mit Ausnahme der FDP, zu den Gegnern die FDP-Liberale und die Grüne Fraktion, während sich die SP-Fraktion annähernd geschlossen der Stimme enthielt.²¹

POSTULAT
DATUM: 09.09.2014
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat überwies in der Herbstsession 2014 ein Postulat Humbel (cvp, AG) zur Entlastung der Krankenversicherung vor ungerechtfertigten Kosten. Der Vorstoss beauftragt den Bundesrat, die Kosten zu evaluieren, welche in der Krankenversicherung durch das bloss **Einholen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen** durch Arbeitnehmende bei Ärztinnen und Ärzten entstehen, und mögliche Lösungen aufzuzeigen. Die Verantwortung für die Gewährleistung der Arbeitsdisziplin und des Vertrauens zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden liege bei den Sozialpartnern und nicht bei der Krankenversicherung, so die Postulantin. Der Bundesrat lehnte den Vorstoss ab und begründete, zwischen den Kosten für die Behandlung einer Krankheit und für das Ausstellen eines Arztzeugnisses sei nicht zu unterscheiden. Eine Kostenübernahme durch eine andere Stelle als die obligatorische Krankenpflegeversicherung sei zudem aus Datenschutzgründen nicht möglich. 109 Ratsmitglieder aus dem bürgerlichen Lager sprachen sich für den Vorstoss aus, 64 aus dem linken Lager dagegen, 6 enthielten sich ihrer Stimme.²²

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 23.10.2015
FLAVIA CARONI

Ende Oktober 2015 präsentierte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) einen Vorentwurf für eine Gesetzesvorlage, mit der eine **finanzielle Entlastung der Familien bei den Krankenversicherungsprämien** erreicht werden soll, und kündigte eine Vernehmlassung dazu an. Das Paket war mit 15 zu 8 Stimmen beschlossen worden. Es geht zurück auf zwei parlamentarische Initiativen: eine (10.407) von Ruth Humbel (cvp, AG) bereits 2010 eingereichte Initiative zur Prämienbefreiung für Kinder und eine (13.477) von Stéphane Rossini (sp, VS) zur Änderung der Prämienkategorien für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die 2013 eingereicht wurde. Da die beiden parlamentarischen Vorstösse ein gemeinsames Ziel verfolgen, war beschlossen worden, einen gemeinsamen Vorentwurf vorzulegen. Die SGK-NR schlägt zwei Hauptmassnahmen vor: Eine Veränderung des Risikoausgleichs zugunsten von jungen Erwachsenen und eine Erhöhung der Prämienverbilligung für bestimmte Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung. Konkret schwebt der Kommissionsmehrheit vor, dass die Krankenversicherer in Zukunft für junge Erwachsene zwischen 19 und 25 Jahren 50 Prozent weniger und für 26- bis 35-Jährige 20 Prozent weniger in den Risikoausgleich einzahlen müssen, was ihnen ermöglicht, den entsprechenden Gruppen substanzielle Prämienrabatte zu gewähren. Gemäss den Berechnungen der SGK-NR würden diese für die jüngere Gruppe rund CHF 90, für die ältere Gruppe rund CHF 20 pro Monat betragen. Die Einzahlungen in den Risikoausgleich für Erwachsene ab 36 Jahren würden entsprechend ansteigen, was Prämiensteigerungen von geschätzt rund CHF 20 pro Person und Monat nach sich ziehen würde. Die Verschiebung der Prämienlast würde zu Einsparungen bei der individuellen Prämienverbilligung im Rahmen von geschätzt CHF 70 bis 75 Mio. führen. Diese Summe finanziert im Modell der Kommission die zweite Massnahme: Eine Erhöhung der Prämienverbilligung für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung, welche in Haushalten mit tiefem und mittlerem Einkommen leben, auf mindestens 80%. Aktuell beträgt die Prämienverbilligung für die entsprechende Gruppe mindestens 50%. Insgesamt soll die Massnahme für die Prämienverbilligung kostenneutral ausfallen. In der gleichen Vorlage schlägt die Kommission zudem vor, einen eigenen Risikoausgleich für Kinder zu schaffen – bisher werden Kinder im Risikoausgleich nicht berücksichtigt. Der Vorentwurf enthält auch verschiedene Minderheitsanträge. Die Vernehmlassung begann am 23. November 2015 und dauerte bis zum 15. März 2016.²³

MOTION
DATUM: 17.12.2015
FLAVIA CARONI

In der Wintersession genehmigte der Ständerat einen Ordnungsantrag Kuprecht (svp, SZ), die Motion der CVP-EVP-Fraktion zur **gleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Spitalbehandlungen** zu sistieren. Die **Sistierung** soll bis zur Beratung eines Entwurfs zur 2011 von beiden Kommissionen (SGK-NR und SGK-SR) angenommenen parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG) zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (09.528) dauern.²⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 16.03.2016
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrsession 2016 behandelte der Ständerat als Erstrat eine Revision der **Bestimmungen mit internationalem Bezug im KVG**, die unter anderem die Anliegen der Motionen Kuprecht (12.4098) und Humbel (12.4224) aufnahm. Dabei ging es hauptsächlich darum, bisher auf Verordnungsstufe festgehaltene Bestimmungen in ordentliches Recht zu überführen. Erstens soll die Zusammenarbeit in grenznahen Regionen im Gesundheitswesen verstärkt werden, indem die zuvor in Verordnungen festgehaltenen Grundlagen für die Pilotprojekte in den Grenzregionen von Basel und St.Gallen in ordentlichen Gesetzen verankert werden. Die Pilotprojekte sehen die Möglichkeit der Kostenübernahme von im grenznahen Ausland erbrachten Leistungen vor. Diese haben sich gemäss der Botschaft des Bundesrates bewährt und gezeigt, dass dadurch weder Mengenausweitungen noch ein Qualitätsabbau oder Lohndumping zu befürchten seien. Dass die interessierten Grenzkantone und Versicherer beim Bund eine entsprechende Bewilligung beantragen müssen, stellt zudem sicher, dass eine solche Kooperation nicht gegen ihren Willen zustande kommen kann. Zweitens sollen in Zukunft bei stationären Behandlungen von Grenzgängern aus EU- und Efta-Staaten, die in der Schweiz versichert sind, nur noch höchstens die Tarife der Listenspitäler des Kantons, zu dem sie einen Anknüpfungspunkt haben – üblicherweise der Erwerbskanton – übernommen werden. Damit soll eine Bevorzugung gegenüber in der Schweiz lebenden Personen, bei denen diese Regelung heute schon gilt, eliminiert werden. Zudem sollen, drittens, die gesetzlichen Grundlagen für die Handlungsmöglichkeiten der Versicherer bei einer Nichtbezahlung von Prämien- und Kostenbeteiligungen von in der Schweiz versicherten Personen aus dem EU-/Efta-Raum so ergänzt werden, dass Regelungen in der Verordnung über die Krankenversicherung eine gesetzliche Grundlage erhalten. Um eine Benachteiligung von Gleichversicherten zu verhindern, soll die OKP schliesslich viertens in Zukunft im ambulanten Bereich die Tarife aller Leistungserbringer in der ganzen Schweiz vergüten und nicht mehr nur höchstens den Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort einer versicherten Person gilt. Diese Änderungen stiessen mehrheitlich auf grossen Anklang. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), die SGK-SR und schliesslich auch der Ständerat (mit 41 zu 0 Stimmen) stimmten der Vorlage einstimmig zu.²⁵

MOTION
DATUM: 29.09.2016
FLAVIA CARONI

Eine Motion Humbel (cvp, AG) verlangte eine **wirksame Taggeldversicherung bei Erwerbsausfall durch Krankheit** für alle Erwerbstätigen. Dass im Bereich der Taggeldversicherung Lücken bestehen, sei bereits zehn Jahre zuvor festgestellt worden, hiess es in der Begründung. Die Taggeldversicherung ist freiwillig. Zwar haben die Krankenversicherer Angebots- und Aufnahmezwang, ihre Taggelder liegen aber zwischen CHF 6 und CHF 40, womit kein ausreichender Schutz vorliegt. Da selbstständig Erwerbende keinen Anspruch auf Versicherungsschutz bei Krankheit haben und viele Personen zwischen selbstständiger und unselbstständiger Erwerbstätigkeit hin und her wechseln, würden manche Krankheitsfälle unnötigerweise zu IV-Fällen. Der Bundesrat beantragte, den Vorstoss abzulehnen, und gab an, bei vorübergehender Krankheit sei der Erwerbsausfall auch ohne obligatorische Versicherung weitgehend abgedeckt, wie eine Evaluation im Jahr 2009 gezeigt habe. Auch aus Kostengründen sei die bisherige Lösung beizubehalten. Diesem Antrag folgte in der Herbstsession 2016 eine aus SVP, FDP und GLP bestehende Mehrheit im Nationalrat gegen SP, Grüne, CVP und BDP. Das Stimmenverhältnis lag bei 105 zu 88 bei zwei Enthaltungen.²⁶

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 12.10.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2016 nahm der Bundesrat Stellung zum Bericht der SGK-NR zur **finanziellen Entlastung der Familien bei den Krankenversicherungsprämien**, der auf den parlamentarischen Initiativen Humbel (10.407) und Rossini (13.477) beruhte. Er pflichtete der Kommission bei, dass vorerst noch kein Risikoausgleich für Kinder geschaffen werden sollte, da er zuerst die Erfahrungen bei der Verfeinerung des Risikoausgleichs der Erwachsenen abwarten wolle. Auch bezüglich der Prämienverbilligungen stimmte er der Kommission zu. So sollten die Kantone in Zukunft für Haushalte mit unteren und mittleren Einkommen die Prämien von Kindern zu 80

Prozent sowie die Prämien von jungen Erwachsenen in Ausbildung weiterhin zu 50 Prozent verbilligen. Hingegen beantragte der Bundesrat entgegen dem Entscheid der Kommission, die 26-35-Jährigen beim Risikoausgleich nicht zu entlasten. In Übereinstimmung damit lehnte er auch die Schaffung einer entsprechenden neuen Alterskategorie ab, die eine Verpflichtung zu tieferen Prämien dieser Altersgruppe für die Versicherer nach sich gezogen hätte.²⁷

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 14.12.2016
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2016 behandelte der Nationalrat als Erstrat den Entwurf zu den parlamentarischen Initiativen Humbel (10.407) und Rossini (13.477) zur **finanziellen Entlastung der Familien bei den Krankenversicherungsprämien**. Zuvor hatte die SGK-NR die Einwände des Bundesrates umgesetzt und auf eine Entlastung der 26-35-Jährigen verzichtet. In der Eintretensdebatte erhielt das Geschäft grösstenteils Zuspruch. Einzig Toni Brunner (svp, SG) sprach sich gegen Eintreten aus, da eine zusätzliche Reduktion der Kinderprämien eine weitere Erhöhung der übrigen Prämien zur Folge hätte. Dies sei in Zeiten eines starken Prämienanstiegs nicht zu rechtfertigen. Dennoch trat der Nationalrat mit 116 zu 60 Stimmen (bei 13 Enthaltungen) auf die Vorlage ein.

Inhaltlich entschied sich die grosse Kammer mit 125 zu 64 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) gegen den Widerstand von SP, Grünen, Grünliberalen und vereinzelt Mitgliedern der SVP- und der FDP-Fraktion für die Ausnahme der Prämien von Kindern (unter 19 Jahren) aus dem massgebenden Versichertenbestand des Risikoausgleichs. Zudem sollen die Versicherer beim Risikoausgleich für Versicherte zwischen 19 und 25 Jahren entlastet werden. Dies würde nicht nur die Prämien der Jugendlichen um etwa CHF 90 pro Monat senken, sondern auch die total ausbezahlten Prämienverbilligungen der Kantone. Ob Letztere jedoch verpflichtet werden sollen, die dadurch frei werdenden Gelder für eine Erhöhung der Prämienverbilligungen von Kindern aus Haushalten mit unteren oder mittleren Einkommen einzusetzen, war äusserst umstritten. Hier entschied sich der Nationalrat nur knapp mit 96 zu 91 Stimmen bei 4 Enthaltungen für eine Erhöhung der Prämienverbilligungen von Kindern um mindestens 80 Prozent und gegen den Antrag von Bruno Pezzatti (fdp, ZG), der den Handlungsspielraum der Kantone nicht weiter einschränken wollte und entsprechend für den Status Quo plädierte.²⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 07.03.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2017 behandelte der Ständerat als Zweitrat den Entwurf zu den parlamentarischen Initiativen Humbel (10.407) und Rossini (13.477) zur **finanziellen Entlastung der Familien bei den Krankenversicherungsprämien**. Wie bereits im Erstrat war auch im Ständerat vor allem die Frage nach den Prämienverbilligungen für Kinder aus Haushalten mit unteren oder mittleren Einkommen umstritten. Ein Minderheitsantrag Dittli (fdp, UR) beabsichtigte, die Kantone in der Vergabe ihrer Prämienverbilligungen nicht weiter einzuschränken und die Höhe der IPV für Kinder bei 50 Prozent zu belassen. So hatten sich die Kantone in der Vernehmlassung gegen diesbezügliche Änderung ausgesprochen, zumal sie bezweifelten, dass die Mittel, die sie bei den IPV der Jugendlichen dank deren Entlastung beim Risikoausgleich sparen können, genug seien, um diese höheren IPV für Kinder zu finanzieren. So rechnete Roland Eberle (svp, TG) zum Beispiel für den Kanton Thurgau vor, dass eine solche Änderung in der Tat deutlich höhere Kosten nach sich ziehen würde. Hans Stöckli (sp, BE) und Gesundheitsminister Berset wiesen jedoch darauf hin, dass diese Erhöhung der Prämienverbilligungen für Kinder das „Kernstück“ respektive das „Herz“ der Vorlage seien und sich durch einen Verzicht darauf im Vergleich zu heute kaum etwas ändern würde. Zudem hätten die Kantone freie Hand bei der Abgrenzung von „unteren und mittleren Einkommen“. Ganz knapp, mit 22 zu 21 Stimmen (0 Enthaltungen), sprach sich der Ständerat für eine solche Entlastung der Eltern aus. Nachdem die kleine Kammer auch bei den übrigen Artikeln keine Differenzen zum Nationalrat geschaffen hatte und die Vorlage in der Gesamtabstimmung mit 27 zu 9 Stimmen (8 Enthaltungen) deutlich annahm, war die Vorlage bereit für die Schlussabstimmungen. Dabei blieben Überraschungen aus, der Nationalrat stimmte diesen Änderungen des KVG mit 192 zu 4 Stimmen (1 Enthaltung) und der Ständerat mit 32 zu 6 Stimmen (7 Enthaltungen) zu.²⁹

MOTIONDATUM: 04.05.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2017 reichte Bea Heim (sp, SO) eine Motion ein, mit der sie dafür sorgen wollte, dass **Eltern Schuldner der nichtbezahlten Krankenkassenprämien ihrer Kinder** bleiben, auch wenn Letztere volljährig werden. Gemäss einem Urteil des Bundesgerichts aus dem Jahr 2008 (9C_660/2007) müssten zwar die Eltern die Prämien ihrer Kinder bezahlen, Schuldner seien aber die Kinder, wodurch diese bei Erreichen der Volljährigkeit für die versäumten Prämien betrieben werden können. Solche Betreibungen könnten jungen Erwachsenen den Einstieg ins Berufsleben erschweren oder diesen je nach Berufswunsch – etwa als Treuhänderin oder Rechtsanwalt – gar verhindern, betonte die Motionärin.

In seiner Stellungnahme präziserte der Bundesrat die Situation gemäss dem Bundesgerichtsurteil: Da die Eltern die OKP im Namen ihrer Kinder abschlossen, seien Letztere Prämienschuldner; die Eltern hafteten jedoch solidarisch mit ihren Kindern. Der Bundesrat erklärte, er sehe keine «zweckmässige Massnahme», wie das Ziel der Motionärin erreicht werden könne. So habe das Parlament im Rahmen der parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG; Pa.lv. 10.407) darauf verzichtet, die Individualprämien durch Familienprämien zu ersetzen, mit denen dieses Problem hätte umgangen werden können. Würde aber den Versicherern untersagt, Versicherte für Prämienschulden, die entstanden sind, als sie minderjährig waren, zu belangen, würden die Versicherer gegenüber anderen Gläubigern, zum Beispiel gegenüber Verkäufern von Konsumgütern, benachteiligt. Dies widerspreche der Bevorzugung der Prämienforderungen durch die Krankenkassen gegenüber anderen Gläubigern bei Konkursen. In der Zwischenzeit habe – so der Bundesrat weiter – die direkte Auszahlung der Prämienverbilligungen an die Versicherer das Problem deutlich entschärft. Zudem habe das BAG die Krankenversicherer angewiesen, in solchen Fällen zukünftig «primär auf die Eltern zurückzugreifen».³⁰

PARLAMENTARISCHE INITIATIVEDATUM: 14.08.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2016 reichte Ruth Humbel (cvp, AG) eine parlamentarische Initiative für eine **Stärkung des Vertragsprimats im KVG** ein. Darin kritisierte sie, dass die Genehmigungsbehörden verschiedentlich Tarifverträge zwischen Versicherungen und Leistungserbringenden ablehnten. So würden Kantone häufig pro Spital auf einem Preis für alle Krankenversicherungen bestehen, obwohl ein Leistungserbringender gemäss KVG durchaus verschiedene Verträge mit unterschiedlichen Versicherungen haben könne. Neu sollten die zuständigen Behörden Tarifverträge folglich nur noch zur Kenntnis nehmen dürfen, jedoch nicht mehr genehmigen müssen. Im Mai 2017 gab die SGK-NR der Initiative mit 12 zu 7 Stimmen (bei 1 Enthaltung) Folge, nicht so aber die SGK-SR im August 2017, die keinen Handlungsbedarf sah.³¹

POSTULATDATUM: 29.09.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2019 forderte die grüne Fraktion vom Bundesrat einen Bericht zu **Möglichkeiten zur Verbesserung und Vereinheitlichung der Praxis der Prämienverbilligung in den Kantonen**. Das bei Einführung des KVG formulierte Ziel einer Prämienbelastung von maximal 8 Prozent des Einkommens werde heute klar verfehlt, betonte die Fraktion.

Der Bundesrat verwies auf den im März 2017 angenommenen Entwurf zur finanziellen Entlastung der Familien bei der Krankenversicherung, mit dem die Situation von Familien mit unteren und mittleren Einkommen verbessert werden sollte. Des Weiteren betonte er den engen Zusammenhang zwischen Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe, der den grossen Handlungsspielraum der Kantone in diesem Bereich rechtfertige. Dennoch halte auch er den starken Rückzug mehrerer Kantone in diesem Bereich – zehn Kantone finanzierten 2016 weniger als einen Drittel, elf Kantone weniger als die Hälfte der Prämienverbilligungsbeiträge – für problematisch. Deshalb erklärte er sich bereit, einen entsprechenden Bericht, der auch das Postulat Humbel (cvp, AG; Po. 17.3880) aufnehmen und den Bericht zur Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen berücksichtigen sollte, zu verfassen.

In der Wintersession 2017 bekämpfte Verena Herzog (svp, TG) das Postulat, das folglich in der Frühjahrsession 2018 vom Nationalrat behandelt wurde. Dabei verzichtete die Thurgauerin auf eine Stellungnahme. Der Bundesrat lud die Nationalrätinnen und Nationalräte nochmals dazu ein, das Postulat anzunehmen, zumal der Rat in der Wintersession 2017 bereits die für den Bundesrat inhaltlich nahezu identische Motion Humbel angenommen habe. Bei 96 zu 84 Stimmen (bei 1 Enthaltung) führten die geschlossenen Nein-stimmenden SVP- und FDP-Fraktionen zur Ablehnung des Postulats der grünen Fraktion.³²

MOTION

DATUM: 15.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2017 reichte Ruth Humbel (cvp, AG) eine Motion ein, gemäss der ein **Pilotversuch** zur Vergütung von Leistungen von Programmen der Patientensteuerung durch die **obligatorische Krankenpflegeversicherung** ins Leben gerufen werden sollte. Humbel kritisierte, dass vor allem auch wegen Finanzierungs- und Tariffragen keine neuen Versorgungsmodelle entwickelt würden. Mittels freiwilliger, auf vertraglichen Abmachungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern beruhender, zeitlich und geografisch klar eingeschränkter und vom BAG zu genehmigender Pilotprojekte könnten innovative Versorgungsmodelle getestet werden. Diskussionslos und stillschweigend folgte der Nationalrat dem Vorschlag des Bundesrates, der die Motion zur Annahme empfohlen hatte.³³

POSTULAT

DATUM: 15.12.2017
ANJA HEIDELBERGER

Vorschläge für eine **Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung** erwünschte sich Ruth Humbel (cvp, AG) mit einem Postulat. So soll die Finanzierung der Prämienverbilligung durch Bund und Kantone effektiver und ausgewogener gestaltet werden, zum Beispiel durch eine Wiedereinführung der Koppelung des Bundesanteils an den Finanzierungsbeitrag der Kantone. Dieses vor der NFA geltende System sei deutlich fairer gewesen als das heutige System. So könne nicht nur der Bund die Gesundheitskosten durch die Definition des Leistungskatalogs beeinflussen, sondern auch die Kantone durch die Spitalplanung und die Tarife der kantonalen Leistungserbringer. Folglich sollen sich die Kantone in gleichem Masse beteiligen wie der Bund. Seit der Entflechtung durch die NFA haben aber zahlreiche Kantone ihre Anteile reduziert, so dass der gesamte Anteil des Kantonsbeitrags von 50 Prozent (2010) auf 44 Prozent (2014) gesunken ist. Der Bundesrat verwies darauf, dass das KVG die Kantone verpflichte, „den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren“, wobei die Prämienverbilligungen von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung sogar noch erhöht worden sind. Da Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe und die kantonale Steuerpolitik eng zusammenhängen und aufeinander abgestimmt werden müssen, habe der Bund den Kantonen bei den Prämienverbilligungen viele Freiheiten gelassen. Den nun beobachtbaren Rückzug der Kantone halte aber auch der Bundesrat für problematisch. Folglich empfahl er das Postulat zur Annahme, wobei er bei der Ausarbeitung eines entsprechenden Berichts auch die Arbeiten von Bund und Kantonen zur Motion der FK-NR „Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen“ sowie ein Postulat der Grünen Fraktion zur Vereinheitlichung der Prämienverbilligungen berücksichtigen möchte. Stillschweigend nahm der Nationalrat das Postulat an.³⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 09.05.2018
ANJA HEIDELBERGER

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

vorschlag – 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.³⁵

MOTION
DATUM: 19.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Einstimmig beabsichtigte die SGK-NR im Mai 2018, **sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG zu ermöglichen**. Mit einer Motion wollte sie erreichen, dass Leistungen im Rahmen von Patientensteuerungsprogrammen im KVG vergütet werden können, solange die Programme auf klar definierte Patientengruppen beschränkt sind, zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung führen sowie zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart wurden. Im Gegensatz zur Unfallversicherung seien solche Leistungen im KVG begrenzt, so dass nichtärztliche Koordinations- und Beratungsleistungen sowie wirksame nichtkassenpflichtige Leistungen nicht abgerechnet werden könnten, erklärte die Kommission. Um dies zu erreichen, hatte die Kommission die entsprechenden Forderungen der parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG; Pa. lv. 17.441) in eine Kommissionsmotion aufgenommen, worauf Humbel ihre Initiative zurückgezogen hatte. Im Nationalrat erklärte die frühere Initiatorin, dass eine solche Regelung insbesondere chronisch kranken Patientinnen und Patienten zum Beispiel im Rahmen von Disease-Management-Programmen nützen würde. Nachdem sich zuvor auch der Bundesrat für eine Annahme der Motion ausgesprochen hatte, folgte ihm der Nationalrat in der Herbstsession 2018 stillschweigend.³⁶

MOTION
DATUM: 19.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2018 reichte die SGK-NR eine Motion ein, mit der die Möglichkeit geschaffen werden soll, dass **MiGeL-Produkte** zukünftig nicht mehr nur bei Selbstanwendung durch die Patientinnen und Patienten, sondern auch bei **Anwendung durch Pflegefachpersonen in Rechnung** gestellt werden können. Bisher musste Letzteres im Rahmen der allgemeinen Pflegefinanzierung durch Krankenversicherer, Versicherte und Restfinanzierer übernommen werden. In der Herbstsession 2018 verdeutlichte Ruth Humbel (cvp, AG) die Problematik anhand eines Beispiels: Gemäss Leistungsverordnung bezahlten die Krankenkassen CHF 65.40 pro Stunde Behandlungsaufwand der Pflegefachpersonen, also CHF 457.80 für sieben Stunden pro Monat. Bei einer komplexen Wundbehandlung müsse damit aber zum Beispiel auch das Wundmaterial von CHF 423 bezahlt werden, wodurch pro Arbeitsstunde der Pflegefachperson rund CHF 5 pro Stunde übrigblieben. Zwar übernahmen Kantone und Gemeinden die Restkostenfinanzierung, jedoch sei es «einfach nicht logisch», dass das Pflegematerial

im Stundenansatz enthalten sein solle, betonte Humbel. Bei der Neuordnung der Pflegefinanzierung habe man angenommen, dass die vom Bundesrat festgelegten Beiträge lediglich den Zeitaufwand ohne Materialkosten beinhalten würden. Bundesrat Berset verwies auf einen Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts, der die Position des Bundesrates bestätigte. Er betonte, dass die Höchstvergütungsbeträge der MiGeL auf den Vertrieb an Einzelpersonen, nicht aber auf Grosseinkäufe ausgelegt seien, wodurch die Annahme dieser Motion zu Kostensteigerungen führen würde. Er verwies zudem auf einen runden Tisch, zu welchem das BAG die involvierten Akteure am Tag der Ratsdebatte eingeladen habe und an dem die aktuelle Situation diskutiert werde. Der Bundesrat empfahl die Motion folglich zur Ablehnung. Mit einer klaren Mehrheit von 168 zu 1 Stimme (ohne Enthaltungen) – gegen den alleinigen Widerstand von Benoît Genecand (fdp, GE) – nahm die grosse Kammer die Motion an.³⁷

MOTION

DATUM: 28.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2018 reichte Ruth Humbel (cvp, AG) eine Motion ein, die zum Ziel hatte, **integrierte Versorgungsmodelle durch ihre Abgrenzung von einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung** zu stärken. Dafür brauche es eine entsprechende Definition der integrierten Versorgungsnetze als Gruppe von Leistungserbringenden, die sich «zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen» und bei denen eine über die ganze Behandlungskette gesteuerte Behandlung der Patientinnen und Patienten, der Zugang zu allen Leistungen der OKP sowie zu zusätzlichen, darüber hinausgehenden Leistungen sichergestellt seien. Zudem müssten bei integrierten Versorgungsnetzen die Zusammenarbeit, der Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen durch einen Vertrag zwischen dem Versorgungsnetz und den Versicherungen geregelt sein. Eine solche Definition sei nötig, weil die integrierte Versorgung zwar Teil des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen sei, der Begriff bisher jedoch nirgends definiert werde. Nachdem der Bundesrat die Motion zur Annahme empfohlen hatte, stimmte ihr der Nationalrat in der Herbstsession 2018 stillschweigend zu.³⁸

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.³⁹

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.⁴⁰

MOTION

DATUM: 12.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2018 lehnte der Ständerat die Motion Humbel (cvp, AG) zur Ermöglichung von **Pilotversuchen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** stillschweigend ab. Zuvor hatte die SGK-SR zwar den Nutzen des Anliegens zur Kostenreduktion anerkannt, erachtete das Ziel der Motion jedoch als bereits im ersten Massnahmenpaket des Bundesrates zur Kostenreduktion in der OKP erfüllt.⁴¹

MOTION

DATUM: 14.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Rahmen der Änderung des Medizinalberufegesetzes und des Heilmittelgesetzes und basierend auf dem neuen Verfassungsartikel zur medizinischen Grundversorgung übertrug das Parlament den **Apothekerinnen und Apothekern zusätzliche Aufgaben zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung** in der medizinischen Grundversorgung. Im September 2018 verlangte Ruth Humbel (cvp, AG) in einer Motion, dass diese neuen Leistungen und Aufgaben nun auch im KVG abgebildet werden sollten und in der Folge auch in einem Tarifvertrag zwischen Apothekerinnen und Apothekern und den Krankenversicherungen geregelt werden könnten. Der Bundesrat lehnte eine einseitige, unbegrenzte Erweiterung der durch die OKP übernommenen Leistungen aufgrund der zu befürchtenden Mengenausweitung ab. Er kläre aber im Rahmen einer Motion der SGK-NR (Mo. 18.3387) ab, wie nichtärztliche Leistungserbringende weitergehende Leistungen zulasten der OKP erbringen könnten als bisher. Im Rahmen dieser Prüfung beantragte er die Annahme der Motion Humbel, wobei ihm der Nationalrat in der Wintersession 2018 stillschweigend zustimmte.⁴²

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 Frühjahrssession 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.⁴³

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 11.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Mittelpunkt der Revision des KVG bezüglich der **Zulassung von Leistungserbringenden** in der Herbstsession 2019 durch den Nationalrat stand ein **Rückkommensantrag** der SGK-NR, der von ihrer ständerätlichen Schwesterkommission gutgeheissen worden war. Sowohl Nationalrat als auch Ständerat hatten in der ersten Behandlungsrunde den bundesrätlichen Vorschlag zur Schaffung von Auflagen für die Leistungserbringenden in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität durch die Aufsichtsbehörde gutgeheissen. Damit habe man gemäss Kommissionssprecherin Ruth Humbel (cvp, AG) jedoch Koordinationsprobleme mit der Vorlage «Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» und Zuständigkeitskonflikte zwischen Kantonen und Tarifpartnern geschaffen. Gemäss letzterer Vorlage sei der Bund für die Regulierung der Krankenversicherungen und die Tarifpartner für die Durchführung von Qualitätskontrollen zuständig. Statt den Kantonen mit der Zulassungsvorlage nun ebenfalls noch Kontrollaufgaben und somit eine zusätzliche Aufsichts- und Sanktionierungskompetenz zu geben, sollten sie ausschliesslich für die gesundheitspolitische Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie für deren Zulassung zur OKP zuständig sein, während die Wirtschaftlichkeits- und Kosteneffizienzprüfung durch die Tarifpartner erfolgen solle. Dagegen wehrte sich eine Minderheit Heim (sp, SO) heftig. Barbara Gysi (sp, NR) betonte für die SP-Fraktion, dass diese Änderung

aufgrund eines Rechtsgutachtens und des Lobbyings von Curafutura eingereicht worden sei. «Dieses Rückkommen ist nichts anderes als der Versuch, einen Teil der Macht – die Sanktionsmöglichkeiten, den Einfluss und die Steuerungsmöglichkeiten – bei den Kantonen wieder zu streichen und ihn den Versicherungen zuzuschieben», kritisierte sie. Dies wecke die Gefahr, dass die Versicherungen die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrem Kostendenken unterordneten. Wenn die Kantone zudem neu über die Zulassung der Leistungserbringenden entscheiden könnten, gemäss Verfassung für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien und diese zukünftig aufgrund von EFAS auch mitfinanzieren müssten, sollten sie auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben beaufsichtigen können. Zudem habe die Verwaltung den Koordinationsbedarf zwischen den zwei Vorlagen überprüft und in Abklärung mit dem Bundesamt für Justiz kleinere Ergänzungen vorgeschlagen. Auch Bundesrat Berset erachtete diese vorgeschlagenen kleineren Korrekturen als ausreichend, um die entsprechenden Koordinationsprobleme zu beheben. Dennoch sprach sich der Rat – bei 27 nicht teilnehmenden Personen – mit 122 zu 49 Stimmen für die Änderung aus. Die ablehnenden Stimmen stammten von der SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay vom MCG und Marianne Streiff-Feller und Nik Gugger von der EVP.

Auch die weiteren Punkte der Reform wurden hitzig diskutiert. Bei der Frage, ob die Kantone Zulassungsbeschränkungen einführen müssen oder können, sprachen sich ausser der FDP-Fraktion und Angelo Barrile (sp, ZH) und vereinzelt Enthaltungen alle Ratsmitglieder für eine entsprechende Pflicht für die Kantone aus (146 zu 30 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Bei der freiwilligen Möglichkeit auf Vertragsfreiheit, die der Nationalrat eingeführt, der Ständerat aber deutlich abgelehnt hatte, folgte die grosse Kammer mit 135 zu 41 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) ihrer Kommissionsmehrheit und lenkte gegenüber dem Ständerat ein. Eine Mehrheit der FDP-Liberalen-Fraktion und eine Minderheit der SVP-Fraktion hatte hier auf Festhalten plädiert. Nicht einlenken wollte der Nationalrat hingegen beim Beschwerderecht für die Versicherungen und die Versicherungsverbände bezüglich der Ärztehöchstzahlen; dieses bestätigte er mit 131 zu 52 Stimmen gegen den Widerstand von SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay. Mit 123 zu 53 Stimmen hielt die grosse Kammer schliesslich auch trotz kritischer Stimmen des Gesundheitsministers und von linker Ratsseite an der Verbindung dieser Zulassungsvorlage mit EFAS fest. Die Verbindung diene dazu, dass «Efas die Räte und das Referendum erfolgreich übersteht», erklärte Kommissionssprecherin Humbel.⁴⁴

MOTION

DATUM: 19.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2019 besprach die SGK-SR die Motion Humbel (cvp, AG) für eine **Definition der integrierten Versorgungsmodelle**. Die ständerätliche Kommission betonte den Nutzen der integrierten Versorgungsnetze für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen, insbesondere bei Patientengruppen mit aufwändigen Gesundheitsleistungen, und sprach sich mit 9 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) für eine Annahme der Motion aus. Sie empfahl zudem dem Bundesrat, den Vorstoss im Rahmen des zweiten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im KVG zu behandeln. Nachdem sie bereits von Bundesrat und Nationalrat unterstützt worden war, nahm auch der Ständerat die Motion stillschweigend an.⁴⁵

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 26.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

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

Ruth Humbel (cvp, AG) betonte als Kommissionssprecherin, dass es den Krankenversicherungen nicht verboten sei, fachliche Inputs zu geben. Zudem seien die Privatspitäler ein «Nebenschauplatz». In erster Linie stärke die Vorlage die Steuerungsmöglichkeit der Kantone, indem sie neu den ambulanten und stationären Bereich planen könnten, einen Einsitz in Tarmed oder Tardoc erhielten und weiterhin

die Tarife genehmigten oder erliessen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigten. Mit 136 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat in der Folge für Eintreten aus. Die ablehnenden Stimmen stammten aus der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von MCG-Mitglied Roger Golay (mcg, GE).

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

Eine weitere Minderheit Nantermod setzte sich dafür ein, dass die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also zum Beispiel die Franchisen, ebenfalls in die Berechnung des Kantonsanteils einfließen sollten. Nur dadurch würden Personen mit hohen Franchisen gleich behandelt wie Personen mit tiefen Franchisen. Mit dieser Berechnungsart müssten die Kantone den Versicherungen aber auch Geld für Kosten überweisen, die nicht von ihnen, sondern von den Versicherten bezahlt worden seien, kritisierte Gesundheitsminister Berset. Rechtlich sei es gemäss dem Bundesamt für Justiz zudem problematisch, wenn der Bund die Kantone 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 zehn davon gebe. Heute würden 45 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler durch die Kantone sowie 100 Prozent der ambulanten Leistungen durch die Versicherungen vergütet; mit einem Anteil von 74.5 Prozent wäre der Unterschied zu heute somit vernachlässigbar. Die grosse Kammer sprach sich in der Folge mit 132 zu 56 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) deutlich für den Antrag der Kommissionsmehrheit und die höhere Vergütung für die Vertragsspitäler aus.

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

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.⁴⁶

MOTION

DATUM: 20.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Moment unterlägen die Leistungen von Ärztenetzen zur koordinierten Heilbehandlung der Patientinnen und Patienten im Rahmen von Managed Care gemäss Ruth Humbel (cvp, AG) der Mehrwertsteuer, da sie nicht als Heilbehandlung anerkannt seien. Dadurch werde «ein wesentlicher Teil der erwirtschafteten Einsparungen abgeschöpft». Daher wollte sie den Bundesrat mit einer Motion beauftragen, die entsprechenden **Leistungen als Teil der Heilbehandlung zu definieren und von der Mehrwertsteuer auszunehmen**. Der Bundesrat zeigte sich bereit, dieser Forderung bei Managed Care Leistungen, nicht aber bei rein administrativen Leistungen nachzukommen, und empfahl die Motion zur Annahme. Stillschweigend folgte der Nationalrat in der Wintersession 2019 diesem Antrag.⁴⁷

MOTION

DATUM: 10.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

Einstimmig beantragte die SGK-SR die Motion Humbel (cvp, AG) zur **Abbildung der Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung im KVG** zur Annahme. Sie habe mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, dass dieser Aspekt ins zweite Kostendämpfungspaket aufgenommen werden solle, erklärte die Kommission in ihrem Bericht. Nach einer kurzen Ausführung von Kommissionssprecherin Carobbio Guscelli (sp, TI) nahm der Ständerat die Motion stillschweigend an.⁴⁸

POSTULAT

DATUM: 20.05.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 legte der Bundesrat in Erfüllung eines Postulats Humbel (cvp, AG) den **Bericht zur Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung** vor, der insbesondere die Frage stellte, wie die individuelle Prämienverbilligung (IPV) effektiver und ausgewogener gestaltet werden kann. Eine Neuorganisation der Prämienverbilligungen sei gemäss Bericht einerseits aufgrund der Motion der FK-NR (Mo. 13.3363) nötig geworden. Im dazu erschienenen Bericht hatten nämlich Bund und Kantone entschieden, die IPV zukünftig als Verbundaufgabe mit gemeinsamer Finanzierungsverantwortung und je hälftigen Beiträgen weiterzuführen. Andererseits hatten viele Kantone als Folge der Neugestaltung des Finanzausgleichs 2008 und des Wegfalls der Abhängigkeit der Kantons- von den Bundesbeiträgen ihre Beiträge zur IPV gesenkt, wie der Bundesrat in seinem Bericht weiter ausführte: Der durchschnittliche Kantonsanteil an den OKP-Bruttokosten sei zwischen 2010 und 2020 von 7.9 Prozent auf 5.5. Prozent gesunken; der Anteil der Kantone an der Prämienverbilligung habe in demselben Zeitraum von ungefähr 50 Prozent auf 41.9 Prozent abgenommen. Dabei gebe es grosse Unterschiede zwischen den Kantonen: Während der Kanton Basel-Stadt 2018 66 Prozent der IPV übernehme, seien es bei den Kantonen Nidwalden (8.1%), Bern (12.2%) und Appenzell Inneroden (19.5%) deutlich weniger. Der Bund übernimmt jeweils 7.5 Prozent der Bruttokosten der OKP für die IPV.

Neben der Höhe des Kantonsanteils ist gemäss Bericht vor allem die Höhe der verbleibenden Prämienbelastung der Haushalte für die Beurteilung der Leistungen der Kantone relevant. Diese stieg zwischen 2010 und 2017 insgesamt von 10 Prozent auf 14 Prozent an, während der Anteil Bezügerinnen und Bezüger von knapp 33 Prozent auf 26.4 Prozent sank. Auch hier bestehen grosse Unterschiede zwischen den Kantonen: Im Kanton Luzern beziehen 19 Prozent der Bevölkerung IPV, im Kanton Schaffhausen 35 Prozent. Über die Zeit angestiegen ist der Anteil IPV-Beziehende, die gleichzeitig auf Sozialhilfe oder EL angewiesen sind: 2008 waren es 22.8 Prozent, 2020 sind es 32 Prozent aller IPV-Beziehenden. 2017 wurden 55 Prozent aller IPV-Ausgaben an Sozialhilfe- oder EL-Beziehende ausbezahlt.

Dass die IPV-Reduktionen durch die Kantone nicht ungehindert möglich sind, zeigte das Bundesgerichtsurteil vom Januar 2019, welches der Bericht ebenfalls aufnahm. Demnach sind die Kantone verpflichtet, für untere und mittlere Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent zu verbilligen. Die Schwelle für diese Verbilligung hatte der Kanton Luzern gemäss Bundesgericht zu niedrig angesetzt. In der Folge mussten mehrere Kantone ihre Bestimmungen zur IPV ändern oder überprüfen.

Abschliessend diskutierte der Bericht drei Varianten für eine ausgewogene Finanzierung der IPV.

Die erste Variante sah eine Koppelung des Bundesbeitrags an den Kantonsbeitrag vor, wie er vor der NFA gegolten hatte und vom Postulat Humbel, das dem Bericht zugrunde lag, gefordert worden war. In dieser Variante würde der Bund nicht mehr fix 7.5 Prozent der Bruttokosten, sondern einfach gleich viel bezahlen wie der entsprechende Kanton. Wollten die Kantone mindestens diese 7.5 Prozent durch den Bundesrat bezahlt haben, hätten 20 Kantone 2017 insgesamt CHF 1 Mrd. mehr an Prämienverbilligungen bezahlen müssen. Der Bundesrat hatte jedoch bereits im Rahmen der erwähnten Motion der FK-NR (Mo. 13.3363) erklärt, dass er eine Rückkehr zu diesem System ablehne.

Die zweite Variante beinhaltete eine Koppelung des Kantonsanteils an die Bruttokosten. Der Mindestbeitrag jedes Kantons würde dabei anhand der verbleibenden Prämienbelastung in Prozent des verfügbaren Einkommens berechnet. Dabei gäbe es drei Gruppen von Kantonen: Kantone mit einer verbleibenden Prämienbelastung unter 10 Prozent müssten mindestens 4 Prozent der OKP-Bruttokosten übernehmen. Kantone mit einer Prämienbelastungen zwischen 10 und 14 Prozent wären für 5 Prozent der OKP-Bruttokosten zuständig und Kantone mit über 14 Prozent Prämienbelastung müssten 7.5 Prozent bezahlen, wie der Bund auch. Mit dieser Variante hätten 2017 17 Kantone zusätzlich CHF 777 Mio. bezahlen müssen.

Die dritte Variante beruhte auf einer Koppelung des Kantonsanteils an die kantonalen Bruttokosten. Wie der Bundesrat würden somit auch die Kantone mindestens 7.5 Prozent der kantonalen OKP-Bruttokosten übernehmen. 21 Kantone hätten dabei 2017 Mehrleistungen von CHF 923 Mio. erbringen müssen. Dieser Betrag würde sich für alle Kantone vom Betrag der ersten Version unterscheiden, weil hier 7.5 Prozent der kantonalen Bruttokosten, bei Variante 1 aber der der mittleren Wohnbevölkerung des Kantons entsprechende Anteil an den nationalen Bruttokosten übernommen werden müsste.

Die erste Variante habe den Vorteil, dass die Finanzautonomie der Kantone gewahrt werde, jedoch trage sie den unterschiedlichen kantonalen Gesundheitskosten und verbleibenden Prämienbelastungen nicht Rechnung. Letzteres sei auch das Problem der dritten Variante, während die zweite Variante zwar die Prämienbelastung berücksichtige, der Bund jedoch eine Mindestfinanzierung definiere, resümierte der Bundesrat.⁴⁹

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 20.05.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 gab der **Bundesrat** bekannt, die **Prämien-Entlastungs-Initiative** der SP Volk und Ständen zur Ablehnung zu empfehlen. Er störte sich daran, dass sich die Initiative ausschliesslich auf die Finanzierung der Gesundheitsausgaben konzentriere und die Kostenproblematik – mit der sich die Kostenbremseinitiative der CVP ausschliesslich beschäftige – ausser Acht lasse. Er wehrte sich auch dagegen, dass der Bund gemäss Initiative für zwei Drittel der individuellen Prämienverbilligungen aufkommen sollte – was ihn gemäss eigenen Zahlen pro Jahr CHF 6 Mrd. und nicht CHF 2.5 Mrd. bis CHF 3 Mrd., wie die Initianten und Initiantinnen berechnet hatten, kosten würde –, obwohl die Gesundheitskosten stark durch die Entscheidungen der Kantone, etwa bezüglich Spitalplanung, beeinflusst würden. Diese hätten ihre Beiträge an die IPV zudem in den letzten Jahren immer stärker gesenkt. Da er sich der hohen Belastung der Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien bewusst sei – diese wurde unter anderem im Monitoring 2017 zur Wirksamkeit der Prämienverbilligungen ausführlich dargelegt –, legte der Bundesrat einen **indirekten Gegenvorschlag zur Initiative** vor. Darin schlug er vor, den Kantonsbeitrag für die Prämienverbilligungen an die kantonalen Bruttokosten sowie an die verbleibende Prämienbelastung zu knüpfen; dies entspräche der im Bericht zur Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung zur Erfüllung des Postulats Humbel (cvp, AG; Po. 17.3880) ausführlich beschriebenen Variante 2. Dies würde für die Kantone schätzungsweise zusätzliche Kosten von CHF 777 Mio. jährlich mit sich bringen, gleichzeitig aber auch Anreize zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen schaffen, argumentierte er.

Im Oktober 2020 schickte der Bundesrat seinen indirekten Gegenvorschlag in die Vernehmlassung; diese wird bis Februar 2021 andauern.⁵⁰

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 (cvp, 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 können 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.⁵¹

MOTION

DATUM: 24.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

Um Leistungserbringenden sowie Patientinnen und Patienten einen zusätzlichen Anreiz zur Nutzung des elektronischen Patientendossiers zu bieten, beantragte die SGK-NR im Mai 2020 in einer Motion, die Gesetzesgrundlagen so zu ändern, dass zukünftig auch **elektronische Rechnungen im EPD abgelegt** werden können. Der Bundesrat lehnte das Anliegen mit der Begründung ab, dass das elektronische Patientendossier der «Verbesserung der Patientensicherheit und der Qualitätsentwicklung in der Patientenbehandlung» diene und Mitarbeitende von Krankenversicherungen oder Ärztekassen keinen Zugriff darauf haben sollten. Letzteres sei wichtig, «um das Vertrauen der Bevölkerung ins EPD nicht zu gefährden». Dem entgegnete Ruth Humbel (cvp, AG) im Rahmen der Nationalratsdebatte in der Herbstsession 2020, dass die Vertraulichkeit für den medizinischen Teil des EPD gewährleistet werden müsse, die Rechnungen aber in einem abgeschlossenen Bereich abgelegt werden könnten. Gesundheitsminister Berset verwies jedoch darauf, dass das EPD bereits jetzt sehr komplex sei und er es durch die Einführung eines abgeschlossenen Bereiches ungern weiter verkomplizieren würde. Insgesamt schaffe der Vorschlag der Kommission mehr Probleme, als er löse, betonte er. Diese Argumentation überzeugte den Nationalrat jedoch nicht, er nahm die Motion mit 149 zu 34 Stimmen an. Gegen den Vorstoss sprachen sich eine Mehrheit der SVP-Fraktion sowie je eine Person der GLP- und FDP.Liberale-Fraktion aus.⁵²

BERICHT

DATUM: 21.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

Gut sechs Jahre, nachdem das Postulat Humbel (cvp, AG) für die **Entlastung der Krankenversicherung von ungerechtfertigten Kosten** angenommen worden war, legte der Bundesrat seinen **Bericht** vor. Konkret ging es um die Frage, welche **Kosten der OKP durch Arztbesuche aufgrund von Arztzeugnissen**, welche die Arbeitgebenden nach kürzester Zeit verlangten, entstehen.

Der Bundesrat erachtete es als schwierig, die Kostenfolgen durch entsprechende Zeugnisse abzuschätzen. Das Ausstellen eines Zeugnisses sei nur ein Nebenaspekt der Behandlung und werde folglich in der Rechnungsstellung nicht als Kostenpunkt vermerkt. Zudem werde nirgends zwischen notwendigen, sinnvollen und nicht notwendigen, nicht sinnvollen Behandlungen unterschieden. Bei einer Umfrage durch das BAG schätzte Santésuisse die entsprechenden vermeidbaren Kosten auf CHF 200 Mio. pro Jahr (0.6% der OKP-Bruttokosten). Curafutura und der Haus- und Kinderärzterverband MFE konnten keine entsprechenden Schätzungen abgeben. Dieselbe Umfrage ergab, dass die meisten Arbeitgebenden nach drei Tagen ein Arbeitszeugnis verlangten, üblich seien aber auch Regelungen zwischen einem und fünf Tagen. Santésuisse schätzte denn auch das Einsparpotenzial einer Regelung, gemäss der Arbeitgebende erst nach fünf Tagen ein Arbeitszeugnis verlangen könnten, auf CHF 100 Mio. pro Jahr. Dieser Betrag lasse sich jedoch aufgrund der Franchisen nicht 1:1 auf die OKP übertragen, gab der Verband zu bedenken. Heute bestehe weder im OR noch im Arbeitsgesetz eine Regelung zum Arztzeugnis, wurde im Bericht weiter ausgeführt; stattdessen werde dies jeweils im Arbeitsvertrag oder im Gesamtarbeitsvertrag geregelt.

Diskutiert wurden auch verschiedene Möglichkeiten zur Änderung der bisherigen Regelung: Eine Kostenübernahme durch die Versicherten kritisierte MFE mit der Befürchtung, dass Arbeitnehmende damit seltener oder später zum Arzt gingen, wodurch sich das Ansteckungsrisiko für andere Personen erhöhe oder sich die Krankheit verschlimmere, was eine lange Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen könnte. Eine Übernahme der Zeugniskosten durch die Arbeitgebenden lehnten SAV und SGV ab und auch eine Aufteilung der Kosten, bei der die Patientinnen und Patienten für den Arztbesuch, die Arbeitgebenden für das Arztzeugnis aufkommen würden, bezeichnete der SAV als «weder denkbar noch angemessen», während der SGV auf Kostenfolgen von

mehreren Tausend Franken pro Jahr für die Unternehmen verwies. Eine Festsetzung der Zeugnispflicht auf den vierten Tag lehnte der SAV wiederum ab, weil er einerseits ungerechtfertigte Absenzen befürchtete und ein zu einem früheren Zeitpunkt erstelltes Arztzeugnis oft für die Kostenübernahme der Taggeldversicherung nötig sei. Den Vorschlag von MFE, diese Frage neu im OR zu regeln, lehnte wiederum der Bundesrat aus formellen Gründen ab: Eine entsprechende Regelung sei untypisch für das OR, ihre Aufnahme brauche daher wichtige Gründe. Man solle entsprechend nicht das Gesetz, sondern die Vertragspraxis ändern. Zusammenfassend erklärte der Bundesrat, dass eine Übernahme der Kosten von Akteuren ausserhalb der OKP zu wenig Kosteneinsparungen, aber zu zahlreichen Folgeproblemen führen würde, und empfahl daher mangels Alternativen, dass die OKP die Kosten auch zukünftig übernehmen solle.⁵³

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 SKG-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 Spitallisten 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 Generikapenetrationsrate 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.⁵⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 14.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

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 Kommissionmehrheit darauf verzichten wollte. In beiden Fragen folgte der Rat der Kommissionmehrheit (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 Kommissionssprechenden, entsprechend mache es keinen Sinn, hier die Tarifautonomie zu wahren. Mit 136 zu 51 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte der Rat der Kommissionmehrheit 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.⁵⁵

-
- 1) AB NR, 2013, S. 1343.
 - 2) AB NR, 2019, S. 2276 ff.; AB NR, 2019, S. 2291 ff.; AB NR, 2019, S. 2304 ff.; BBI 2018, S. 7653 ff.
 - 3) AB NR, 2019, S. 328 ff.
 - 4) AB NR, 2018, S. 427 ff.; AB NR, 2018, S. 438 ff.; AB NR, 2018, S. 502 ff.; LZ, NZZ, TA, 16.3.18
 - 5) AB NR, 2018, S. 1206 ff.
 - 6) AB NR, 2006, S. 535 ff. und 1148.
 - 7) AB NR, 2007, S. 387 f.
 - 8) AB NR, 2009, S. 526 f.
 - 9) AB NR, 2010, S. 1543 f.; AB NR, 2010, S. 555.; AB NR, 2010, S. 966.
 - 10) AB NR, 2013, S. 2201 f.; AB NR, 2015, S. 2290; AB NR, 2017, S. 2178; Bericht SGK-NR vom 13.11.15; Bericht SGK-NR vom 2.11.17; Bericht SGK-NR vom 25.10.13; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.2.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.4.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 19.11.11
 - 11) Medienmitteilung der SGK-NR vom 11.11.11; Medienmitteilung der SGK-NR vom 15.8.14; Medienmitteilung der SGK-NR vom 18.2.11; Medienmitteilung der SGK-NR vom 23.10.15; Medienmitteilung der SGK-SR vom 1.4.11; Medienmitteilung der SGK-SR vom 7.9.11
 - 12) BO CN, 2011, p. 129 ss., 1322 ss., 1620 ss., 1806 s., 1865 s.; BO CE, 2011, p. 344 ss., 770 ss., 1030 s. et 1034; Lib., 15.9.11; SGT, 6.10.11.
 - 13) BO CN, 2011, p. 529.
 - 14) FF, 2011, p. 6801; BO CN, 2011, p. 1671 ss., 2072 s. et 2283; BO CE, 2011, p. 1103 ss., 1215 s. et 1310; 24h, 1.6.11; BZ, 12.12.11.
 - 15) BO CE, 2011, p. 350
 - 16) AB NR, 2012, S. 1792.
 - 17) AB NR, 2013, S. 509; AB SR, 2013, S. 667.
 - 18) AB NR, 2013, S. 1345.
 - 19) AB SR, 2013, S. 1094 f.
 - 20) AB SR, 2014, S. 554
 - 21) AB NR, 2014, S. 1395 f.
 - 22) AB NR, 2014, S. 1397 f.
 - 23) Medienmitteilung SGK-NR vom 23.10.2015; BZ, 24.10.15
 - 24) AB SR, 2015, S. 1332
 - 25) AB SR, 2016, S. 211 ff.; BBI, 2016, S. 1 ff.; Medienmitteilung SGK-SR vom 12.01.2016
 - 26) AB NR, 2016, S. 1754 f.
 - 27) Stellungnahme des Bundesrates vom 12.10.2016; BZ, 21.3.16
 - 28) AB NR, 2016, S. 2203 ff.; AZ, BZ, CdT, LMD, LT, LZ, Lib, NZZ, SGT, TA, TG, 15.12.16
 - 29) AB NR, 2017, S. 572; AB SR, 2017, S. 130 ff.; AB SR, 2017, S. 306; BZ, CdT, NZZ, TG, 8.3.17
 - 30) Bundesgerichtsurteil 9C_660_2007; Mo. 17.3323
 - 31) Medienmitteilung SGK-NR vom 12.5.17; Medienmitteilung SGK-SR vom 15.8.17
 - 32) AB NR, 2017, S. 2189; AB NR, 2018, S. 31
 - 33) AB NR, 2017, S. 2186; NZZ, 23.6.17
 - 34) AB NR, 2017, S. 2189
 - 35) AB NR, 2018, S. 2153 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 31.8.18
 - 36) AB NR, 2018, S. 1443 f.
 - 37) AB 2018, NR, S. 1449 f.
 - 38) AB NR, 2018, S. 1731
 - 39) AB NR, 2018, S. 1795 ff.; BBI 2018, S. 6733 ff.
 - 40) AB SR, 2018, S. 1031 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.18
 - 41) AB SR, 2018, S. 1031 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.2018
 - 42) AB NR, 2018, S. 2211
 - 43) AB SR, 2019, S. 35; Bericht SGK-SR (17.3716) vom 19.2.19
 - 44) AB NR, 2019, S. 1432 ff.
 - 45) AB SR, 2019, S. 812 f.; Bericht SGK-SR vom 3.9.19 (18.3649)
 - 46) 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
 - 47) AB NR, 2019, S. 2425
 - 48) AB SR, 2020, S. 112; Bericht SGK-SR vom 11.2.20 (Mo. 18.3977)
 - 49) Bericht des BR zur Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung
 - 50) Bericht des BR zum indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative; Medienmitteilung BR vom 20.5.20; Medienmitteilung BR vom 21.10.20
 - 51) AB NR, 2020, S. 1075 ff.; AB NR, 2020, S. 754 ff.
 - 52) AB NR, 2020, S. 1841 ff.
 - 53) Bericht BR zur Entlastung der Krankenversicherungen vom 21.10.20
 - 54) AB NR, 2020, S. 1994 ff.; AB NR, 2020, S. 1998 ff.
 - 55) AB NR, 2020, S. 2511 ff.