

# Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	<b>24.04.2024</b>
Thème	<b>Santé, assistance sociale, sport</b>
Mot-clés	<b>Révision de la LAMal</b>
Acteurs	<b>Sans restriction</b>
Type de processus	<b>Sans restriction</b>
Date	<b>01.01.1965 - 01.01.2023</b>

# Imprimer

## Éditeur

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

## Contributions de

Benteli, Marianne  
Heidelberger, Anja  
Schneuwly, Joëlle  
Schubiger, Maximilian

## Citations préféré

Benteli, Marianne; Heidelberger, Anja; Schneuwly, Joëlle; Schubiger, Maximilian 2024.  
*Sélection d'article sur la politique suisse: Santé, assistance sociale, sport, Révision de la LAMal, 1998 - 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), téléchargé le 24.04.2024.

# Sommaire

<b>Chronique générale</b>	1
<b>Politique sociale</b>	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Politique de la santé	1
Médecins et personnel soignant	11
Médicaments	16
Epidémies	18

## Abréviations

<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>WBK-SR</b>	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Ständerats
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>BJ</b>	Bundesamt für Justiz
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>EVG</b>	Eidgenössisches Versicherungsgericht
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>ANQ</b>	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

---

<b>AVS</b>	Assurance-vieillesse et survivants
<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>CSEC-CE</b>	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil des Etats
<b>UE</b>	Union européenne
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>OFJ</b>	Office fédéral de la justice
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>TFA</b>	Tribunal fédéral des assurances
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>ANQ</b>	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

# Chronique générale

## Politique sociale

### Santé, assistance sociale, sport

#### Politique de la santé

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 22.09.1998  
MARIANNE BENTELI

In seiner Vernehmlassungsvorlage zur **Revision des Krankenversicherungsgesetzes** (KVG) hielt der Bundesrat fest, dass nach seinem Dafürhalten vorerst nur diejenigen Bestimmungen abzuändern sind, die in den letzten zwei Jahren gezeigt haben, dass sie aufgrund von Fehlformulierungen, Lücken usw. die gewünschten Wirkungsmechanismen des KVG behindern. Revisionsthemen, die eine wesentliche Änderung der Finanzierung und der Subventionierung zur Folge hätten, sollen dabei noch nicht angegangen werden. Die Spitalfinanzierung bildet hier allerdings eine Ausnahme; sie soll in nicht allzu ferner Zukunft in einer separaten Vorlage neu geregelt werden.<sup>1</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 23.03.1999  
MARIANNE BENTELI

Die Vorschläge zur Spitalfinanzierung, welche der Bundesrat anfangs März im Rahmen der **zweiten Etappe der 1. Teilrevision des KVG** in die **Vernehmlassung** gab, zeigten, dass seine Vorstellungen zumindest für den Moment nicht in Richtung Abschaffung der kantonalen Beteiligung an den Gesundheitskosten zielen, sondern vielmehr eine stärkere Einbindung der Kantone anpeilen. In konsequenter Weiterführung eines Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichts von 1997 schlug er vor, dass die Kantone inskünftig auch innerkantonal mindestens die Hälfte der Hospitalisierungskosten in der Grundversicherung übernehmen müssen, selbst wenn der Patient oder die Patientin über eine Zusatzversicherung verfügt. Bisher schrieben die Kantone ihre diesbezüglich ausgerichteten Beiträge nur der allgemeinen Abteilung gut. Die neue Regelung gilt auch für die Behandlung in Privatkliniken, die auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Damit werden die oft teuer produzierenden staatlichen Spitäler dem Konkurrenzdruck der privaten Anbieter ausgesetzt. Subventionsberechtigt sollen neu auch teilstationäre Aufenthalte (zwischen 2 und 24 Stunden) sein. Damit würden inskünftig nicht mehr die Institutionen (Spital bzw. Klinik) an sich finanziert, sondern die tatsächlich erbrachten Leistungen abgegolten, was zu mehr Kostentransparenz beitragen soll. Für die Kantone wird dies gemäss BSV zu einer Mehrbelastung zwischen jährlich 640 Mio. und 1 Mia. Franken führen. Den Krankenversicherern, die sich künftighin an den Investitionskosten der Spitäler beteiligen müssten, stünden jährliche Mehraufwendungen zwischen 120. und 220 Mio. Fr. ins Haus. Die Krankenkassenprämien in der Grundversicherung dürften sich dadurch um rund 2% erhöhen, wogegen bei den Zusatzversicherungen eine leichte Entspannung eintreten sollte.<sup>2</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 24.03.2000  
MARIANNE BENTELI

Bei der Beratung der 1. Teilrevision des KVG hatte der Nationalrat gewisse Präventionsmassnahmen (beispielsweise die Früherkennung von Brustkrebs) von der **Kostenbeteiligung der Versicherten ausnehmen** wollen, während der Ständerat aus Rücksicht auf die Finanzlage der Krankenkassen dagegen gestimmt hatte. Nach dem Beschluss des Nationalrates, in diesem Punkt festzuhalten, schmolz auch der Widerstand in der kleinen Kammer dahin; die neuerliche Ablehnung kam lediglich noch mit Stichentscheid des Präsidenten zustande. Weil der Nationalrat – wenn auch sehr knapp mit 85 zu 83 Stimmen – ein drittes Mal auf seiner Meinung beharrte, wurde die Frage der Einigungskonferenz zugewiesen. Diese erarbeitete ihrem Auftrag gemäss einen Kompromissvorschlag: ausgenommen von der Franchise (aber nicht vom Selbstbehalt) sollen in Zukunft Leistungen sein, die im Rahmen von **national oder kantonal durchgeführten Präventionskampagnen** angeboten werden. Mit der Bereinigung dieser letzten Differenz war die 1. Teilrevision des KVG unter Dach und Fach.<sup>3</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 18.09.2000  
MARIANNE BENTELI

Die Frage der **Spitalfinanzierung** stand im Zentrum der 2. KVG-Teilrevision. Ausgelöst worden war die Diskussion durch ein Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG), welches die Kantone verpflichtet hatte, bei ausserkantonalen Behandlungen auch in den privaten und halbprivaten Abteilungen einen Grundbeitrag zu leisten. Die Krankenkassen hatten dies zum Anlass genommen, die Praxis der Kantone, innerkantonal lediglich die öffentlichen Abteilungen der Spitäler mit einem Pauschalbetrag zu subventionieren, als nicht dem Geist des KVG entsprechend anzuprangern, und sie hatten verlangt, dass die Kantone in jedem Fall einen Sockelbeitrag leisten sollten. Auf Vermittlung des BSV war es zu einem „Stillhalteabkommen“ zwischen Kantonen und Kassen für den innerkantonalen Bereich gekommen, allerdings unter der von den Versicherern gestellten Bedingung, dass bis Ende 2000 neue Finanzierungsregeln im KVG definiert würden. Als sich die Vorlage verzögerte, drohten die Krankenkassen, das Stillhalteabkommen gerichtlich anzufechten. Zudem hatten mehrere parlamentarische Vorstösse ebenfalls die gängige Spitalfinanzierung in Frage gestellt. Sie verlangten, die Kantone sollten nicht mehr automatisch die Spitaldefizite abgelden, sondern nur mehr zusammen mit den Versicherungen für je 50% der tatsächlich erbrachten Leistungen, allenfalls mit einer Pauschale resp. mit einem Globalbudget aufkommen.

Mitte September verabschiedete der Bundesrat seine diesbezügliche Botschaft zuhnden des Parlaments. Nach dem neuen Modell sollen sich die Kantone und die Krankenkassen je zur Hälfte in die Vergütung der obligatorischen Leistungen teilen. Die Neuregelung wird für alle Spitäler auf der Spitalliste eines Kantons gelten und für alle Versicherten, unabhängig von deren Versicherungsdeckung. Im Gegenzug sollen sich die Krankenkassen zu 50% an den Investitionskosten der Spitäler beteiligen. Damit soll erreicht werden, dass beide Seiten (Spitäler und Versicherer) für Einsparungen eintreten, anstatt sich gegenseitig die Kosten zuzuschieben. Profitieren werden in erster Linie die Zusatzversicherten, die bisher ihren Spitalaufenthalt ohne Kantonssubventionen allein über ihre Prämien berappen mussten. Die Kantone stellten sich vehement gegen die Pläne des Bundesrates, die sie als für ihre Haushalte völlig untragbar bezeichneten. Sie verlangten zumindest eine Etappierung bei der Einführung der Neuregelung, den Ausschluss der gewinnorientiert arbeitenden Privatkliniken von jeglicher Subventionierung sowie eine Erhöhung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligungen; die hälftige Beteiligung der Kantone an der Finanzierung von teilstationären Einrichtungen sei gänzlich zu streichen. In der zuständigen Kommission des Ständerates, der die 2. Teilrevision als Erstrat behandelt, stiessen die Vorbehalte der Kantone auf Verständnis. Sie trat auf die Vorlage zwar ein, beauftragte aber die Verwaltung, noch andere Wege der Spitalfinanzierung zu prüfen. Aus diesem Grund konnte die Vorlage nicht, wie ursprünglich geplant, in der Wintersession vom Plenum behandelt werden.<sup>4</sup>

INITIATIVE POPULAIRE  
DATE: 22.06.2001  
MARIANNE BENTELI

Nach dem Nationalrat lehnte auch die kleine Kammer die 1997 eingereichte **Volksinitiative „Für eine freie Arzt- und Spitalwahl“**, die eine uneingeschränkte Wahl des Leistungserbringers für die Kranken- und Unfallversicherten in der ganzen Schweiz verlangte, mit 28 zu 0 Stimmen klar ab. Da mit der 2. Teilrevision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung ein Hauptanliegen der Initianten (gleich lange Spiesse für öffentliche Spitäler und private Kliniken) weitgehend Berücksichtigung fand, wurde das Begehren im Sommer **zurückgezogen**.<sup>5</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 04.10.2001  
MARIANNE BENTELI

Eine eigenständige und weitreichende Weichenstellung nahm der Ständerat bei der mittelfristigen Zukunft der Spitalfinanzierung vor. In einer neuen Übergangsbestimmung zum KVG verpflichtete er den Bundesrat, innerhalb von fünf Jahren eine Vorlage zu präsentieren, die ein **monistisches Finanzierungssystem** einführt. Danach sollen die Kantone nicht länger direkt für Investitionen und Defizite der Spitäler aufkommen. Sie müssten den Krankenkassen aber die Hälfte der von diesen zu übernehmenden Gesamtkosten ersetzen – in Form von Subventionen (beispielsweise für die Bildung eines Grossrisikopools), Beiträgen zur Prämienverbilligung oder als Risikoausgleich. Damit würde bei den Kosten endlich Transparenz geschaffen, begründete die vorberatende Kommission ihren Vorschlag zu diesem grundlegenden Systemwechsel; gleichzeitig würde erreicht, dass öffentliche und private Spitäler nicht länger ungleich behandelt werden. Santésuisse (ehemals KSK) als Dachverband der Krankenversicherer begrüßte diese Marschrichtung, die Kantone, die ihre Entmachtung befürchten, zeigten sich skeptisch. Im Dezember überwies der Nationalrat ein Postulat Zäch (cvp, AG) (Po. 01.3604) für einen Bericht über die Einführung der monistischen

## Spitalfinanzierung<sup>6</sup>

### OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL

DATE: 14.12.2001  
MARIANNE BENTELI

Anlässlich der Beratung der 2. Teilrevision KVG folgte der Ständerat bei der **Spitalfinanzierung** in den wesentlichen Punkten dem Bundesrat. Demnach müssen sich Kantone und Versicherer in Zukunft hälftig die Kosten für die Behandlung aller Spitalpatienten (unabhängig von deren Versicherungsdeckung) sowohl inner- wie ausserkantonale sowie die Finanzierung der Investitionskosten der Spitäler teilen. Es werden nicht mehr Institutionen subventioniert, sondern Leistungen abgegolten. Für die Kantone entstehen jährlich Mehrkosten von – je nach Schätzung – 600 Mio bis 1,2 Mia Fr., wobei zur Schonung der Kantone auf Antrag Stadler (cvp, UR) eine vierjährige Übergangsregelung mit steigender Kantonsbeteiligung stipuliert wurde. Die Einigung über die Kostenaufteilung bis zu diesem Zeitpunkt wollte die kleine Kammer den Verhandlungen zwischen den Kantonen und den Versicherern überlassen. Die Politik wurde hier aber erneut vom Eidg. Versicherungsgericht (EVG) eingeholt. Nachdem das vom BSV vermittelte Stillhalteabkommen zwischen den Kantonen und den Versicherern Ende 2000 ausgelaufen war, hatten sich mehrere Kassen an die Gerichte gewandt, um ihre Forderungen auf diesem Weg durchzusetzen. Das EVG entschied Ende Jahr, dass auch bei der innerkantonalen Hospitalisation der Sockelbeitrag zu Gunsten der halbprivat und privat versicherten Spitalpatienten ab 2001 geschuldet ist. Da das EVG-Urteil keine Übergangsfrist vorsah, setzte sich die interkantonale Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) beim Parlament für einen dringlichen Bundesbeschluss ein, um zumindest eine Etappierung und Abfederung der Zusatzbelastung zu erreichen.<sup>7</sup>

### OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL

DATE: 13.12.2002  
MARIANNE BENTELI

Bei der Beratung der **2. KVG-Revision** war im Nationalrat der Übergang zur leistungsbezogenen, **generell hälftigen Spitalfinanzierung** durch die Kantone und die Versicherer unbestritten. Analog zum Ständerat im Vorjahr wurde der Wechsel von der dual-fixen zur monistischen Finanzierung, bei der die Versicherungen die alleinige Zahlstelle sind und dadurch mehr Transparenz erlangen, während die Kantone ihre Beiträge an die Versicherer leisten, im Grundsatz zwar gutgeheissen, aber auf die 3. KVG-Revision verschoben. Abweichend vom dringlichen Bundesbeschluss beantragte die vorberatende Kommission, dass neu auch **Privatspitäler** Kantonsbeiträge erhalten sollen, falls sie auf der Spitalliste der Kantone aufgeführt sind und von diesen einen Leistungsauftrag erhalten haben. Die bürgerlichen Befürworter erklärten, damit würden gleich lange Spiesse geschaffen und der Wettbewerb gefördert. Die Gegner kritisierten, die Spiesse seien gar nicht gleich lang, da die Privatkliniken nicht an die selben Auflagen (etwa punkto Betrieb einer Notfallstation oder qualitativer und quantitativer Standards beim Personal) gebunden seien wie die öffentlichen Spitäler. Ein diesbezüglicher Antrag der SP wurde ebenso abgelehnt wie ein weiterer Antrag, für den ambulanten Bereich der Spitäler Globalbudgets einzuführen. Da die Gesetzesrevision vom Nationalrat in der Gesamtabstimmung verworfen wurde, sind diese Beschlüsse – zumindest vorderhand – hinfällig.<sup>8</sup>

### OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL

DATE: 17.06.2003  
MARIANNE BENTELI

Bis Ende 2002 mussten die Krankenkassen lediglich einen Beitrag an die in **Pflegeheimen** und im Spitexbereich erbrachten Leistungen der Grundpflege bezahlen. Durch eine Verordnungsänderung wurden die Leistungen der Versicherer per Anfang 2003 insofern ausgeweitet, als sie verpflichtet wurden, die tatsächlichen Pflegekosten zu übernehmen. Die Krankenkassen schätzten, dass ihnen dies Mehrkosten von rund einer Mia Fr. beschere würde, was die Prämien entsprechend ansteigen liesse. Bei der Beratung der 2. KVG-Revision wollte der Ständerat den Versicherern insofern entgegen kommen, als er eine Bestimmung ins Gesetz einfügte, die es dem Bundesrat erlaubt hätte, umgehend wieder den Status quo ante herzustellen resp. die Belastung der Versicherer auf dem Stand von Anfang 2003 einzufrieren. Auch der Nationalrat war der Ansicht, dass hier Handlungsbedarf besteht, sprach sich aber gegen die vom Ständerat gewählte, die künftige Entwicklung präjudizierende Formulierung aus. Er beschloss im Sommer, die Klärung dieser Frage auf die 3. KVG-Revision resp. auf eine separate Vorlage zu verschieben.<sup>9</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 23.10.2003  
MARIANNE BENTELI

Nach umfangreichen Hearings beantragte die Kommission des Ständerates dem Plenum, die Pflegefinanzierung **nicht mit der laufenden Revision zu ändern**, um nicht die gesamte Vorlage wegen dieser Frage scheitern zu lassen. Sie legte aber eine Motion vor, welche den Bundesrat beauftragte, dem Parlament bereits 2004 die Botschaft zu einer neuen Finanzierung der Krankenpflege in Koordination mit der Leistungspflicht anderer Sozialversicherungen einschliesslich der Ergänzungsleistungen zur AHV zu unterbreiten. Die Motion wurde vom Ständerat angenommen, vom Nationalrat aber abgelehnt, weil sie das heutige Finanzierungsvolumen der Krankenversicherer festschreiben wollte. Stattdessen überwies der Nationalrat eine Motion seiner SGK mit gleichem Wortlaut, allerdings ohne Einfrieren der Tarife.<sup>10</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 02.12.2003  
MARIANNE BENTELI

Einen Hauptbestandteil der 2. KVG-Revision bildete die Überführung dieser Regelung in geltendes Recht, d.h. der definitive Übergang zu leistungsbezogenen Pauschalen und zu einer **dual-fixen Spitalfinanzierung**, bei der Kantone und Versicherer zu gleichen Teilen für die Investitions- und Betriebskosten der öffentlichen und privaten Listenspitäler aufkommen. Im Ständerat, der die Vorlage als Erstrat behandelte, wollte eine Minderheit Stähelin (cvp, TG) bereits in dieser Revisionsetappe zur monistischen Finanzierung übergehen, bei der es nur noch eine Zahlstelle (Kassen) gibt und die kantonalen Subventionen nicht mehr an die Leistungserbringer, sondern an die Zahlstelle fliessen. Obgleich Einigkeit darüber herrschte, dass die monistische Finanzierung dereinst kommen soll, war der Ständerat doch der Ansicht, dieser Systemwechsel wäre im heutigen Zeitpunkt zu abrupt, weshalb er den Antrag mit 22 zu 16 Stimmen ablehnte. Der Nationalrat stimmte der Neuregelung diskussionslos zu. Da die KVG-Revision im Nationalrat definitiv scheiterte, sind diese Beschlüsse hinfällig.<sup>11</sup>

**MOTION**  
DATE: 03.03.2005  
MARIANNE BENTELI

Eine im Vorjahr vom Ständerat angenommene Motion Heberlein (fdp, ZH) für **dringende Reformen im Gesundheitswesen**, wurde, da durch die anstehenden KVG-Revisionen obsolet geworden, vom Nationalrat abgelehnt. Eine analoge Motion der FDP-Fraktion (Mo. 03.3673) wurde zurückgezogen.<sup>12</sup>

**MOTION**  
DATE: 07.06.2006  
MARIANNE BENTELI

Im Einvernehmen mit dem Bundesrat nahm der Nationalrat eine Motion Noser (fdp, ZH) an, die einen Ausbau der 2004 in der laufenden KVG-Revision beschlossenen Versichertenkarte zu einem eigentlichen **Gesundheitspass** verlangt, der die Patientenerkennung vereinfacht, medizinische Notfalldaten beinhaltet und einen sicheren Zugang zu persönlichen Gesundheitsinformationen ermöglicht. Es seien darüber hinaus Gesundheitsinformationsnetze zwischen den Versorgungsstationen (Krankenhäuser, Praxen, Laboratorien usw.) zu entwickeln, um den Informationsstand aller im schweizerischen Gesundheitswesen Beteiligten zu verbessern, aktuelle Daten zum Stand der Volksgesundheit zu eruieren und eine rasche Reaktion auf erkannte Gefahren bzw. Gefahrenquellen im Bereich der Gesundheit sicherzustellen. Teuscher (gp, BE), welche die Motion 2004 bekämpft hatte, plädierte erneut mit dem Argument des Datenschutzes gegen eine Annahme, unterlag jedoch mit 99 zu 46 Stimmen. (Für die Versichertenkarte vgl. hier)<sup>13</sup>

**POSTULAT**  
DATE: 07.06.2016  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das Postulat Kessler (glp, SG) zur **Evaluation der Fallpauschalen** wurde 2016 beschrieben. In zwei Studien waren die Auswirkungen der KVG-Revision untersucht worden. Die Untersuchung des Gesundheitsobservatoriums Obsan zeigt auf, dass Patientinnen tatsächlich tendenziell etwas früher aus stationären Behandlungen entlassen werden, danach aber gleich lang in Rehabilitationszentren bleiben wie vor der KVG-Revision. Dies wurde als Anzeichen gedeutet, dass nicht die Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen) einen Einfluss auf diese Veränderungen hatten. Eine weitere Studie widmete sich der Qualität an den Schnittstellen zwischen der akutstationären und der poststationären Versorgung. Die dort ermittelten Zufriedenheitsmuster blieben über den gesamten Zeitraum der Studie (2006-2013) stabil, wobei das Schnittstellenmanagement überaus positiv bewertet wurde. Auch aus dieser Studie ergaben sich somit keine unmittelbaren Hinweise auf grössere Veränderungen hinsichtlich der Qualität an den Schnittstellen von der stationären Behandlung zu poststationärer Nachsorge, die im Zusammenhang mit der Revision zu orten wären. Der Schlussbericht der Evaluation der KVG-Revision steht jedoch noch aus und wird per 2019 erwartet.<sup>14</sup>



Ende 2015 unterbreitete der Bundesrat dem Parlament eine **Änderung des Krankenversicherungsgesetzes**. Der Fokus lag dabei auf der **Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit**. Die Kernelemente waren die Sicherstellung qualitativ hochstehender Leistungen, eine nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit sowie eine Dämpfung der Kostensteigerung in der OKP. Mit diesen Anpassungen reagierte die Landesregierung auf diverse parlamentarische Vorstösse.

Das revidierte KVG ermöglicht eine Bereitstellung finanzieller und struktureller Mittel zur Etablierung der Qualitätsstrategie des Bundes, wie sie im Rahmen von Gesundheit 2020 angestossen worden war. Das Hauptaugenmerk lag auf der Einsetzung nationaler Programme sowie auf der Konstituierung einer ausserparlamentarischen Kommission „Qualität in der Krankenversicherung“, die dem Bundesrat beratend zur Seite stehen sollte. Aktivitäten einzelner Leistungserbringer sollten hingegen mit dieser Gesetzesrevision nicht unterstützt werden. In diesem Sinne sollte auch mit dieser Neuregelung das Primat der Vertragspartnerschaft nicht angetastet werden. Für die Finanzierung dieser Massnahmen schlug der Bundesrat vor, jährliche Beiträge der Versicherer im Umfang von 0.07 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie für alle nach KVG versicherten Personen (Kinder ausgenommen) zu erheben. Dadurch sollten fast CHF 20 Mio. pro Jahr zusammenkommen.

Die Vorlage wurde für die Sommersession 2016 im Ständerat traktandiert, seine vorberatende Kommission hatte sich bereits im März dazu beraten. Die KVG-Revision stiess dort jedoch nicht auf offene Ohren. Mit 9 zu 4 Stimmen beantragte die SGK-SR dem Plenum, gar nicht erst auf die Vorlage einzutreten. Vorherrschende Meinung war, dass die Leistungserbringer bereits unter dem gegenwärtigen Regime „gute medizinische Leistungen“ schuldeten, weswegen eine diesbezügliche Gesetzesänderung hinfällig sei. Überdies verfüge der Bund bereits über genügend Möglichkeiten, eine hohe Qualität im Gesundheitswesen einzufordern. Ebenso wurde die Finanzierung kritisiert. Da die Versicherer verlauten liessen, dass eine Finanzierung „durch Prämiegelder der OKP unüblich“ sei und sie diese ablehnten, befürchtete die SGK-SR, dass letztlich doch wieder die Prämienzahlenden über höhere Prämien belastet würden. Statt der Prämienzahlenden sollten aber die Leistungserbringer und Versicherer für die Ressourcenbereitstellung herhalten. Für ihre Entscheidungsfindung hatte die Kommission auch einen Zusatzbericht eingefordert, worin die Möglichkeit einer Erfüllung der Absichten in einem privatwirtschaftlich geprägten Modell geprüft werden sollte. Da seitens der Verwaltung diesbezüglich offenbar kaum Bereitschaft signalisiert wurde – Graber gab zu Protokoll, dass man keine Absicht erkannt habe, „die Vorlage auch nur im Mikrobereich“ anpassen zu wollen –, kam die Kommission zu ihrem deutlichen Votum.

Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) war für Eintreten. Ihrer Ansicht nach war eine Handlungsnotwendigkeit gegeben, da die Qualität der medizinischen Leistungen eben doch nicht so hochstehend sei, wie gemeinhin angenommen werde. Studien belegten gegenteilig, dass in einem von zehn Fällen bei Patienten während eines Spitalaufenthalts Komplikationen auftreten würden, welche die Verweildauer in stationärer Pflege um rund eine Woche verlängerten. Dies wiederum führe unter anderem zu hohen Kosten. Stöckli vertrat im Plenum aber auch die Haltung diverser Akteure im gesundheitspolitischen Umfeld, beispielsweise der GDK. Sie hatte die Ständesvertreterinnen und Ständesvertreter „eindringlich“ gebeten, auf die Vorlage einzutreten. Stellvertretend für weitere Akteure sah auch sie eine Notwendigkeit dieser Gesetzesänderung.

In der Eintretensdebatte wurde in der Folge praktisch eine neue Auslegeordnung der Argumente vorgenommen. Pascale Bruderer (sp, AG) merkte an, dass die Diskussion im Ratsplenum sogar ergiebiger sei als in der Kommission. Sie wollte das jedoch nicht als Kritik ausgelegt wissen, sondern begrüsst die umfassende Debatte. Befürworter und Gegner der Vorlage versuchten ihre Positionen für und wider die Vorlage überzeugend darzulegen. Oberhand behielten jedoch am Ende die Gegner, die – trotz besonders ausführlichem Votum des Gesundheitsministers – im Sinne der SGK mit 27 Stimmen Nichteintreten beschlossen. 16 Ständerätinnen und Ständeräte wären für Eintreten gewesen.

Nichteintreten war insofern bemerkenswert und im Übrigen von Bundesrat Berset auch kritisiert worden, weil die Vorarbeiten für diese Gesetzesänderung aus einem Auftrag des Parlaments entsprungen waren. Damals hatte man sich mehrfach für eine Qualitätsstrategie ausgesprochen.<sup>15</sup>

Mit einer parlamentarischen Initiative „**Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege**“ wollte Ruth Humbel (cvp, AG) das KVG dergestalt anpassen, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege vollumfänglich nach den Bestimmungen der Spitalfinanzierung abgerechnet werden können. Diese Leistungen fallen nach einem stationären Spitalaufenthalt an, wenn Patienten aus medizinischer Sicht zwar nicht mehr hospitalisierungsbedürftig sind, jedoch gleichzeitig noch nicht wieder fähig sind, den Alltag eigenständig zu bewältigen. Vor allem ältere Personen dürften nach Entlassung aus der stationären Behandlung noch Schwierigkeiten haben, weswegen eine Übergangspflege, die ebenfalls in einem stationären Umfeld stattfindet, hier ansetzen kann. Die Pflegekosten werden gegenwärtig nach den Regeln der Spitalfinanzierung aufgeteilt, die Hotelleriekosten müssen jedoch die Patienten selbst tragen. Die Übergangspflege erfülle so ihren Zweck nicht, so die Initiantin. Folge sei, dass die Patientinnen zu lange im Akutspital hospitalisiert oder dass sie zu früh entlassen werden. Dies sei aber auch nicht zielführend. Die gegenwärtig geltende Dauer der finanzierten Übergangspflege von 14 Tagen sei ferner zu kurz, wie auch der Spitalverband H+ bestätigte. Auch hier sollte eine Justierung vorgenommen werden. Die SGK-NR des Nationalrates gab der Initiative im November 2015 mit 17 zu 3 Stimmen und 2 Enthaltungen Folge. Sie war der Ansicht, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege vollumfänglich getragen werden sollen. Die Schwesterkommission hiess das Anliegen aber nicht gut und gab der Initiative im Frühjahr 2016 keine Folge. Mit 9 zu 2 Stimmen und 2 Enthaltungen vertrat die Kommission die Haltung, dass zuerst die Evaluation der neuen Pflegefinanzierung abgewartet werden soll. Eine Änderung des KVG zum gegenwärtigen Zeitpunkt erachtete sie deswegen als verfrüht. Somit wurde die Initiative Ende 2016 im Plenum der grossen Kammer traktandiert. Mit 11 zu 8 Stimmen und einer Enthaltung beantragte die SGK-NR erneut, dem Vorstoss Folge zu geben, eine Minderheit Herzog (svp, TG) stellte sich jedoch dagegen. Sie bezweifelte nicht, dass es grundsätzlich Handlungsbedarf gebe, sondern kritisierte, dass nicht genügend Fakten vorhanden seien. So sei beispielsweise die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung abzuwarten, die in Arbeit sei und per Herbst 2017 erwartet werden könne. Die Kommissionsminderheit stellte sich damit auf den Standpunkt der SGK-SR. Anders äusserte sich die Initiantin selbst, die mit zwei Argumenten den Marschhalt abwenden wollte. Einerseits verwies sie auf die kurz zuvor verabschiedete Nachbesserung der Pflegefinanzierung zur Gewährleistung der Freizügigkeit, wobei die erwähnte Evaluation auch nicht abgewartet wurde. Und zweitens sei die Evaluation gar nicht wegweisend, weil sie nicht das aufzudecken vermöge, was erwartet werde: Das kleine Volumen von Übergangspflegeplätzen, gemessen am Total von Langzeitpflegeplätzen, reiche nicht aus, um schlüssige Resultate zu erhalten. Die Abstimmung fiel äusserst knapp aus: Mit nur einer Stimme Unterschied wurde die Initiative abgelehnt. Alle Fraktionen stimmten geschlossen, aufgrund diverser Absenzen reichte der Schulterschluss von FDP- und SVP-Fraktion aus, um die obsiegenden 94 Stimmen zu vereinen. Die Initiative war damit vom Tisch.<sup>16</sup>

Die **Änderung des Krankenversicherungsgesetzes** bezüglich Qualitätssicherung ist nach dem Nichteintretensentscheid des Ständerates noch nicht vom Tisch. In der Frühjahressession 2017 wird sich das Plenum des Nationalrats mit der Vorlage befassen. Bereits im Herbst 2016 beschloss die SGK des Nationalrates, dass sie Eintreten beantragen werde (22 zu 2 Stimmen). Nicht nur das, sie hatte auch die Verwaltung beauftragt, neue Vorarbeiten zu ergreifen. Namentlich sollten nationale Ziele definiert, Qualitätsprogramme formuliert und eine Koordinationsplattform gebildet werden. Die Kommission war der Meinung, dass eine Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen Leiden verhindern und Kosten senken würde.

Anfang Februar gab die Kommission zudem bekannt, mit welchen Zielen sie in die bevorstehende nationalrätliche Debatte einsteigen möchte. Zum einen sollten Leistungserbringer und Versicherer stärker in die Pflicht genommen werden können. Dazu soll sich, gleich wie im stationären Bereich bereits üblich, auch im ambulanten Bereich die Tarifgestaltung an jenen Leistungserbringern orientieren, welche die „Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen“. Dies führe zu einer standardmässigen Erhebung der Qualitätsdaten und diene ihrem Vergleich. Zum anderen sollen die Leistungserbringer und Versicherer verpflichtet werden, nationale Verträge über die Qualitätsentwicklung einzugehen. Diese sollen vom Bund geprüft werden und Verbindlichkeit für alle Leistungserbringer haben. Wer sich nicht an diese Regeln halte, soll die Leistung nicht über die OKP abrechnen dürfen. Die Frage nach Finanzierungslösungen wurde indes noch offengelassen.

Ob sich die Kommission wie geplant im April 2017 wieder mit der Sache befassen wird,

bleibt abhängig vom Eintretensbeschluss des Nationalrats.<sup>17</sup>

**INITIATIVE PARLEMENTAIRE**

DATE: 13.06.2017

MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** entpuppte sich als Knacknuss. Nachdem im Nationalrat weiterhin eine Differenz aufrecht erhalten wurde, zeichnete sich auch im Ständerat ein erneutes Sperren gegen den nationalrätlichen Vorschlag ab. Für die Kommission äusserte sich Bruderer Wyss (sp, AG), die zwar eine Annäherung der beiden Räte feststellte, sich aber namens der Kommission nicht auf die neue Fassung einlassen wollte. Es sei ein nicht überzeugender Beschluss, der die föderalistischen Bedenken nicht beseitige.

Um einer Lösungsfindung Hand zu bieten, nahm die Kommission die vom Nationalrat befürchtete Umplatzierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern auf. Diesen Zustand wollte man auch im Ständerat nicht herbeiführen und suchte nach einer Formulierung, um dies zu vermeiden. Die Kommission des Ständerates folgte dem Nationalrat und schlug vor, dass der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers übernehmen müsse. Soweit deckte sich der Vorschlag mit dem Beschluss des Nationalrates. Im Ständerat wollte man diese Regel jedoch nur dann anwenden, wenn der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz auf dem ganzen Kantonsgebiet des eigenen Wohnkantons zur Verfügung gestellt werden kann. Um ausserkantonale Umplatzierungen zu vermeiden, sollte ferner diese Restfinanzierung und damit auch das Recht der versicherten Person, in einem Pflegeheim zu bleiben, für eine unbeschränkte Dauer gewährleistet werden. Letzteres war die Neuerung des Ständerates. Damit wollte man beim Prinzip einer föderalen Aufgabenteilung bleiben.<sup>18</sup>

**INITIATIVE PARLEMENTAIRE**

DATE: 11.09.2017

MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die Regelung der **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** drohte aus dem Ruder zu laufen, als auch der Nationalrat nicht nachgab und auf seiner Position beharrte. Humbel (cvp, AG) stellte in der Volkskammer klar, dass zwar Einigkeit herrsche bezüglich der Zuständigkeit bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten, jedoch war noch nicht geklärt worden, nach welcher gesetzlichen Grundlage der Betrag bemessen wird: Nach jener des Standortkantons des Heims oder nach jener des Wohnsitzkantons der zu pflegenden Person. Die SGK-NR blieb bei ihrer Grundhaltung, die Patienteninteressen höher zu gewichten als die Kantonsinteressen, und deswegen sei auf die eigene Formulierung zu beharren. Es dürfe nicht sein, dass die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten eingeschränkt werde. Demnach müsse es möglich sein, ohne Kostenfolge auch in einem anderen Kanton gepflegt zu werden, um beispielsweise in der Nähe von Verwandten sein zu können. Dem widerspreche auch eine innerkantonale „Pflichtversetzung“ in ein freies Bett eines Pflegeheims am anderen Ende des Kantonsgebiets, wie es durch den ständerätlichen Vorschlag möglich wäre. Der einstimmige Kommissionsantrag wurde vom Nationalratsplenum diskussionslos gestützt. Somit musste eine Einigungskonferenz einberufen werden, um die verfahrenre Situation zu lösen.<sup>19</sup>

**INITIATIVE PARLEMENTAIRE**

DATE: 14.09.2017

MAXIMILIAN SCHUBIGER

Um die Lösung der **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** nicht gänzlich zu verunmöglichen, lag inzwischen das Produkt der Einigungskonferenz auf dem Tisch, der mit 21 zu 5 Stimmen gefasst worden war. Es handelt sich dabei um mehr als einen Kompromissvorschlag; faktisch wurde ein neuer Entwurf aufgegleist, wobei die Bedürfnisse beider Räte aufgenommen worden waren. Zum Durchbruch verhalf schliesslich die Differenzierung zwischen Pflegeleistungen, die ambulant erbracht werden, und solchen, die stationär erbracht werden. Bei ambulanten Pflegeleistungen sollen die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Heimes gelten. Bei stationärer Pflege stellte sich die Situation etwas anders dar. Hierzu wollte man sich auf eine Formulierung einigen, welche die „geografische Nähe“ des Heimes zum Wohnort beachtet. Mit dem Wortlaut „Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers“ wurde eine für die Mitglieder der Einigungskonferenz akzeptable Lösung gefunden. Das stellte auch Kommissionssprecherin Bruderer Wyss (sp, AG) fest, die, unterstützt von Primin Bischof (cvp, SO), im Ständerat für den Vorschlag der Einigungskonferenz einstand. Der Ständerat folgte der Empfehlung und gab dem neuen Art. 25a Abs. 5 grünes Licht.

Gleichen Tags wie der Ständerat hatte der Nationalrat über den Vorschlag der Einigungskonferenz zur Restfinanzierung von Pflegeleistungen zu befinden. Nachdem

die kleine Kammer bereits dem Vorschlag gefolgt war, hing es an den Nationalrätinnen und Nationalräten, das Geschäft nicht fallen zu lassen. Ohne Diskussion folgte der Nationalrat der Einigungskonferenz. Gleichwohl stellte SGK-Sprecherin Humbel (cvp, AG) fest, dass die freie Pflegeheimwahl mit der neuen Formulierung in gewissem Masse eingeschränkt bleibe. In dieser Sache appellierte sie an den „gesunden Menschenverstand“ der Kantone, die in Einzelfällen doch bei der Restfinanzierung behilflich sein sollen, auch wenn der Pflegeheimaufenthalt ausserkantonale erfolge. Letzteres sei gegenwärtig bei nur vier Prozent der Menschen zutreffend, die in Heimen gepflegt werden. Das Geschäft war damit bereit für die Schlussabstimmungen.<sup>20</sup>

**INITIATIVE PARLEMENTAIRE**  
DATE: 29.09.2017  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das geänderte KVG, genauer die Neuregelung der **Restfinanzierung von Pflegeleistungen**, wurde noch in der Herbstsession 2017 von beiden Räten gutgeheissen. Der Nationalrat verabschiedete den Vorschlag der Einigungskonferenz mit 194 Stimmen einstimmig, ebenso wie der Ständerat, der mit 44 Ja-Stimmen die Änderung guthiess.<sup>21</sup>

**MOTION**  
DATE: 29.11.2017  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

**Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln.** So kurz und knapp war der Auftrag an den Bundesrat aus einer Kommissionsmotion der SGK des Ständerats, womit ein gleicher Mechanismus wie bei den DRG und beim Tarmed übernommen werden sollte. Eine linke Kommissionsminderheit wollte diese KVG-Änderung nicht mittragen. Der Bundesrat beantragte ebenfalls, die Motion nicht zu unterstützen, da er Blockaden bei den Tarifverhandlungen befürchtete, wie dies bereits beim Tarmed oder bei der Physiotherapie zu Problemen geführt hatte. Deswegen wollte die Regierung ihre durch das KVG eingeräumte Subsidiarität im Bereich der Tarifregelungen beibehalten und so eine „schlanke Regelung“ weiterführen.

Das Plenum beriet diese in der Kommission mit 9 zu 3 Stimmen gefasste Motion im November 2017 und nahm sie mit 24 zu 18 Stimmen an. Kommissionssprecher Kuprecht (svp, SZ) führte die Beweggründe aus und verwies dabei nicht nur auf ältere Vorstösse – seine eigene Motion (Mo. 16.3487), die er nach dieser Beratung zurückzog, eingeschlossen –, sondern auch auf Sondierungsgespräche zwischen der FMH und den Krankenkassenverbänden im Zuge der Beratungen ebendieser. Die vorliegende Motion wurde unter Berücksichtigung besonderer Kritikpunkte der Verhandlungspartner als Folge-Vorstoss formuliert. Die Gegner der Motion hielten sie für unnötig, weil, und hier teilten sie die Meinung der Regierung, es bereits möglich sei, tiefere Tarife auszuhandeln. Jene Tarife, die bereits geregelt sind, würden Höchstansätze beziffern und eine Unterschreitung dieser sei in gegenseitigem Einverständnis bereits denkbar. Überdies wurde angeregt, noch einen sich in Ausarbeitung befindlichen Massnahmenkatalog zur Begrenzung der Gesundheitskosten abzuwarten. Die Opposition verfiel im Rat zu wenig und die Motion ging an den Nationalrat.<sup>22</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 23.02.2018  
JOËLLE SCHNEUWLY

Nachdem der Ständerat im Juni 2016 die **Änderung des KVG mit dem Ziel der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssteigerung** behandelt hatte und nicht darauf eingetreten war, befasste sich die SGK-NR mit der Vorlage. Es galt, ein mehrheitsfähiges Modell zu entwickeln, daher hörte sie sich verschiedene Personen aus dem Kreise der Leistungserbringer und den im Gesundheitswesen tätigen Organisationen an. In ihrer Detailberatung im Februar 2018 forderte die Kommission die Schaffung einer ausserparlamentarischen Qualitätskommission, die unter anderem mit der Aufgabe betraut werden sollte, Behörden, Leistungserbringern und Versicherern beratend zur Seite zu stehen. Ferner beschloss die SGK-NR, Sanktionsmöglichkeiten einzuführen, welche zum Tragen kämen, falls die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen durch die Leistungserbringer verletzt würden. Daraus stammende Bussgelder sollten für die Realisierung von Qualitätsmassnahmen genutzt werden. Mit 19 zu 4 Stimmen nahm die Kommission die Vorlage im April 2018 an.<sup>23</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 11.06.2018  
JOËLLE SCHNEUWLY

In der Sommersession 2018 beschäftigte sich der Nationalrat mit der **Änderung des KVG zur Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit**. Ein Antrag Moret (fdp, VD) auf Rückweisung an die Kommission wurde abgelehnt. Ihr Argument, man sollte besser die Zusammenarbeit mit bestehenden Institutionen wie dem ANQ fördern, statt eine Qualitätskommission zu schaffen, welche einen verstärkenden Bürokratisierungseffekt zur Folge habe, stiess in der grossen Kammer nicht auf offene Ohren. Kommissionssprecherin Bea Heim (sp, SO) gab einen Einblick in die getätigte

Kommissionsarbeit und betonte den Handlungsbedarf, welcher bezüglich Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen und speziell im ambulanten Bereich bestehe. Für die SGK-NR seien die Ziele des Bundesrates – die Qualitätssicherung und Verbesserung der Leistungen im stationären und ambulanten Bereich sowie die Stärkung der Patientensicherheit und die Kostendämpfung in der OKP – unbestritten wichtig, man habe nach den kritischen Stimmen aus dem Ständerat das bundesrätliche Modell allerdings überarbeitet. Resultat der Kommissionsarbeit sei die Schaffung einer Eidgenössischen Qualitätskommission, die durch den Bundesrat eingesetzt werde und sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, Leistungserbringer, Versicherer sowie Versicherten und Fachpersonen zusammensetze. Diese sollte unter anderem für die Beratung und Koordination der in der Qualitätsentwicklung involvierten Akteure verantwortlich sein und dem Bundesrat bei der Festlegung von Zielen und Massnahmen beratend zur Seite stehen. Ferner sollten die Tarifpartner stärker eingespannt und verpflichtet werden, nationale Qualitätsverträge abzuschliessen. Bundesrat Berset zeigte sich darüber zufrieden, dass ein Vorschlag auf dem Tisch lag. Es sei zwar nicht das Modell, welches vom Bundesrat stamme, man unterstütze den von der Kommission ausgearbeiteten Vorschlag jedoch. Qualität dürfe nicht mit den hohen Leistungen des Schweizer Gesundheitswesens verwechselt werden. Bei Ersterem sei es dringend nötig, zu handeln, zeigten Studien doch, dass rund die Hälfte aller medizinischen Fehler vermeidbar wäre. Uneinig war man sich in der SGK-NR bezüglich der Finanzierung der Qualitätskommission. Anders als der Bundesrat, der vorgeschlagen hatte, die Versicherten mit einem Anteil von maximal 0.07 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie für die Kosten aufkommen zu lassen, forderte die Kommissionsmehrheit die Übernahme der Kosten zu gleichen Teilen von Bund und Kantonen. Eine Minderheit Humbel (cvp, AG) wollte, dass sich auch die Versicherer mit einem Drittel an den Kosten beteiligen. Der Minderheitsantrag wurde jedoch in der Detailberatung mit 119 zu 66 Stimmen abgelehnt. Bei der Gesamtabstimmung stimmte der Nationalrat dem von seiner Kommission überarbeiteten Entwurf mit 159 zu 24 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) zu und segnete mit 164 zu 26 Stimmen den Gesamtkredit in der Höhe von CHF 45.2 Mio., der für 2019 bis 2022 gelten soll, ab.<sup>24</sup>

**MOTION**  
DATE: 19.09.2018  
JOËLLE SCHNEUWLY

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) forderte den Bundesrat mittels Motion dazu auf, zusammen mit den Kantonen, den Krankenkassen, Gesundheitsfachpersonen sowie Patientenorganisationen und der Stiftung Patientensicherheit betreffend **Schadensprävention und Umgang mit Schäden bei medizinischen Behandlungen** Schritte zu unternehmen. So solle die Entwicklung einer «Sicherheits- und Fehlerlernkultur», welche mit Regressmöglichkeiten und einer durch die Behandlungstransparenz ermöglichten Vereinfachung der Beweissituation gekoppelt ist, gestärkt werden. Weitere Forderungen bestanden in der Optimierung des Medizinal-Haftpflichtrechts und der Klärung von Fragen bezüglich des Haftungsrechtes auf Bundes- und Kantonsebene.

In der Nationalratsdebatte erklärte Bea Heim (sp, SO) für die Kommission, dass die Kommissionsmotion auf die parlamentarische Initiative Giezendanner (svp, AG) zurückzuführen sei (Pa.lv. 16.468). Diese wurde eingereicht, weil der Initiator der Auffassung war, das Bundesratsgeschäft «KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» beziehe keine Position zum Thema «Rückforderung von Kosten aus Behandlungsfehlern» ein. Da es neben der Vermeidung unnötiger Kosten insbesondere um den Patientinnen- und Patientenschutz gehe, sehe auch die SGK-NR einen unbestrittenen Handlungsbedarf, so Heim. Jedoch werfe Giezendanners Vorstoss viele Fragen auf, unter anderem betreffend Sicherheit und Rechte der Patientinnen und Patienten, Haftungsrecht und Nachweisbarkeit von Behandlungsfehlern. Daher habe die Kommission mit 22 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) beschlossen, eine Kommissionsmotion einzureichen, worauf Giezendanner seine parlamentarische Initiative zurückgezogen hatte.

Alain Berset führte aus, was bereits in der im März 2018 publizierten Stellungnahme des Bundesrates geschrieben worden war: Auch für den Bundesrat sei es wichtig, die Schadensprävention und die Patientensicherheit zu stärken, jedoch stehe dabei «der Handlungsbedarf im Bereich der Qualitätsentwicklung» im Zentrum. So wolle man präventive Massnahmen aufseiten der Leistungserbringer unterstützen, weil man der Meinung sei, dass eine «sich aus der Transparenz ergebende, selbstmotivierte Qualitätsentwicklung» effektiver sei als die auf Schadenausgleich abzielenden Erleichterungen im Regress- sowie im Haftpflichtrecht. Zudem habe das Geschäft «KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» vom Nationalrat Unterstützung erfahren, müsse allerdings noch vom Ständerat diskutiert werden. Daher erscheine es dem Bundesrat zurzeit nicht angemessen, die in der Kommissionsmotion

beschriebenen Massnahmen umzusetzen. Vielmehr gelte es nun, die Diskussion über besagtes Bundesratsgeschäft abzuwarten. Folglich empfehle er, den Vorstoss abzulehnen.

Die grosse Kammer schenkte den Argumenten Bersets jedoch kein Gehör und unterstützte die Haltung ihrer Kommission, indem sie die Motion mit 178 zu 1 Stimmen (bei 0 Enthaltungen) annahm.<sup>25</sup>

#### MOTION

DATE: 12.12.2018  
JOËLLE SCHNEUWLY

Stillschweigend nahm der Ständerat in der Wintersession 2018 eine abgeänderte Version der Motion der SGK-NR zur **Schadensprävention und zum Umgang mit Schäden bei medizinischen Behandlungen** an. Damit folgte er der Empfehlung des Bundesrates und der SGK-SR, welche sich dafür ausgesprochen hatten, den ersten Punkt des Geschäftes – die Stärkung und Implementierung einer Sicherheits- und Fehlerlernkultur – anzunehmen, das zweite und dritte Lemma, welche in erster Linie das Haftpflichtrecht betreffen, hingegen abzulehnen. So betonte der für die Kommission sprechende Joachim Eder (fdp, ZG) unter anderem die Wichtigkeit der Prävention – ein Punkt, der auch in der KVG-Änderung zur Qualitätssicherung aufgegriffen wird – und der Zusammenarbeit mit den entsprechenden Partnern. Da in der Schweiz kein spezifisches Medizinal-Haftpflichtrecht existiere und folglich für Privatkliniken ein anderes Recht zur Anwendung komme als für öffentliche Spitäler, lehne man die letzten beiden in der Motion geforderten Punkte ab. Das Haftpflichtrecht anzupassen, «wäre entweder mit sehr grossem Aufwand verbunden, oder» die Anpassung würde nur teilweise wirken. Eine Verschärfung der Beweisregeln, welche die Ärztinnen und Ärzte betreffen würde, könne zudem eine «Misstrauens- und Abwehrhaltung» der Ärzteschaft mit sich bringen. Bundesrat Berset unterstrich überdies die Bedeutung der Bemühungen, die Transparenz zu verbessern und an einer konstruktiven Fehlerkultur zu arbeiten.<sup>26</sup>

#### OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL

DATE: 05.03.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Dank den vom Nationalrat vorgenommenen Verbesserungen trat die SGK-SR im Juni 2018 auf die Vorlage zur **Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im KVG** ein und hiess sie im Februar 2019 mit 11 zu 2 Stimmen gut. Während eine Kommissionsminderheit die von ihrer Schwesterkommission vorgeschlagene Eidgenössische Qualitätskommission befürwortete, machte sich die Kommissionsmehrheit für eine privatrechtliche Organisation stark. Diese sollte sich aus Kantonen, Leistungserbringern sowie Versicherern zusammensetzen und unter anderem Qualitätsindikatoren entwickeln. Dazu sollten zwischen 2021 und 2024 CHF 50 Mio. durch den Bund, die Kantone und die Versicherer gesprochen werden.

In der Frühlingssession 2019 gelangte das Geschäft in den Ständerat. Dort fand der Vorschlag der Kommissionsmehrheit jedoch bezüglich Organisationsform keinen Anklang. Stattdessen sprach sich die kleine Kammer – wie bereits die Kommissionsminderheit Stöckli (sp, BE), die SGK-NR und ihr Schwesterrat – mit 24 zu 18 Stimmen für eine Qualitätskommission aus, die durch den Bund, die Kantone und die Versicherer finanziert werden soll. Anders als vom Nationalrat vorgeschlagen, sollten darin auch die Patientinnen- und Patientenorganisationen vertreten sein. Bundesrat Berset begrüsst diese Entscheidung, da sich eine Eidgenössische Qualitätskommission schneller und einfacher einrichten liesse als eine privatrechtliche Organisation. In der Gesamtabstimmung stimmte der Ständerat der Gesetzesänderung mit 35 zu 3 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) zu und überwies sie mit einigen kleineren Änderungen zurück an den Nationalrat.<sup>27</sup>

#### OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL

DATE: 21.06.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Nachdem der Nationalrat zu Beginn der Sommersession 2019 der Empfehlung seiner Kommission gefolgt war und im Entwurf zur **Stärkung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im KVG** die letzten Differenzen bereinigt hatte, gaben in der Schlussabstimmung vom 21. Juni 2019 sowohl die kleine als auch die grosse Kammer der Vorlage mit 33 zu 9 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) respektive einstimmig grünes Licht.<sup>28</sup>

INITIATIVE PARLEMENTAIRE  
DATE: 25.03.2021  
JOËLLE SCHNEUWLY

Mittels parlamentarischer Initiative verlangte Marie-France Roth Pasquier (mitte, FR), dass das KVG dahingehend geändert wird, dass neben den **Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern** in Zusammenhang mit verordneten Arzneimitteln auch **weitere Leistungen von der OKP übernommen werden**. Konkret sind damit Leistungen gemeint, die im Zusammenhang mit Früherkennungs- und Präventionskampagnen des Bundes und der Kantone erbracht werden, und solche, die zur Dämpfung der Kostenentwicklung beitragen und für die mit den Versicherern eine Vereinbarung abgeschlossen wurde. Roth Pasquier führte aus, dass die gegenwärtige Gesetzeslage eine Kostenübernahme durch die OKP nicht erlaube, auch nicht, wenn dadurch Kosten eingespart und eine bessere Qualität erreicht werden könnten. Die Initiatorin verwies auf das Freiburger Modell für Pflegeheime. In diesem Modell würden pharmazeutische Dienstleistungen interprofessionell gehandhabt. Dabei brächten Apothekerinnen und Apotheker beim Auswählen von und dem Umgang mit Medikamenten ihr Fachwissen ein, verkauften diese allerdings nicht selbst. Seit zwei Jahren müsse die Apothekerschaft nun aber die Medikamente selbst vertreiben, wodurch anstelle von CHF 4 Mio. lediglich CHF 2 Mio. eingespart werden könnten. Die parlamentarische Initiative setze zudem die Motionen Humbel (mitte, AG) 18.3977 und Ettlín (mitte, OW) 18.4079 um und vermeide eine unerwünschte Kostenentwicklung. Ende März 2021 gab die SGK-NR dem Anliegen mit 23 zu 0 Stimmen Folge. Ihre Schwesterkommission tat es ihr im Januar 2022 mit 10 zu 2 Stimmen gleich. Sie plante die Umsetzung der Initiative im Rahmen des Kostendämpfungspakets 2, wobei auch das Freiburger Modell seine Berücksichtigung erhalten soll.<sup>29</sup>

### Médecins et personnel soignant

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 27.09.1999  
MARIANNE BENTELI

Bei der Beratung der **1. Teilrevision des KVG** nahm der **Nationalrat** mit 151 zu 4 Stimmen einen Antrag Raggenbass (cvp, TG) an, der die Versicherer vom sogenannten **Kontrahierungszwang** befreien wollte. Heute sind die Krankenkassen verpflichtet, mit sämtlichen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen. Mit der neuen Bestimmung könnten die Versicherer ihre Vereinbarungen an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien der Leistungserbringer koppeln. Dies würde beispielsweise auch erlauben, älteren Ärzten – zum Beispiel den über 70-Jährigen – das Recht auf Krankenkassengelder abzusprechen und für Jungärzte mit wenig Erfahrung einen tieferen Tarif festzulegen. Bundespräsidentin Dreifuss zeigte sich wenig erfreut über dieses Vorpreschen der grossen Kammer. Sie meinte, man müsste zuerst prüfen, wie ein solcher Kriterienkatalog aussehen könnte, bevor man ihn grundsätzlich beschliesse. Dieser Meinung war auch der Ständerat, weshalb er den Vorschlag mit 17 zu 14 Stimmen ablehnte. Genau so wenig Gnade fand vor seinen Augen ein Antrag seiner vorberatenden Kommission, welche – gerade auch im Hinblick auf die mit der Annahme der bilateralen Verträge mit der EU befürchtete „Überschwemmung“ mit ausländischen Ärzten – vorgeschlagen hatte, dem Bundesrat die Kompetenz zu erteilen, die **Zulassung von Ärzten zur Grundversicherung für eine befristete Zeit einem Bedürfnisnachweis zu unterstellen**. Damit könnte die Praxiseröffnung sowohl durch ausländische Ärzte als auch durch einheimische Jungärzte eingedämmt werden. Diesen Vorschlag lehnte das Plenum ebenfalls mit 21 zu 14 Stimmen ab.<sup>30</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 15.03.2000  
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte der Nationalrat bei der Beratung der 1. Teilrevision des KVG mit deutlicher Mehrheit einen Antrag angenommen, der eine **Aufhebung des Kontrahierungszwangs** im ambulanten, tagesstationären und stationären Bereich verlangte, um den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, nicht mehr mit sämtlichen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen zu müssen, sondern diese an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien anbinden zu können. Der Ständerat hatte den Vorschlag, da seiner Ansicht nach zu wenig ausgereift, vorläufig abgelehnt. In der Differenzvereinbarung entschied der Nationalrat nun, hier nicht weiter im Alleingang vorzupressen. Um die Idee am Leben zu erhalten, beauftragte er aber den Bundesrat mit einer **Motion** seiner SGK (Mo. 00.3003), eine entsprechende Vorlage auszuarbeiten; mit 142 gegen 4 Stimmen setzte sich dieser zweite Anlauf ganz klar durch, worauf auch der Ständerat einschwenkte und die Motion diskussionslos annahm.<sup>31</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 24.03.2000  
MARIANNE BENTELI

Der Nationalrat zeigte sich gewillt, zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen auch einschneidende Massnahmen zu ergreifen. In der Differenzbereinigung zur 1. Teilrevision des KVG fügte er die Bestimmung ein, dass der Bundesrat während einer Dauer von drei Jahren die **Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich** (Ärzte und andere Therapeuten) zu Lasten der Krankenversicherung **beschränken** kann, wobei die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer vorher anzuhören sind. Der Rat trug damit dem Umstand Rechnung, dass die Ärztedichte in der Schweiz eine der höchsten der Welt ist und durch die Personenfreizügigkeit für EU-Bürger noch weiter zunehmen wird. Da sich der Gesundheitsmarkt nicht nach Angebot und Nachfrage richtet, resp. die Nachfrage angebotsinduziert ist, lösen mehr Leistungsanbieter fast automatisch mehr Leistungen aus, was zu höheren Kosten führt. Zulassungsbeschränkungen könnten hier regulierend wirken. Die konkrete Ausgestaltung blieb dem Bundesrat überlassen. Vergeblich versuchte eine Minderheit, darunter der Aargauer CVP-Vertreter und Leiter des Paraplegiker-Zentrums Nottwil (LU) Zäch und der Zürcher SVP-Nationalrat Bortoluzzi, die Massnahme abzuwenden. Der Rat stimmte der befristeten Zulassungsbeschränkung mit 124 zu 47 Stimmen zu. Entgegen einem bürgerlichen Minderheitsantrag nahm der Ständerat diese Bestimmung mit 27 zu 4 Stimmen ebenfalls an.<sup>32</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 18.09.2000  
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat erarbeitete umgehend ein Vertragsmodell zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Entgegen dem Auftrag der Motion sah er die Aufhebung des Kontrahierungszwangs allerdings vorderhand lediglich für den **ambulanten Bereich** vor. Demnach sollten sich die Versicherer darauf beschränken können, Tarifverträge nur noch mit ausgewählten Ärztinnen und Ärzten abzuschliessen. Andererseits hätten auch die Leistungserbringenden die Zusammenarbeit mit gewissen Versicherungen verweigern können. Diese Änderung hätte keinen Abbau der kassenpflichtigen Leistungen mit sich gebracht, für die Patienten aber **die freie Arztwahl eingeschränkt**. Die Kostenübernahme in Notfällen wäre bei allen Ärzten und Spitalambulatorien sichergestellt gewesen. In der **Vernehmlassung** bildeten sich **klare Fronten** heraus. Während die Versicherer die Aufhebung des Kontrahierungszwangs als geeignetes Mittel zur Kostendämpfung erachteten, protestierten die FMH und die Patientenorganisationen gegen die Einschränkung der freien Arztwahl. Auch die SVP bezeichnete das Modell als untauglich, weil die Gefahr bestehe, dass nur noch die billigsten Leistungserbringer ausgewählt würden. Die SP brachte ebenfalls Vorbehalte an; ihrer Ansicht nach sollten Bedürfniskriterien und Zulassungsbedingungen Sache des Bundes und nicht der Krankenkassen sein. Von der Wirksamkeit der Massnahme überzeugt zeigten sich hingegen die FDP und die CVP sowie die Stiftung für Konsumentenschutz. Angesichts des breiten Widerstands, der ein Referendum als sehr wahrscheinlich erscheinen liess, **verzichtete der Bundesrat** schliesslich darauf, den brisanten Vorschlag in die 2. Teilrevision des KVG aufzunehmen. Er schlug lediglich vor, den Kontrahierungszwang für jene Ärzte und Ärztinnen aufzuheben, die das 65. Altersjahr überschritten haben. Zudem möchte er die Krankenkassen verpflichten, gesamtschweizerisch **alternative Versicherungsformen** wie HMO- und Hausarztmodelle anzubieten. (Die im MediX-Verband zusammengeschlossenen Ärzte, die nach dem HMO- resp. dem Hausarztmodell praktizieren, hatten sich, anders als die FMH, für die Aufhebung des Vertragszwangs ausgesprochen)<sup>33</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 29.11.2001  
MARIANNE BENTELI

Was die beiden Parlamentskammern im Vorjahr vorgespurt hatten, setzte der Ständerat bei der Beratung der 2. Teilrevision des KVG um, indem er beschloss, den **Vertragszwang zwischen den Kassen und den Leistungserbringern im ambulanten Bereich** grundsätzlich aufzuheben, sofern die medizinische Versorgung sichergestellt ist; der Bundesrat hatte dies lediglich für die über 65-jährigen Ärzte vorgeschlagen. Bundesrätin Dreifuss zeigte sich nicht überzeugt von der positiven Wirkung der Massnahme, die sie als Gefährdung der Solidarität in der Grundversicherung erachtet, da der **Verlust der freien Arztwahl** zu mehr Zusatzversicherungen und somit zu einer Zweiklassenmedizin führen könne; sie vermochte sich mit ihren Argumenten aber nicht durchzusetzen. Am meisten zu Diskussionen Anlass gaben die Kriterien, nach denen die Auswahl jener Ärzte vorgenommen werden soll, die nach wie vor zu Lasten der Grundversicherung praktizieren dürfen. Man einigte sich schliesslich auf die Formulierung, diese müssten ihre Leistungen wirtschaftlich effizient und wissenschaftlich begründet anbieten. Da Konflikte zwischen den Kassen und der Ärzteschaft vorprogrammiert sind, will der Ständerat in diesen Fällen tripartite **Kommissionen** (Kassen, Ärzte und Kantonsvertreter) zur Schlichtung einsetzen; er wehrte aber nicht, dass ihm sein Modell noch nicht in allen Punkten ausgegoren



scheint, weshalb er auf die Beratung durch den Nationalrat setzt, um die Kriterien stringenter zu formulieren.<sup>34</sup>

**MOTION**  
DATE: 03.12.2001  
MARIANNE BENTELI

Mit einer Motion forderte der Berner SVP-Nationalrat Joder, durch eine Teilrevision des KVG die **Krankenpflege** als eigenständige Leistung zu definieren und die Spitäler und Heime zu verpflichten, den Nachweis einer quantitativ und qualitativ genügenden Pflege zu erbringen. Joder reagierte so auf das in den letzten Jahren immer offensichtlicher gewordene Malaise im Pflegebereich und auf den Umstand, dass schweizweit 1300 bis 2000 qualifizierte Pflegestellen unbesetzt sind. Mit dieser Anerkennung soll der Berufsstand wieder attraktiver gemacht werden. Gegen den Willen des Bundesrates, der auf die kantonalen Prärogativen im Bereich der Pflege verwies, wurde der Vorstoss mit 91 zu 59 Stimmen in der verbindlichen Form angenommen.

Der Schweizerische Spitalverband H+ stelle sich als Arbeitgeber hinter die Forderungen des Spitalpersonals und verlangte mehr Mittel und mehr qualifizierte Mitarbeitende. Mitte November fanden in der ganzen Schweiz Kundgebungen des Pflegepersonals statt, an denen insgesamt rund 15'000 Personen teilnahmen<sup>35</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 09.12.2002  
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte der Ständerat bei der Behandlung der **2. KVG-Teilrevision** grundsätzlich die **Aufhebung des Vertragszwangs zwischen den Kassen und den Leistungserbringern im ambulanten Bereich** (insbesondere den Ärztinnen und Ärzten) beschlossen, erhoffte sich aber vom Nationalrat eine konsistentere Formulierung der dafür vorzusehenden Kriterien. Die vorberatende Kommission des Nationalrates machte aus Angst vor einem Referendum von Ärzteseite wieder einen Schritt zurück. Sie beschränkte sich darauf, die Zulassung zur Grundversicherung sanft und ohne Effekt auf die Mengenausweitung zu beschränken, etwa mittels strengerer Anforderungen an die Weiterbildung. Im Plenum war aber vorerst von rechts bis links die Meinung spürbar, dass der Vorschlag der Kommission nicht ausreicht. Daneben lagen drei weitere Modelle vor. Wie bereits im Vorjahr schlug der **Bundesrat** die Regelung der Ärztezahle durch eine Alterslimite vor. Ärzte, die das 65. Altersjahr überschritten haben, sollten nur noch zu Lasten der Grundversicherung praktizieren dürfen, wenn sie mit einer oder mehreren Kassen einen Vertrag abschliessen können. Eine weitergehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs wollte er auf die 3. KVG-Revision verschieben, da die Sache momentan noch nicht reif und die Modelle zu unüberlegt seien. Bundesrätin Dreifuss wiederholte ihre grundsätzliche Kritik an der Vertragsfreiheit: Diese gefährde die freie Arztwahl und die hoch stehende Qualität des Gesundheitswesens. Eine **bürgerliche Minderheit** um die Nationalräte Widrig (cvp, SG) und Gutzwiller (fdp, ZH) plädierte analog zum Ständerat für die sofortige und umfassende Aufhebung. Die **Linke** setzte sich dafür ein, den Kontrahierungszwang für Spezialärzte aufzuheben, es sei denn, sie seien einem Hausarztmodell mit Budgetverantwortung angeschlossen. In den Eventualabstimmungen setzte sich vorerst das bürgerliche Modell durch, doch wurde es am Schluss überraschend abgelehnt. Mit 91 zu 76 Stimmen gaben SP, Grüne, eine Mehrheit der CVP und eine Minderheit der FDP dem zurückhaltenden **Modell der vorberatenden Kommission** den Vorrang, angereichert durch einen Antrag der beiden Berner Baumann (sp) und Suter (fdp) für schärfere Sanktionen gegen die „schwarzen Schafe“. Da die KVG-Revision in der Gesamtabstimmung abgelehnt wurde, sind diese Beschlüsse – zumindest vorderhand – hinfällig.<sup>36</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**  
DATE: 16.09.2003  
MARIANNE BENTELI

Bundesrätin Dreifuss hatte den starren Vertragszwang im ambulanten Bereich nur mittelfristig aufheben wollen. Ihr Nachfolger im EDI, Bundespräsident Couchepin, machte hingegen gleich nach seinem Amtsantritt Dampf in dieser Sache. Anstatt einer generellen **Aufhebung des Vertragszwangs** zwischen Ärzteschaft und Versicherern brachte er ein neues Modell in die Diskussion, das von der vorberatenden Kommission des Ständerates noch verfeinert wurde. Demnach sollten die Kantone festlegen, wie viele Leistungserbringende der einzelnen Sparten es unter Berücksichtigung des Angebots in den Nachbarkantonen auf ihrem Gebiet braucht. Die Krankenversicherer sollten lediglich noch verpflichtet sein, mit mindestens dieser Zahl von Leistungserbringern zusammenzuarbeiten, und zwar mittels Verträgen von jeweils vier Jahren und einer Kündigungsfrist von 18 Monaten vor Auslaufen des Vertrags. Bereits zu Lasten der sozialen Krankenversicherung praktizierende Ärztinnen und Ärzte sollten bei Inkrafttreten der Gesetzesrevision Anrecht auf einen ersten Vertrag von vier Jahren haben. Alte Patientinnen und Patienten mit einer langjährigen Arztbeziehung und einem

schweren Leiden sollten ihren Arzt aber auf jeden Fall behalten können. Ärzte, die sich in einem kostengünstigen Netzwerk mit Budgetverantwortung zusammenschliessen, sollten beim Abschluss eines Vertrages von den Versicherern bevorzugt werden. Die Kommission wollte den Übertritt der Versicherten in die Netzwerke dadurch fördern, dass für diese der Selbstbehalt bei 10% belassen, für alle anderen Versicherten auf 20% angehoben werden sollte. Das Plenum des Ständerates, das sich bereits 2001 grundsätzlich für die Aufhebung des Vertragszwangs ausgesprochen hatte, stimmte dem neuen Modell oppositionslos zu.

Der Nationalrat, der im Vorjahr eine Aufhebung des Vertragszwangs noch abgelehnt hatte, sagte nun mit 153 zu 18 Stimmen Ja zum neuen Modell, schwächte die Lockerung allerdings noch etwas ab. Er entschied, dass chronisch Kranke ihren Arzt behalten dürfen, auch wenn dieser mit ihrer Kasse keinen Vertrag mehr hat. Ärztenetze mit Budgetverantwortung sollten von den Kassen nicht nur bevorzugt, sondern automatisch mit einem Vertrag versehen werden. Auf Antrag der SVP, die argumentierte, damit würde die freie Arztwahl „bestraft“, verzichtete er aber mit 134 zu 23 Stimmen auf eine Anhebung des Selbstbehaltes für die Versicherten in traditionellen Versicherungsformen.

Da er den Anreiz für einen Wechsel zu den besonderen Versicherungsformen unbedingt aufrechterhalten wollte, beschloss der Ständerat mit 24 zu 10 Stimmen Festhalten. Er signalisierte aber zuhanden der sich abzeichnenden Einigungskonferenz gleichzeitig seine Bereitschaft, die Verdoppelung des Selbstbehalts nicht im Gesetz zu verankern, sondern nur festzuschreiben, dass eine Differenzierung erfolgen muss, deren Ausmass aber der Kompetenz des Bundesrates zu überlassen. Diese Lösung setzte sich in der Einigungskonferenz dann auch durch. Da die 2. KVG-Revision im Nationalrat definitiv scheiterte, sind diese Beschlüsse hinfällig.

Noch bevor die parlamentarischen Beratungen abgeschlossen waren, beschloss die Ärztekammer der FMH, wegen der Lockerung des Vertragszwangs das Referendum zu ergreifen<sup>37</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 06.12.2007  
MARIANNE BENTELI

Am 3. Juli 2002 hatte der Bundesrat einen vorerst auf drei Jahre begrenzten **Zulassungsstopp für die Eröffnung neuer Arztpraxen** erlassen. Damit wollte man einerseits der ungebremsten Zunahme der Leistungserbringer, insbesondere der Spezialärzte, entgegenwirken, andererseits die Zuwanderung von jungen Ärzten aus dem EU-Raum in Grenzen halten, welche mit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens im Personenverkehr der Schweizer Ärzteschaft bei der Eröffnung einer eigenen Praxis gleichgestellt wurden. In beiden Punkten war man nicht sehr erfolgreich. Die Zahl der Ärzte in freier Praxis nahm schweizweit zwischen 2002 und 2006 um 14% zu, der Anteil unter ihnen, der über kein schweizerisches Ärztediplom verfügt, erfuhr in diesem Zeitraum fast eine Verdoppelung und stieg von knapp 3,5 auf gegen 6,5%. Der Zulassungsstopp wurde stets nur als vorübergehende Massnahme erachtet, bis bei der Revision des KVG neue Modelle für das Anrecht von Ärzten auf Abrechnung über die Grundversicherung eingeführt werden. Beim zweiten Anlauf zur KVG-Revision – die erste war 2003 in der Schlussabstimmung im Nationalrat gescheitert – präsentierte der Bundesrat separate Vorlagen zu den einzelnen Bereichen, um nicht wieder an einem Junktim und unheiligen Allianzen zu scheitern. Als Ablösung des Zulassungsstopps stellte er ein Modell vor, welches eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Krankenversicherer mit sämtlichen Leistungserbringern und die Förderung von (günstiger arbeitenden) Ärztenetzwerken vorsieht (HMO-Praxen, Managed-Care-Systeme). Da diese Teilrevision seither angesichts heftiger Widerstände insbesondere aus der Ärzteschaft in der zuständigen Ständeratskommission vor sich hin dümpelt, hatten die Räte 2004 einer Verlängerung des Stopps bis 2008 zugestimmt. Weil auch in der Folge keine Fortschritte erzielt wurden, beantragte der Bundesrat eine erneute Verlängerung bis Ende 2010. (Zu den einzelnen Vorlagen zur Revision des KVG siehe hier)

Im Ständerat räumte die Kommissionssprecherin ein, dass die Massnahme ihren Zweck „kaum, wenig oder gar nicht“ erfüllt. Der Verzicht auf die Weiterführung ohne gleichzeitig eine Anschlussregelung zu treffen, berge aber das Risiko einer unkontrollierten Mengenausweitung. Im Übrigen hätten die Kantone die Möglichkeit, die Anwendung des Zulassungsstopps sehr differenziert auszugestalten, weshalb vorderhand kein Ärztemangel zu befürchten sei. Angesichts der Verzögerungen beim Aufheben des Vertragszwangs war Eintreten unbestritten. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Fetz (sp, BS), beantragte einen gelockerten Zulassungsstopp, indem die

Grundversorger davon ausgenommen würden. Profitieren würden davon die Allgemeinmediziner, Internisten, Ärzte in Gruppenpraxen, Kinderärzte, Hebammen und Gynäkologen. Dieser Vorschlag wurde mit 28 zu 9 Stimmen abgelehnt. Mit 28 zu 8 Stimmen stimmte die kleine Kammer der Verlängerung zu.<sup>38</sup>

**MOTION**

DATE: 07.06.2016  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die SGK des Nationalrates forderte den Bundesrat in einer Motion auf, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung so zu ändern, dass **Praktikumsplätze in privaten Praxen und ausserklinischen Bereichen** im Rahmen der Ausbildung für nichtuniversitäre Gesundheitsberufe ermöglicht werden. Dadurch soll der sinkenden Anzahl von Ausbildungsplätzen bei steigendem Personalbedarf Rechnung getragen werden. Gegenwärtig dürfen Praktika nicht von privaten Praxen oder anderen ambulanten Leistungserbringern angeboten werden, was vor allem für Studierende diverser Fachhochschul-Studiengänge ein Problem darstelle. Vier Punkte sollen deswegen mit einer Neuregelung angegangen werden: Die Sicherstellung des Kompetenzerwerbs, der in vielen Fachrichtungen zu einem relevanten Anteil in Praktika gewonnen wird; das Angebot an Praktikumsplätzen hoch halten, denn in den problematischen Studiengängen wird bereits ein Numerus clausus angewendet, was den Fachkräftemangel noch anheizt; ebendiesem Fachkräftemangel Einhalt gebieten, indem eine erhöhte Zahl von Praktikumsplätzen die Ausbildung in der Schweiz stärkt (wie im Rahmen von Gesundheit 2020 vorgesehen); und eine Gleichberechtigung von stationärem und ambulanten Bereich erzielen, da die Ausbildungskosten in diesen beiden Sparten gemäss Tarifikalkulation im KVG nicht gleichmässig abgegolten werden können. Die Motion war kommissionsintern umstritten, denn fast die Hälfte der 25-köpfigen Kommission stellte sich mit dem Antrag auf Ablehnung gegen das Anliegen. Der Bundesrat teilte grundsätzlich die Sorgen und Vorschläge zur Lösung der geschilderten Problematik, er sah aber den Weg über das KVG als den falschen an. Die OKP sei eine Sozialversicherung und deswegen nicht geeignet, um Ausbildungen zu finanzieren. Die OKP sei dazu da, Kosten für medizinische Leistungen zu decken. Leistungen, die aufgrund des Risikos Krankheit anfallen, um Diagnosen zu stellen und um Behandlungen durchzuführen. Das durch die Prämien angehäufte Kapital solle nicht dazu dienen, Ausbildungskosten mitzutragen. Weil Fachkräftemangel, zu wenige Ausbildungsplätze sowie eine Ungleichbehandlung der Bereiche erkannt wurden, zeigte sich die Regierung aber bereit, den Kantonen bei der Lösungsfindung beizustehen und dem Parlament Bericht zu erstatten.

Im Nationalratsplenum wurde die Motion nur kurz behandelt und Kommissionssprecherin Schmid-Federer (cvp, ZH) brachte in ihrer Begründung für die Motion vor allem die Sorge um den Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich zum Ausdruck, der zwar immer wieder zur Sprache käme, gegen den aber auch im Parlament jeweils nicht viel Konkretes unternommen werde. Mit diesem Vorstoss könne ein Schritt gegangen werden, der erst noch kostenneutral umgesetzt werden könnte. Gegen den Vorstoss stand Raymond Clottu (svp, NE) ein, der die Meinung des Bundesrats teilte, dass keinesfalls die OKP als Finanzierungskanal erhalten dürfe. Gleich argumentierte Bundesrat Berset, der die Meinung der Regierung vertrat und gegen die Motion warb, die allerdings mit 92 zu 89 Stimmen und 3 Enthaltungen knapp angenommen und damit dem Ständerat zur Weiterbearbeitung überlassen wurde.<sup>39</sup>

**MOTION**

DATE: 13.12.2016  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die Finanzierung von Ausbildungsplätzen über die OKP und damit die Bereitstellung von mehr **Praktikumsplätzen in privaten Praxen und ausserklinischen Bereichen** ist keine Option zur Entschärfung des Fachkräftemangels. Dies zumindest nach Ansicht des Ständerates, der eine entsprechende Motion der SGK-NR im Sinne der Regierung abgelehnte. Mit 6 zu 3 Stimmen bei 3 Enthaltungen war dies von der ständerätlichen WBK beantragt worden. Leitendes Argument war die Einschätzung, dass es nicht die Aufgabe des KVG oder anderer Sozialversicherungszweige sei, Ausbildungen zu finanzieren. Stattdessen sei das KVG dazu da, Krankheitsrisiken zu versichern, so Kommissionssprecherin Häberli-Koller (cvp, TG).<sup>40</sup>

## Médicaments

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 21.09.1998  
MARIANNE BENTELI

Mitte Jahr gab der Bundesrat bekannt, er werde die **„Denner“-Initiative** aus ähnlichen Überlegungen, wie sie Stimmen vorgebracht hatte, ablehnen und dazu einen **indirekten Gegenvorschlag** präsentieren. Einen ersten Schritt tat er mit seinen Revisionsvorschlägen für das Krankenversicherungsgesetz. Nach seinen Vorstellungen sollen die Ärzte zunehmend nur noch den Wirkstoff verschreiben, worauf dann die Apotheker gehalten sind, ein Generikum abzugeben, es sei denn, der Arzt habe deutlich das Originalpräparat rezeptiert. Ende Jahr erlaubte das BSV der Krankenkasse **„Swica“**, ein neues, für die Prämienzahler kostengünstigeres Versicherungsmodell anzubieten, bei dem die Kunden zugunsten von Generika auf Originalpräparate verzichten. Allerdings muss nach Ansicht der Behörden auch in dieser neuen Versicherungsform eine medizinisch angemessene Behandlung im Rahmen der Pflichtleistungen gewährleistet sein. Es wäre mit dem KVG nicht vereinbar, wenn sich die Versicherten verpflichteten, sich auch dann mit einem billigeren Medikament zufrieden zu geben, wenn ein teureres erwiesenermassen wirksamer wäre.<sup>41</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 22.12.1999  
MARIANNE BENTELI

Mit der ersten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) soll den kostengünstigeren **Generika** zum Durchbruch verholfen werden. Der Bundesrat hatte vorgeschlagen, den Apothekern die Möglichkeit zu geben, ein Originalprodukt durch ein billigeres, aber gleichwertiges Produkt zu ersetzen, wenn der Arzt nicht ausdrücklich mit seinem Rezept die Abgabe des Originals verlangt. Weil dieser Vorschlag ihrer Ansicht nach nur bedingt zum Umsteigen auf Generika führen würde, beschloss die vorberatende Kommission des Ständerates, analog zum Arzttarif eine Leistungsentschädigung für die Apotheker einzuführen, denn nur wenn ihr Einkommen nicht mehr von der Höhe der Medikamentenpreise abhängt, hätten die Apotheker ein Interesse am Generikaverkauf. Zudem sollen sie den Arzt erst nach der Abgabe des Medikaments über die Substitution informieren müssen.<sup>42</sup>

DÉBAT PUBLIC  
DATE: 25.09.2001  
MARIANNE BENTELI

Die mit der 1. KVG-Revision beschlossenen Neuerungen im Medikamentenbereich traten schrittweise in Kraft. Bereits ab Anfang Jahr wurde es den Apotheken freigestellt, ohne ausdrücklichem Vermerk auf der Verschreibung statt eines Originalprodukts ein kostengünstigeres **Generikum** abzugeben. Damit dies auch vermehrt geschieht, wurde auf den 1. Juli die **leistungsorientierte Abgeltung** (LOA) eingeführt, die den Anreiz zum Verkauf von besonders teuren Medikamenten abbaut. Neu übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Leistungen der Apotheken unabhängig vom Produktpreis; durch diesen Pauschalzuschlag entfällt ein Teil der bisherigen Margen für Beratung, Vertrieb und Lagerhaltung. Der neue Abgeltungsmodus stiess in der Bevölkerung vorerst auf Unverständnis, da er dazu führte, dass bis anhin kostengünstige Medikamente teurer wurden. Aber auch einzelne Krankenkassen und der Konsumentenschutz verlangten eine Neuverhandlung der Tarifverträge mit den Apotheken. Verglichen zum Ausland fristen die Generika in der Schweiz nach wie vor ein Schattendasein; ihr Anteil am Markt betrug 2000 lediglich rund 3%.<sup>43</sup>

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 13.12.2002  
MARIANNE BENTELI

Bei der Beratung der **2. KVG-Teilrevision** im Nationalrat setzte sich ein Antrag Goll (sp, ZH) durch, welcher verlangte, dass die Ärzte künftig nur noch Wirkstoffe verschreiben dürfen und nicht mehr die einzelnen Produkte. In der Apotheke soll dann bei gleichwertigem Angebot das kostengünstigste Medikament abgegeben werden. Mit dieser gesetzlichen Regelung möchte Goll den Verkauf von **Generika** (gleichwertige Nachahmerprodukte von Originalpräparaten) ankurbeln, die mit einem Marktanteil von 3% im Vergleich mit den umliegenden Ländern immer noch ein Schattendasein fristen. Der Antrag stiess im bürgerlichen Lager auf Widerstand. Im Namen der FDP-Fraktion erinnerte Egerszegi (AG) daran, dass die Stimmbürger erst 2001 die **„Denner-Initiative“** ähnlichen Inhalts verworfen haben. Unterstützung erhielt sie von Drogist und SVP-Nationalrat Stahl (ZH), der vor einer Qualitätseinbusse im Gesundheitswesen warnte. Die CVP äusserte sich nicht, stimmte dann aber fast geschlossen mit der Linken und den Grünen und verhalf so dem Antrag mit 75 zu 73 Stimmen knapp zum Durchbruch. Da die KVG-Revision in der Gesamtabstimmung abgelehnt wurde, ist dieser Beschluss – zumindest vorderhand – hinfällig.<sup>44</sup>

**OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL**

DATE: 17.06.2003

MARIANNE BENTELI

In der zweiten Runde der KVG-Revision stimmte der Ständerat mit 21 zu 8 Stimmen einem Antrag der Kommission zu, wonach im Sinn der Kostendämpfung bei gleicher Eignung das preisgünstigere Medikament zu verabreichen sei. Schiesser (fdp, GL) versuchte vergebens, dies zu verhindern. Er machte geltend, dies würde einem „Zwang“ gleichkommen, **Generika** abzugeben. Auch Bundespräsident Couchepin sprach sich gegen eine derartige Verpflichtung für die Ärzte und Apotheker aus, mit dem Argument, der Spareffekt durch Generika sei derart gering (rund 80 Mio Fr. pro Jahr), dass es sich nicht lohne, dafür die therapeutische Freiheit der Ärzte zu beschneiden. Der Nationalrat ergänzte den Beschluss der kleinen Kammer mit der Bestimmung, dass Apotheken auch bei Verschreibung eines Originalpräparats dieses durch ein Generikum ersetzen können, falls der Arzt nicht ausdrücklich die Abgabe des Originals verlangt. Im Vorjahr hatte er noch knapp einen Antrag Goll (sp, ZH) angenommen, wonach die Ärzte nur noch Wirkstoffe hätten verschreiben dürfen, worauf dann die Apotheken bei gleichwertigem Angebot das kostengünstigste Medikament abzugeben hätten. Goll reichte ihren Antrag erneut ein, scheiterte aber mit 100 zu 56 Stimmen deutlich. Da die KVG-Revision vom Nationalrat letztlich abgelehnt wurde, sind diese Bestimmungen hinfällig.<sup>45</sup>

**MOTION**

DATE: 15.12.2017

MAXIMILIAN SCHUBIGER

Mit einer Motion wurde von Nationalrätin Humbel (cvp, AG) angeregt, ein **differenziertes Preisfestsetzungssystem für Arzneimittel** einzuführen. Diese auf die Spezialitätenliste anzuwendende Neuerung soll nicht nur Tagestherapiekosten berücksichtigen, sondern überdies auch Kostenfolgen für das Gesamtsystem abbilden. Hinzu käme eine systematische Evaluation teurer und innovativer Arzneimittel gegen Krankheiten mit hoher Prävalenz (Krankheitshäufigkeit). Auf der anderen Seite wird mit der Motion eine Verschlankung der Modalitäten zur Neuzulassung patentabgelaufener Heilmittel angestossen. Vier Ziele wurden von der Motionärin gleich mitgeschickt: Erstens sollten Preisreduktionen folgen, wenn eine Mengenausweitung oder Indikationserweiterungen stattfinden. Zweitens sollte für innovative Therapien die Zulassung nur unter Auflagen erteilt werden und so rasch als möglich Evaluationen dieser neuen Heilmethoden angestossen werden. Als dritte Absicht wollte Humbel sogenannte „Pay-for-Performance-Modelle“ testen lassen. Das würde heissen, dass die Finanzierung von Arzneimitteln von deren Heilungserfolg abhängig gemacht würde. Ihre letzte Vision war eine wettbewerbliche Preisfindung für Medikamente, deren Patent abgelaufen ist und die ein neuer Zulassungsnehmer in Umlauf bringen will. Hierfür sollten Zugangshürden abgebaut werden.

Nachdem der Bundesrat bereits im Rahmen einer früheren Interpellation Eberle (svp, TG; Ip. 16.3428) positive Signale gesendet hatte, stellte er in seiner Antwort zur Motion Humbel ebenfalls in Aussicht, die Preisfestsetzungsregeln zu überdenken, und empfahl daher das Geschäft zur Annahme. Er habe den Handlungsbedarf erkannt und suche nach Verbesserungspotential in allen Bereichen (patentabgelaufene, preisgünstige oder auch hochpreisige Medikamente). Die Landesregierung blieb jedoch auf dem Standpunkt, dass „die Marktkräfte von Angebot und Nachfrage nicht genügend spielen und eine behördliche Regulierung der Preise weiterhin notwendig ist“. Insofern sei eine KVG-Revision bereits angedacht worden, die sich prinzipiell jedoch vorerst auf die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Therapien beschränke.

Nachdem das Ratsplenum die Motion in der Wintersession 2017 stillschweigend angenommen hatte, stand der Umsetzung dieser Massnahmen seitens des Nationalrates nichts mehr im Weg. Offen blieb, welche Aspekte in einer noch auszuarbeitenden Gesetzesvorlage tatsächlich berücksichtigt würden. Hierzu kann sich auch die Ständekammer noch äussern.<sup>46</sup>

**MOTION**

DATE: 12.12.2018

JÖELLE SCHNEUWLY

Nachdem der Nationalrat der Motion Humbel (cvp, AG) zum **differenzierten Preisfestsetzungssystem für Arzneimittel** im Dezember 2017 Folge gegeben hatte, nahm sich die SGK-SR im Oktober 2018 dem Vorstoss an. Da das Anliegen bereits in das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen integriert worden sei, erachtete die Kommission die Motion «nicht für zweckmässig». Folglich lehnte sie diese ohne Gegenstimme ab.

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat das Geschäft zusammen mit einer Motion Brand (svp, GR; Mo. 15.4231) und einer weiteren Motion Humbel (Mo. 17.3827). Während Roland Eberle (svp, TG) noch einmal die Sicht der Kommission darlegte, entgegnete Josef Dittli (fdp, UR), dass durch das Massnahmenpaket nicht alle Forderungen des Vorstosses abgedeckt würden. Zudem betonte er den noch immer existierenden Handlungsbedarf im Arzneimittelbereich und forderte den Bundesrat dazu auf, sich – unabhängig vom Ausgang der Motion – weiterhin mit dem Thema

auseinanderzusetzen und diesbezüglich Lösungsvorschläge zu präsentieren. Anita Fetz (sp, BS) kritisierte unterdessen die Wirksamkeit der Motion. Die Schweiz sei im Besitz eines guten Gesundheitssystems, habe aber ein ungerechtes Finanzierungssystem. Wollte man für den Mittelstand etwas ändern, müsse man «endlich offen über die Finanzierung reden». Gesundheitsminister Berset führte noch einmal die Geschehnisse der vergangenen zwei Jahre aus und unterstrich die Wichtigkeit der Thematik. Er sei froh, hierzu die Unterstützung des Parlaments zu haben, jedoch seien die entsprechenden Motionen in der gegenwärtigen Situation nicht nötig. Um die Kosten zu senken, schienen ihm in erster Linie Elemente wie Transparenz und Qualität entscheidend. Stillschweigend lehnte die kleine Kammer alle drei Motionen ab.<sup>47</sup>

## Epidémies

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL  
DATE: 08.03.2021  
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2021 fanden zwei Runden des **Differenzbereinigungsverfahrens zum Paket 1a des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** statt. Der **Ständerat** hatte sich zuerst mit neun verbliebenen Differenzen zu zwei Themenkreisen zu befassen. Dabei konnte er die Frage bereinigen, ob **Pauschalen bei ambulanten Behandlungen** auf national einheitlichen Tarifstrukturen beruhen sollen. Nachdem der Nationalrat zuvor an dieser Forderung festgehalten hatte, pflichtete ihm der Ständerat nun bei. Damit soll unter anderem die Rechnungsüberprüfung für die Versicherten einfacher werden. Zudem sollen entsprechende Pauschaltarife von allen Leistungserbringenden verwendet werden – auch hier stimmte der Ständerat stillschweigend dem Vorschlag des Nationalrats zu. Bezüglich der Einheitlichkeit der Tarifstruktur hatte der Bundesrat ursprünglich Ausnahmen vorgesehen, der Ständerat und in der Folge auch der Nationalrat hatten diese Ausnahmeregelung jedoch aus dem Gesetz gestrichen. Nun beabsichtigte die SGK-SR hier doch wieder dem Bundesrat zu folgen und die entsprechende Regelung wieder aufzunehmen. Stillschweigend hiess der Ständerat auch diesen Vorschlag seiner Kommission gut. Zusätzlich schuf die kleine Kammer auf Antrag ihrer Kommission jedoch auch eine neue Bestimmung, wonach die Tarifpartner auch weiterhin zusätzliche ambulante Pauschaltarife vereinbaren können.

Der Nationalrat störte sich zwei Tage später jedoch daran, dass der Ständerat hier zwei Regelungen zur Frage der Ausnahmen bei ambulanten Pauschaltarifen geschaffen habe. Für den **Nationalrat** war klar, dass nur eine der beiden Regelungen nötig sei – uneinig war man sich jedoch, welche. Die Minderheiten Prelicz-Huber (gp, ZH) und Gysi (sp, SG) bevorzugten die bundesrätliche Formulierung, da diese eine Anhörung der interessierten Kreise ermögliche, und beantragten die ständerätliche Ergänzung zur Ablehnung. Die Kommissionsmehrheit sprach sich allerdings für die kürzere Variante des Ständerats aus und konnte damit die Mehrheit der grossen Kammer überzeugen.

Bezüglich des zweiten noch offenen Themas der Revision, dem **Experimentierartikel zu den Pilotprojekten**, hatte gemäss dem ständerätlichen Kommissionsprecher Pirmin Bischof (mitte, SO) lange Zeit vor allem die Frage nach der Einhaltung der Rechte der Versicherten im Mittelpunkt gestanden. Ständerat und Nationalrat seien sich aber einig geworden, dass in solchen Pilotprojekten die Rechte der Versicherten, auch deren Grundrechte, nicht verletzt werden dürfen und dass die Teilnahme der Betroffenen freiwillig sein müsse. Bezüglich der Rechte der Teilnehmenden stimmte der Ständerat dem Vorschlag der grossen Kammer stillschweigend zu. Die Mehrheit der SGK-SR wollte die entsprechenden Pilotprojekte auf die Eindämmung der Kostenentwicklung beschränken, während eine Minderheit Ettlín (mitte, OW) die möglichen Themen breiter halten und konkret auch Projekte zur Stärkung der Qualität und der Förderung der Digitalisierung zulassen wollte. Eine weitere Minderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) forderte erneut die Auflistung der möglichen konkreten Bereiche, in denen entsprechende Pilotprojekte möglich sein sollen. Wie bereits in der Debatte im Nationalrat in der Wintersession 2020 wurde auch hier auf den entsprechenden Bericht des BJ verwiesen, wonach eine offene, nicht abschliessende Formulierung mit der Verfassung in Konflikt stehen könnte. Dieses Problem anerkannte die Kommissionsmehrheit jedoch nicht und lehnte eine Spezifikation der Bereiche weiterhin ab, zumal sie eine entsprechende Liste als innovationshemmend erachtete. Die Mehrheit beantragte zudem, sämtlichen beteiligten Akteuren die Möglichkeit, zuzusprechen, solche Projekte zu lancieren, während die Minderheit Ettlín dafür vorgängige Vereinbarungen zwischen Versicherungen und Leistungserbringenden vorsehen und Patientenorganisationen sowie Kantone von dieser Möglichkeit ausnehmen wollte. Die Kommissionsmehrheit setzte sich in sämtlichen Punkten durch und hielt damit drei Differenzen in diesem Themenbereich aufrecht.

Der Nationalrat zeigte sich in dieser Frage jedoch nicht gesprächsbereit und lehnte

einen Minderheitsantrag de Courten (svp, BL), der ebenfalls auf die Auflistung verzichten wollte, da Innovation «kein Top-down-Verfahren» sei, ab.

Offen blieben damit auch nach diesen Behandlungen in beiden Räten insbesondere die Fragen, in welcher Form Ausnahmen bei den ambulanten Pauschalen ausgestaltet und ob die möglichen Bereiche für Pilotprojekte aufgelistet werden sollen.<sup>48</sup>

- 
- 1) BBl, 1999, S. 795; Presse vom 22.9.98.
  - 2) BBl, 1999, S. 2477; Presse vom 9.3.99; LT, 11.3. und 3.4.99; SHZ, 28.4.99; Presse vom 5.5. und 15.6.99; SHZ, 1.12.99
  - 3) AB NR, 2000, S. 71, 352, 406 und 459; AB SR, 2000, S. 105 f., 171 und 226.
  - 4) Presse vom 27.5.00.; BBl, 2001, S. 741 ff.; CHSS, 2000, S. 266 f.; Presse vom 19.9.00.; Presse vom 20.9. und 31.10.00; NZZ, 21.9.00.; Presse vom 22.11.00.
  - 5) AB SR, 2001, S. 208 f. und 472; AB NR, 2001, S. 952; BBl, 2001, S. 3411.11
  - 6) AB SR, 2001, S. 669 ff.; AB NR, 2001, S. 1993
  - 7) AB SR, 2001, S. 628 ff., 650 ff. und 804 ff.; TA, 30.5. und 25.6.01. Presse vom 10.12.-14.12.01
  - 8) AB NR, 2002, S. 2003 ff., 2055 ff., 2072 ff., 2105 ff., 2123 ff. und 2144 ff.
  - 9) AB SR, 2003, S. 208 ff.; AB NR, 2003, S. 1075 ff.
  - 10) AB SR, 2003, S. 734 ff., 1096 ff. und 1104; AB NR, 2003, S. 1898; NZZ, 23.10.03.
  - 11) AB SR, 2003, S. 195 ff.; AB NR, 2003, S. 1059 ff. und 1072 ff.
  - 12) AB NR, 2005, S. 144 f.
  - 13) AB NR, 2006, S. 767 f.; TA, 2.2.06.
  - 14) BBl, 2016, S. 2906 f.; Bericht BAG vom 13.05.2015; Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung
  - 15) AB SR, 2016, S. 546 ff.; BBl, 2015, 257 ff.; Medienmitteilung BR vom 7.12.15; Medienmitteilung SGK-S vom 22.3.2016; AZ, BaZ, LT, SGT, TG, 17.6.16
  - 16) AB NR, 2016, S. 2245 ff.; Kommissionsbericht SGK-NR vom 3.11.16; Medienmitteilung SGK-NR vom 13.11.15; Medienmitteilung SGK-SR vom 22.3.16
  - 17) Medienmitteilung SGK-N vom 03.02.17; Medienmitteilung SGK-N vom 14.10.16
  - 18) AB SR, 2017, S. 478
  - 19) AB NR, 2017, S. 1239 f.
  - 20) AB NR, 2017, S. 1393 f.; AB SR, 2017, S. 616 ff.
  - 21) AB NR, 2017, S. 1726; AB SR, 2017, S. 756
  - 22) AB SR, 2017, S. 806 f.
  - 23) Medienmitteilung SGK-NR vom 12.5.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 23.2.18
  - 24) AB NR, 2019, S. 907 ff.
  - 25) AB NR, 2018, S. 1440
  - 26) AB SR, 2018, S. 1033 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.18 (17.3974)
  - 27) AB SR, 2019, S. 17 ff.; Medienmitteilung SGK-SR vom 16.10.18; Medienmitteilung SGK-SR vom 18.1.19; Medienmitteilung SGK-SR vom 20.2.19 ; Medienmitteilung SGK-SR vom 29.6.18
  - 28) AB NR, 2019, S. 1362; AB NR, 2019, S. 881 ff.; AB SR, 2019, S. 583; BBl, 2019, S. 4469 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 5.4.19
  - 29) Medienmitteilung SGK-NR vom 26.3.21; Medienmitteilung SGK-SR vom 21.1.22
  - 30) Amtl. Bull. NR, 1999, S. 755 ff.; Presse vom 24.3.99; Amtl. Bull. StR, 1999, S. 791 ff.; Amtl. Bull. NR, 1999, S. 1371; Amtl. Bull. StR, 1999, S. 645 f.; Amtl. Bull. NR, 1999, S. 1580 ff.
  - 31) AB NR, 2000, S. 62 ff. (KVG-Revision) und 71 ff. (Motion); AB SR, 2000, S. 107.
  - 32) AB NR, 2000, S. 62 ff., 351 ff. und 459; AB SR, 2000, S. 102 ff. und 226
  - 33) BBl, 2000, S. 741 ff.; CHSS, 2001, S. 265 f.; Presse vom 19.9.00. Presse vom 14.7.00; Presse vom 15.6., 16.6. und 14.7.00; Presse vom 31.7.00.
  - 34) AB SR, 2001, S. 628 ff., 650 ff. und 804 ff.
  - 35) AB NR, 2001, S. 1645 ff.; NZZ, 21.6.01; Presse vom 15.11.01
  - 36) AB NR, 2002, S. 2003 ff., 2055 ff., 2072 ff., 2105 ff., 2123 ff. und 2144 ff.
  - 37) AB NR, 2003, S. 1118 ff.; NZZ, 3.5. und 24.10.03; Presse vom 13.10.03 ; AB SR, 2003, S. 213 f.; NLZ, 26.2.03 und NZZ, 14.3.03 ; AB SR, 2003, S. 744.
  - 38) AB SR, 2007, S. 1030 ff.; BBl, 2004, S. 4293 ff.
  - 39) AB NR, 2016, S. 910 ff.
  - 40) AB SR, 2016, S. 1142 ff.; Kommissionsbericht WBK-S vom 7.11.16
  - 41) BBl, 1999, S. 793 ff.; NZZ, 2.7.98; Presse vom 22.9.98.; TA, 8.12.98.
  - 42) Presse vom 3.2.99; BaZ, 26.4.99; SHZ, 28.4.99; LT, 30.11.99; Presse vom 22.12.99
  - 43) Marcuard, Dominique, „Preisbildung bei Arzneimitteln“, in CHSS, 2001, S. 69 ff.; BaZ, 30.5.01; TA, 11.6.01; Presse vom 30.6.01; LT, 3.7. und 16.8.01; Ww, 9.8.01; Lib., 17.8.01; NZZ, 25.9.01; Presse vom 17.5.01
  - 44) AB NR, 2002, S. 2003 ff., 2055 ff., 2072 ff., 2105 ff., 2123 ff. und 2144 ff.
  - 45) AB NR, 2003, S. 1075 ff.; AB SR, 2003, S. 223 f.
  - 46) AB NR, 2017, S. 2187
  - 47) AB SR, 2018, S. 1032 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.18
  - 48) AB NR, 2021, S. 334 ff.; AB SR, 2021, S. 114 ff.