



# Vorschau Frühjahrsession 2019

## Empfehlungen von santésuisse

### Geschäfte im Ständerat

Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	Seite
Di 5. März 2019	<b>18.036</b> KVG. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung	<b>Eintreten. Annehmen</b>	3
Di 5. März 2019	<b>16.3084</b> Mo. Landolt. Krankenversicherung. Anpassung der ordentlichen Franchise	<b>Annehmen. Nationalrat folgen</b>	3
Di 5. März 2019	<b>16.3110</b> Mo. Fraktion RL. Krankenversicherung. Regelmässige Anpassung der Franchisen	<b>Annehmen. Nationalrat folgen</b>	3
Di 5. März 2019	<b>16.3111</b> Mo. Fraktion RL. Wahlfreiheit und Eigenverantwortung stärken. Maximalfranchise in der obligatorischen Krankenversicherung erhöhen	<b>Keine Empfehlung</b>	3
Di 5. März 2019	<b>16.3112</b> Mo. Fraktion RL. Krankenversicherung. Mindestfranchise in der Krankenversicherung endlich anpassen	<b>Annehmen. Nationalrat folgen</b>	4
Di 5. März 2019	<b>15.468</b> Pa.IV. Brand (Borer). Stärkung der Selbstverantwortung im KVG	<b>Eintreten. Nationalrat folgen</b>	4
Di 5. März 2019	<b>15.083</b> KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit	<b>Annehmen. Nationalrat folgen</b>	5
Di 5. März 2019	<b>18.081</b> Heilmittelgesetz. Neue Medizinprodukte-Regulierung	<b>Eintreten. Teuren «Swiss Finish» verhindern</b>	6
Di 5. März 2019	<b>16.3193</b> Mo. Hess Lorenz. KVG. Innovation und Transparenz bei den Tarifen fördern	<b>Annehmen</b>	7
Di 5. März 2019	<b>17.3716</b> Mo. Brand. Einführung einer Innovationsbestimmung im Krankenversicherungsgesetz	<b>Annehmen. Nationalrat folgen</b>	8



Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	Seite
Di 5. März 2019	<b>17.4270</b> Mo. Brand. KVG. Transparenz bei der Leistungsabrechnung nach Tarmed	<b>Annehmen</b>	9
Di 5. März 2019	<b>18.4167</b> Mo. Maury Pasquier. Schwangerschaftsabbruch ab der 13. Schwangerschaftswoche: Gleichbehandlung der Patientinnen	<b>Keine Empfehlung</b>	10
Di 5. März 2019	<b>18.4193</b> Mo. Noser. Arzneimittel: Selbstmedikation und Kostenreduktion	<b>Annehmen</b>	11
Mi 6. März 2019	<b>15.4027</b> Mo. Lehmann. Krankenkassenprämien gemäss KVG steuerlich abzugsfähig machen	<b>Annehmen</b>	12
Mi 6. März 2019	<b>17.3171</b> Mo. Grin. Erhöhung der Pauschalabzüge bei der direkten Bundessteuer zum Ausgleich der Explosion der Krankenkassenprämien	<b>Annehmen</b>	12
Do 7. März 2019	<b>18.081</b> Heilmittelgesetz. Neue Medizinprodukte-Regulierung (Differenzen) ) (siehe Di 5. März 2019)	<b>Eintreten. Teuren «Swiss Finish» verhindern</b>	6
Ev. Mo 18. März 2019	<b>18.081</b> Heilmittelgesetz. Neue Medizinprodukte-Regulierung (Differenzen) (siehe Di 5. März 2019)	<b>Eintreten. Teuren «Swiss Finish» verhindern</b>	6
Mi 20. März 2019	<b>17.320</b> Kt.Iv. JU. Nicht bezahlte KVG-Prämien: Zuteilung an einen vom Kanton bestimmten Krankenversicherer bei Übernahme der Verlustscheine durch den Kanton	<b>Keine Folge geben</b>	13
Do 21. März 2019	<b>18.3305</b> Mo. Brand. KVG. Keine Tarifverträge ohne Kosteneindämmungselement	<b>Annehmen</b>	14
Do 21. März 2019	<b>17.528</b> Pa.Iv. Ettlín Erich. OKP. Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen	<b>Folge geben</b>	14
Do 21. März 2019	<b>18.4102</b> Po. SGK. Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen	<b>Annehmen</b>	15

Ständerat, Dienstag 5. März 2019

## Diverse Franchisengeschäfte

Vorlage	Inhalt der Vorlage	Empfehlung santésuisse
<p><b>18.036 KVG. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung</b></p>	<p>Bundesrat und Parlament wollen die Eigenverantwortung der Versicherten stärken; dies soll zur Eindämmung des Kostenanstiegs beitragen. In Erfüllung der von Ständerat Ivo Bischofberger eingereichten Motion 15.4157 «Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen» soll mit dieser Vorlage die Höhe der Franchisen an die Kostenentwicklung bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angepasst werden.</p>	<p><b>Eintreten und annehmen</b> Dem vom Bundesrat vorgeschlagenen Mechanismus zur periodischen Erhöhung der Franchisen kann zugestimmt werden.</p> <p>Um die überflüssigen Leistungen besser zu vermeiden, braucht es einen Strauss von Massnahmen.</p> <p>Zum einen muss das Überangebot reduziert werden. Zum anderen muss der potenzielle Patient zum kritischen Patienten werden, was den Konsum von medizinischen Leistungen angeht. Aus Erfahrung ist dies gegeben, wenn das eigene Portemonnaie betroffen ist.</p> <p>Nur wenn medizinische Leistungen spürbar etwas kosten, werden die Patientinnen und Patienten zunehmend beginnen, kritische Fragen zur Qualität und Wirksamkeit bzw. zur Notwendigkeit einer bestimmten medizinischen Intervention zu stellen.</p>
<p><b>16.3084 Mo. Landolt. Krankenversicherung. Anpassung der ordentlichen Franchise</b></p>	<p>Der Bundesrat wird beauftragt, die ordentliche Franchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf mindestens 400 Franken zu erhöhen.</p>	<p><b>Annehmen. Nationalrat folgen</b> Die Mindestfranchise sollte auf CHF 500.- erhöht werden, damit die Eigenverantwortung gestärkt werden kann.</p>
<p><b>16.3110 Mo. Fraktion RL. Krankenversicherung. Regelmässige Anpassung der Franchisen</b></p>	<p>Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Reform der notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu unterbreiten, um in der OKP einen Mechanismus vorzusehen, welcher sicherstellt, dass die Franchisen in regelmässigem Abstand der Kostenentwicklung angepasst werden.</p>	<p><b>Annehmen. Nationalrat folgen</b> Mit der Annahme der Motion <b>15.4157</b> (Bischofberger) und der bundesrätlichen Vorlage <b>18.036</b> (oben) ist diesem Vorstoss bereits Rechnung getragen.</p>
<p><b>16.3111 Mo. Fraktion RL. Wahlfreiheit und Eigenverantwortung stärken. Maximalfranchise in der obligatorischen Krankenversicherung erhöhen</b></p>	<p>Der Bundesrat wird beauftragt, eine Reform der notwendigen gesetzlichen Grundlagen vorzuschlagen, um die Maximalfranchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu erhöhen bzw. eine neue Stufe für die Maximalfranchise festzulegen und entsprechende Rabattmöglichkeiten bei den Prämien vorzusehen.</p>	<p><b>Keine Empfehlung</b> Die Erhöhung der Maximalfranchise in überschaubaren Schritten erfolgt gemäss Vorlage <b>18.036</b> des Bundesrates (siehe oben). Eine zusätzliche Erhöhung ist nicht angezeigt, da die Rabatte kaum im gleichen Masse gewährt werden könnten.</p>



<p><b>16.3112 Mo. Fraktion RL. Krankenversicherung. Mindestfranchise in der Krankenversicherung endlich anpassen</b></p>	<p>Der Bundesrat wird beauftragt, den Betrag der ordentlichen Franchise gemäss Verordnung über die Krankenversicherung zu erhöhen.</p>	<p><b>Annehmen. Nationalrat folgen</b> Die Mindestfranchise sollte auf CHF 500.- erhöht werden, damit die Eigenverantwortung gestärkt werden kann.</p>
<p><b>15.468 Pa.IV. Brand (Borer). Stärkung der Selbstverantwortung im KVG</b></p>	<p>Die gesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) sind so anzupassen, dass für alle besonderen Versicherungsformen (Wahlfranchisen, eingeschränkte Wahl usw.) ausschliesslich die dreijährige Vertragsdauer zur Anwendung kommt. Dagegen sind im Grundmodell mit der ordentlichen Franchise von 300 Schweizerfranken Jahres- und Halbjahresverträge wie bisher anzuwenden.</p>	<p><b>Eintreten. Nationalrat folgen</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Es ist stossend und mit der geforderten vermehrten Eigenverantwortung nicht vertretbar, wenn Personen, die während vielen Jahren mit hohen Franchisen von bedeutend tieferen Prämien profitierten, bei bevorstehenden, planbaren Operationen etc. für kurze Zeit in die tiefste Franchisenstufe wechseln.</li><li>- Mit der Verpflichtung, die Wahlfranchise über drei Jahre beizubehalten, kann eine opportunistische Franchisengestaltung in vielen Fällen vermieden werden.</li><li>- Selbstverantwortung und Nachhaltigkeit werden dadurch gestärkt.</li><li>- Eine gestärkte Selbstverantwortung wirkt sich häufig auch positiv auf eine gesunde Lebensweise aus.</li><li>- Die Wahl hoher Franchisen hängt entscheidend von den Rabatten ab: Es ist nicht zutreffend bzw. nicht zu erwarten, dass dreijährige Franchisen die entsprechende Attraktivität mildern.</li><li>- Weiter sind die Daten der bundesrätlichen Studie zu hinterfragen: Unter anderem sind die Kassenwechsler, welche die Prämienzahlungen am meisten zu optimieren pflegen, in den Zahlen nicht enthalten. Diese Daten liegen gar nicht vor.</li><li>- Weiter liegt der Studie des Bundesrates eine Beobachtungsperiode von nur drei aufeinanderfolgenden Jahren zugrunde (2 Wechsel hintereinander möglich). Eine längere Periode wäre deutlich aussagekräftiger.</li><li>- Gemäss derselben BSS-Studie (2017) wechseln 8,3% der Versicherten die Franchise innerhalb von 3 Kalenderjahren mindestens einmal.</li></ul>

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)

Ständerat, Dienstag 5. März 2019

## 15.083 KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat möchte mehr Patientensicherheit dank nationalen Qualitätsprogrammen schaffen und die Qualität im Gesundheitswesen weiter verbessern. Ein wichtiges Instrument seien nationale Qualitätsprogramme. Diese sollen vom Bund geleitet und von den Versicherten finanziert werden.

### Von SGK-NR veränderte Vorlage

Ziel der SGK-NR ist es, mit einem Bottom-up-Ansatz die bereits laufenden Qualitätsbestrebungen verschiedener Organisationen besser zu koordinieren und zu unterstützen. Auf ein Qualitätsinstitut des Bundes wird ebenso verzichtet wie auf die einseitige Finanzierung der Bundesaufgaben und der nationalen Qualitätsprogramme durch die Prämienzahler. Die Rahmenbedingungen zu standardisierten Qualitätsmessungen und Qualitätsprogrammen wurden auch für den ambulanten Bereich so präzisiert, dass in Zukunft tatsächlich Fortschritte beim Qualitätswettbewerb und in der Qualitätstransparenz erwartet werden können. In den vergangenen gut 20 Jahren wurden im ambulanten Bereich trotz gesetzlicher Vorgaben keine systematischen Qualitätsmassnahmen umgesetzt, womit die Patienten mit einer eigentlichen Blackbox konfrontiert sind.

### Position santésuisse

Die gesetzlichen Bestimmungen zur Durchsetzbarkeit auf Seiten der Leistungserbringer müssen zwingend verbessert werden. Die fachlich-inhaltliche Qualitätssicherung kann allerdings nicht «von oben diktiert» werden. Sie muss bei den Leistungserbringern verankert sein und entsprechende Rückkoppelungseffekte mit deren Patientendaten in Praxen und Spitälern haben (Bottom-up-Ansatz). Ansonsten drohen die «nationalen Programme» zum Papiertiger zu werden. Wenn die Leistungserbringer die fachlich-inhaltliche Qualitätssicherung (zu Recht) für sich reklamieren, muss der Gesetzgeber mit entsprechenden Rahmenbedingungen auch dafür sorgen, dass die Leistungserbringer diese Arbeit dann tatsächlich auch erledigen und transparent ausweisen. Sich gewissermassen «allein zuständig» zu erklären, aber seit über 20 Jahren jede Transparenz zur Qualität im ambulanten Bereich zu verweigern wie es die FMH bisher praktiziert (Anhang 6 des TARMED ist leer), geht gar nicht. Gleichzeitig ist es unredlich, den «Top-down-Ansatz» des Bundesrates zu kritisieren, solange man «bottom-up» die Überprüfbarkeit und Durchsetzung der gesetzlichen Vorgaben verweigert.

Die SGK-NR hat die notwendigen Korrekturen an der bundesrätlichen Vorlage vorgenommen, ohne die grundlegenden Ziele der Vorlage (systematische Qualitätsmessungen; entsprechende Transparenz auch im ambulanten Bereich durchsetzen) aus den Augen zu verlieren. Sie hat den «Top-down-Ansatz» des Bundesrates mit dem Qualitätszentrum eliminiert und sichergestellt, dass die bestehenden, spezialisierten Organisationen wie ANQ und EQUAM u.a. die wichtigen Ansprechpartner bleiben, wenn nationale Qualitätsprogramme ausgeschrieben werden. Auch dies dient der Transparenz und Qualitätssicherung. Zu Recht hat die SGK-NR auch die vormals einseitige Finanzierung der Koordinationsarbeiten und der nationalen Programme durch die Prämienzahler korrigiert.

### Zusammenfassend

- Die Gesetzgebung zur Durchsetzung der Qualitätsarbeit muss dringlich verbessert werden.
- Der überarbeitete Entwurf der SGK-NR nimmt die notwendigen Korrekturen der Vorlage vor.
- Die verschiedentlich diskutierten Modell-ANQ oder «gemeinsame Organisation» bieten keine Lösung: Die Verbindlichkeit wäre weiterhin nicht gegeben. Die Sanktionierung würde sich ausschliesslich auf die freiwilligen Abmachungen in Qualitätsverträgen beziehen. Die Leistungserbringer könnten damit weiterhin jegliche Qualitätsvereinbarungen verweigern, ohne Sanktionen befürchten zu müssen.
- Die Fortschritte bei der Qualität und die entsprechende Transparenz dürfen nicht vom Gutdünken der Leistungserbringer abhängen, die sich letztlich über Zwangsabgaben finanzieren lassen.

### Empfehlung santésuisse:

**Annehmen. Nationalrat folgen**

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag 5. März 2019

## 18.081 Heilmittelgesetz. Neue Medizinprodukte-Regulierung

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat hat am 30. November 2018 die Botschaft zur Änderung des Heilmittelgesetzes und Humanforschungsgesetzes zuhanden des Parlaments verabschiedet. Der Gesetzesentwurf soll die Sicherheit und Qualität von Medizinprodukten und damit die Patientensicherheit in der Schweiz verbessern.

### Position santésuisse

santésuisse begrüsst im Grundsatz eine Angleichung des Schweizer Medizinprodukterechts an die beiden neuen EU-Verordnungen, mit dem Ziel in der Schweiz die Sicherheit und Qualität der Medizinprodukte zu verbessern. Es zeigt sich immer mehr, dass der «Swiss finish» eine Abschottung des Marktes bedeutet, ohne dass von einer qualitativen Überlegenheit gesprochen werden kann. Damit besteht Grund zur Annahme, dass das Preis-Leistungsverhältnis für Medizinalprodukte in Europa heute oft besser ist als in der Schweiz.

Auch hierzulande ist die Qualität von Medizinalprodukten heute vermehrt eine weitgehende Blackbox. Der jüngste Skandal um qualitativ völlig unzureichende Implantate liefert ein Paradebeispiel dafür. Gleichzeitig ist die Versorgungssicherheit mit Medizinprodukten in der Schweiz ein wichtiger, zu berücksichtigender Aspekt. Ebenso begrüsst santésuisse die Anpassungen betreffend das Humanforschungsrecht. Zudem werden die vorgeschlagenen Massnahmen zwecks Vermeidung von technischen Handelshemmnissen unterstützt.

Die Anpassungen an die EU-Verordnungen werden jedoch mit Kosten verbunden sein. Unter anderem ist die Kostenfolge für die Zulassung von devitalisiertem menschlichem Gewebe nicht zu unterschätzen, weshalb Swissmedic angehalten ist, den Zulassungsprozess so kostengünstig wie möglich zu gestalten. Zudem ist der Bundesrat aufgefordert, bei der Registrierung der Medizinprodukte ebenfalls darauf zu achten, dass allfällige Mehrkosten verhältnismässig sind und kosteneffizient erfolgen. Der vorgesehene Betrieb eines Informationssystems darf schliesslich zu keinen Mehrkosten in der obligatorischen Krankenversicherung führen.

### Zusammenfassend

- Möglichst einfacher Import von Medizinprodukten, die in der EU zugelassen sind
- Kein Heimatschutz zur Absicherung der Preisinsel Schweiz, ohne dass qualitative Mehrwerte vorgängig nachgewiesen sind.
- Kein Bürokratismus («Swiss finish»)

### Empfehlung santésuisse:

**Eintreten. Teuren „Swiss Finish“ verhindern.**

**Weitere Auskünfte:** Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag 5. März 2019

## 16.3193 Mo. Hess Lorenz. KVG. Innovation und Transparenz bei den Tarifen fördern

### Inhalt der Vorlage

Artikel 52 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ist so zu ändern, dass die Tarife von Analysen durch medizinische Labors künftig - analog Tarmed und DRG - durch die Tarifpartner verhandelt oder, bei Unstimmigkeiten, durch eine von ihnen eingesetzte Rekursinstanz mit Weiterzugsmöglichkeit an das Bundesverwaltungsgericht festgelegt werden.

### Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse ist der Sachverhalt prüfenswert. Mit der von beiden Räten angenommenen Motion **17.3969** der SGK-SR wird dem Vorstoss bereits Rechnung getragen.

**Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen**

**Weitere Auskünfte:** Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag 5. März 2019

## 17.3716 Mo. Brand. Einführung einer Innovationsbestimmung im Krankenversicherungsgesetz

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird eingeladen, im KVG einen für alle Akteure offenen Innovationsartikel zu schaffen. Dieser soll eine klare gesetzliche Grundlage für Pilotprojekte herstellen, welche geeignet sind, den gesetzlich geforderten Massnahmen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bessere Nachachtung zu verschaffen. Die Leistungsansprüche der Versicherten sowie ihr Aufnahmezwang bleiben unangetastet.

### Position santésuisse

Im Gesundheitsbereich bleiben die theoretischen Konzepte zur Eindämmung der Kosten und für mehr Wirtschaftlichkeit in der Regel nur Theorie. Neue Massnahmen für eine effizientere und qualitätsbasierte Gesundheitsversorgung müssen sur terrain geprüft werden können.

Mit dem Innovationsartikel könnte z.B. zeitlich und lokal begrenzt überprüft werden, ob mit einer Stärkung der Kompetenzen der Pflege tatsächlich keine erheblichen Mehrkosten verbunden sind und wie sich das auf die Koordination der Leistungen auswirken würde.

Im Rahmen der Innovationsbestimmung oder des Experimentierartikels müssten die Projekte folgende Bedingungen erfüllen:

- Das Ziel sollte sein, Kosteneinsparungen zu erzielen, welche jedoch zu plausibilisieren sind.
- Die Reversibilität der Projekte muss immer möglich sein.
- Die Rechtssicherheit und die Rechtsstaatlichkeit müssen gewährleistet sein.
- Die Leistungsgarantie und das Solidaritätsprinzip sind für alle Versicherten sichergestellt.
- Die Projekte sollen zeitlich beschränkt sein.
- Eine wissenschaftliche Begleitung der Projekte ist vorzusehen.
- Resultate von Volksabstimmungen, u.a. die dreimalige Ablehnung der Einheitskasse, sollen via Experimentierartikel nicht unterlaufen werden können.

### Empfehlung santésuisse:

**Annehmen. Nationalrat folgen**

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)





Ständerat, Dienstag 5. März 2019

## 17.4270 Mo. Brand. KVG. Transparenz bei der Leistungsabrechnung nach Tarmed

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird eingeladen, das KVG und die dazugehörigen Bestimmungen derart anzupassen, dass die Leistungsabrechnung im Tarmed einfach kontrollierbar, transparent und für die Patienten nachvollziehbar ist. Bei Nichteinhaltung sind Sanktionen vorzusehen.

### Position santésuisse

Zu Händen der Patienten und der Kostenträger muss die Leistungsabrechnung im KVG transparenter werden. Weiter braucht es Sanktionsmöglichkeiten: Wer heute als Leistungserbringer zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung systematisch überhöhte Rechnungen stellt, muss höchstens mit einer Korrektur auf den korrekten Sachverhalt rechnen. Ein «Strafabzug» ist selbst bei systematisch überhöhter Rechnungsstellung nicht möglich. Weil nicht alle «Optimierungen» zu Lasten der Krankenversicherung erkannt werden können und weil selbst bei systematisch zu hoher Rechnungsstellung eine betrügerische Absicht gemäss Art. 59 Abs. 3 lit. f KVG kaum einmal nachgewiesen werden kann, profitieren heute die dreistesten Leistungserbringer am meisten. Deshalb sollte ein «Intransparenzabzug» geltend gemacht werden können, wenn die Patienten keine Rechnungskopie erhalten oder wenn Rechnungen systematisch zu hoch ausfallen. Der Abzug wäre zeitlich limitiert und vor Gericht anfechtbar.

Mit diesen neuen präventiven Instrumenten sollte erreicht werden, was heute wegen fehlenden Sanktionsmöglichkeiten nicht durchgesetzt werden kann: Mehr Transparenz gegenüber den Patienten dank einer Rechnungskopie sowie eine korrekte und faire Rechnungsstellung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung.

### Zusammenfassend

- Für die Patienten und Kostenträger muss die Leistungsabrechnung im KVG transparenter werden.
- Sanktionsmöglichkeiten sollen dafür sorgen, dass unseriöse Leistungserbringer präventiv in die Schranken verwiesen werden können.
- Wer systematisch zu Lasten der Allgemeinheit trickst, muss heute maximal mit einer Korrektur der Rechnung rechnen, weil Betrugsabsicht naturgemäss kaum nachweisbar ist.

### Empfehlung santésuisse:

**Annehmen**

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)

Ständerat, Dienstag 5. März 2019

## 18.4167 Mo. Maury Pasquier. Schwangerschaftsabbruch ab der 13. Schwangerschaftswoche: Gleichbehandlung der Patientinnen

### Inhalt der Vorlage

Nach Artikel 30 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) übernimmt die OKP bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Nach Artikel 64 Absatz 7 KVG darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung für die in den Artikeln 25 und 25a KVG festgelegten allgemeinen Leistungen bei Krankheit erheben, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Geburt und bis zu acht Wochen nach der Geburt erbracht werden. Das an die KVG-Versicherer gerichtete Informationsschreiben «Leistungen bei Mutterschaft und Kostenbeteiligung» des Bundesamts für Gesundheit (BAG) vom 16. März 2018 hält fest: «Aus Sicht der Gleichbehandlung sind auch die Leistungen im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG), Unfällen (Art. 28 KVG) und mit dem straflosen Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG) unter Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG zu subsumieren, zumal diese Leistungen allesamt den Verweis auf den in den Artikeln 25 und 25a KVG definierten Umfang bei Leistungen bei Krankheit enthalten.» Laut BAG darf also für den straflosen Abbruch der Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche keine Kostenbeteiligung erhoben werden.

Gemäss der Umfrage eines Journalisten, die am 28. November 2018 in der Tageszeitung «Arcinfo» veröffentlicht wurde, setzen die Versicherer dies allerdings unterschiedlich um. Einige Krankenkassen befolgen die Weisungen des BAG und erstatten vollständig die Kosten, die in Verbindung mit einem medizinisch indizierten, nach der 13. Schwangerschaftswoche durchgeführten Schwangerschaftsabbruch entstanden sind. Andere verlangen in solch einem Fall die Zahlung der Franchise und des Selbstbehalts - anscheinend haben viele Paare diese Erfahrung gemacht. Diese uneinheitliche Praxis der Krankenkassen führt zu einer Ungleichbehandlung von schwangeren Frauen.

1. Wie beurteilt der Bundesrat die in dieser Hinsicht begrenzte Wirkung des Informationsschreibens des BAG vom 16. März 2018?
2. Welche Massnahmen sieht er vor, damit die Versicherer das Gesetz in gleicher Weise anwenden?
3. Ist der Bundesrat der Ansicht, dass eine Gesetzesänderung notwendig ist, um die Gleichbehandlung schwangerer Frauen zu gewährleisten, die sich nach der 13. Schwangerschaftswoche einem straflosen Schwangerschaftsabbruch unterziehen müssen?

### Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse ist die Schwangerschaft im aktuellen Gesetz gut geschützt. Frauen müssen sich ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis 8 Wochen nach der Geburt bei Komplikationen oder Krankheit nicht an den Behandlungskosten beteiligen. In dieser Zeit bezahlt die Krankenkasse die Kosten der Kontrolluntersuchungen, Geburt, Nachkontrolle und Stillberatung. Bei Schwangerschaft gibt es keine Kostenbeteiligung. Schwangere bezahlen weder Franchise noch Selbstbehalt oder Spitalbeitrag. Die Kosten werden für die Geburt im Spital, im Geburtshaus oder für die Hausgeburt übernommen. Hinzu kommen diverse Kontrolluntersuchungen, die von der Krankenkasse übernommen werden.

- Im heutigen Gesetz wird die Schwangerschaft privilegiert behandelt, indem auf Kostenbeteiligungen ab der 13. Woche bis acht Wochen nach der Geburt verzichtet wird.
- santésuisse ist skeptisch, ob die Aussagen des BAG im genannten Informationsschreiben vom 16. März 2018 über eine ausreichende gesetzliche Grundlage verfügen.
- Soll bei medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen nach der 13. Schwangerschaftswoche analog zur Schwangerschaft (25 und 25a KVG) keine Kostenbeteiligung erfolgen, müsste das Gesetz angepasst werden.

### Empfehlung santésuisse:

**Keine Empfehlung**

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag 5. März 2019

## 18.4193 Mo. Noser. Arzneimittel: Selbstmedikation und Kostenreduktion

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die Einteilungskriterien für frei verkäufliche Arzneimittel (Abgabekategorie E) gemäss Artikel 23 des revidierten HMG so festzulegen, dass diese Kategorie Arzneimittel mit Ausgangsstoffen mitumfasst, die in einem EU-Referenzland mit gleichwertigem Arzneimittelsicherheitssystem seit mindestens 10 Jahren ohne Sicherheitsprobleme frei abgegeben werden. Als Referenzländer festzulegen sind insbesondere Deutschland, Dänemark, Niederlande, Frankreich, Österreich, Belgien, Finnland, Schweden. Für Verfügungen betreffend die Einteilung von Arzneimitteln in Abgabekategorien ist ein besonderes Einwendungsverfahren gemäss Artikel 30a VwVG vorzusehen.

### Position santésuisse

Die Einteilung von frei verkäuflichen Arzneimittel gemäss Swissmedic hat die Erwartungen vor allem von Migros nicht erfüllt. Der Effekt auf die OKP dürfte derzeit klein sein, da sehr wenige Medikamente umgeteilt wurden in die Kategorie E.

santésuisse unterstützt eine liberale Abgabepaxis mit der entsprechenden Selbstverantwortung der Patienten. Selbstverständlich muss auch bei jeder Liberalisierung der Arzneimittelsicherheit Rechnung getragen werden.

### Empfehlung santésuisse:

## Annehmen

**Weitere Auskünfte:** Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Ständerat, Mittwoch 6. März 2019

## 15.4027 Mo. Lehmann. Krankenkassenprämien gemäss KVG steuerlich abzugsfähig machen

## 17.3171 Mo. Grin. Erhöhung der Pauschalabzüge bei der direkten Bundessteuer zum Ausgleich der Explosion der Krankenkassenprämien

### Inhalt der Vorlage

Mit den Motionen 15.4027 Mo. Lehmann und 17.3171 Mo. Grin wird der Bundesrat aufgefordert, dem Parlament eine Teilrevision des Steuergesetzes zum steuerlichen Abzug der Krankenkassenprämien vorzulegen.

Die Motion 15.4027 verlangt Abstufungen des Abzugs nach steuerbarem Einkommen. Bis zu einem steuerbaren Einkommen von 150 000 Schweizerfranken sollen 100 Prozent der Grundkrankenkassenprämien abgezogen werden können.

- Darüber werden die Abzüge wie folgt abgestuft:
- von 151 000 bis 200 000 Schweizerfranken 75 Prozent der Grundkrankenkassenprämie;
- von 201 000 bis 250 000 Schweizerfranken 50 Prozent der Grundkrankenkassenprämie;
- von 251 000 bis 350 000 Schweizerfranken 25 Prozent der Grundkrankenkassenprämie;
- ab 351 000 Schweizerfranken 10 Prozent der Grundkrankenkassenprämie.

Im Steuergesetz soll dabei unterschieden werden zwischen Einzelpersonen und Familien. Der Basisselbstbehalt soll so berücksichtigt werden, dass die Ausfälle des Bundes in einem verkraftbaren Bereich zu liegen kommen. Als Berechnungsbasis könnte ein Selbstbehalt von 1000 Schweizerfranken dienen. Keine Abzugsfähigkeit ist für die Zusatzversicherungen vorzusehen.

Die Motion 17.3171 verlangt eine Erhöhung der Pauschalabzüge bei der direkten Bundessteuer.

Artikel 212 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die direkte Bundessteuer wird wie folgt geändert:  
Abzug der Versicherungsprämien und der Zinsen von Sparkapitalien:

- die Abzüge für alleinstehende Personen betragen 3000 Franken (heute 1700 Franken);
- die Abzüge für Ehepaare betragen 6100 Franken (heute 3500 Franken);
- die Abzüge für jedes Kind und jede unterstützungsbedürftige Person betragen 1200 Franken (heute 700 Franken).

### Position santésuisse

santésuisse unterstützt eine höhere steuerliche Entlastung aufgrund der effektiven Krankenkassenprämien. Allerdings sollte nur der Mechanismus ins Gesetz geschrieben werden. Fixe Beträge sind über kurz oder lang überholt. Es könnte zudem formuliert werden, dass «angemessene Abstufungen berücksichtigt werden sollen».

#### Empfehlung santésuisse:

**Annehmen. (Allgemeinere Formulierung im Zweitrat vorsehen.)**

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)

Ständerat, Mittwoch 20. März 2019

## 17.320 Kt.IV. JU. Nicht bezahlte KVG-Prämien: Zuteilung an einen vom Kanton bestimmten Krankenversicherer bei Übernahme der Verlustscheine durch den Kanton

### Inhalt der Vorlage

Die bundesrechtlichen Grundlagen sind so anzupassen, dass die Kantone Versicherte, für die der Kanton 85 Prozent des vom Krankenversicherer ausgestellten Verlustscheins bezahlen musste, verpflichten können, sich bei einem vom Kanton bestimmten Krankenversicherer zu versichern, zum Beispiel jenem mit der günstigsten Prämie.

### Position santésuisse

Die freie Wahl des Krankenversicherers ist ein Ziel des KVG, das nicht weiter eingeschränkt werden sollte. Aktuell ist sie dann eingeschränkt, wenn infolge fehlendem Versicherungsnachweis ein Krankenversicherer von der Gemeinde zugewiesen wird. Dabei handelt es sich um die Folge einer Unterlassung durch eine Person mit gewöhnlichem Sitz in der Schweiz, die von der Wohngemeinde zuvor entsprechend gemahnt wurde.

Im KVG besteht der Grundsatz, dass Versicherte den Versicherer nicht wechseln können, wenn Ausstände bei den Prämien oder bei der Kostenbeteiligung bestehen. Es ist dann am betroffenen Versicherer, die Ausstände zu bewirtschaften, zumal der Kanton höchstens 85% davon übernimmt. 50% des Inkassoerfolgs des Versicherers sind dem Kanton geschuldet.

Wird vom bisherigen gesetzlichen Grundsatz abgewichen, ergeben sich etliche Folgeprobleme. Zum einen dürften Ausstände derselben Person bei verschiedenen Krankenversicherern entstehen, wodurch die Situation unübersichtlich würde. Zum anderen stellt sich die Frage, welchen Anreiz Prämienzahler hätten, ihre Ausstände beim ehemaligen Krankenversicherer zu begleichen, wenn sie mittels Kantonszuweisung bereits einem neuen Krankenversicherer gegenüber verpflichtet wären.

Weiter muss in Betracht gezogen werden, dass vom Kanton übernommene Ausstände nach Art. 64 a die Vergangenheit, z.B. das Jahr 2016 betreffen können, während die besagte Person ihre Krankenversicherung aktuell, z.B. im Jahre 2018, schon wieder selber bezahlen kann. Auch vor diesem Hintergrund wäre eine staatliche Bevormundung in Sachen Wahl des Krankenversicherers problematisch.

Die von der Standesinitiative geforderte Praxisänderung wäre dem System der Krankenversicherung nicht zuträglich, denn sie würde den Wettbewerb unter den Krankenversicherern verzerren. Die vom Kanton ausgewählten Kassen müssten nämlich alle schlechten Zahler versichern. Dadurch werden die Prämien sehr volatil. Es wird schwieriger sein, die Prämien abzuschätzen, da dies vom Entscheid des Kantons abhängt (ob eine Kasse alle schlechten Zahler zu versichern hat oder nicht).

Ebenfalls würde die geforderte Praxisänderung bei den betroffenen Versicherern zu einem Mehraufwand im Bereich der Verwaltung führen, um die entsprechenden Fälle behandeln zu können. Je nach Situation müssten Spezialisten eingestellt oder freigestellt werden. Jedes Jahr kann es diesbezüglich zu markanten Schwankungen kommen.

### Zusammenfassend:

- Die freie Wahl des Krankenversicherers ist ein Ziel des KVG, das nicht ungebührlich eingeschränkt werden sollte.
- Der Anreiz, Ausstände zu bezahlen, wird nicht erhöht, wenn seitens des Kantons ein neuer Krankenversicherer zugewiesen wird.
- Ausstände können die Vergangenheit betreffen, wogegen zum aktuellen Zeitpunkt – zu welchem der Kanton zuweisen würde – der Versicherte seine Krankenkassenprämie wieder selber bezahlt.

### Empfehlung santésuisse:

**Keine Folge geben**

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)

Ständerat, Donnerstag 21. März 2019

## **18.3305 Mo. Brand. KVG. Keine Tarifverträge ohne Kosteneindämpfungselement**

## **17.528 Pa.IV. Ettlín Eríh. OKP. Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen**

### **Inhalt der Vorlagen**

Mit der Motion 18.3305 Brand wird der Bundesrat eingeladen, die Vorgaben des KVG an die Wirtschaftlichkeit wie folgt zu präzisieren:

Genehmigungsreife Tarifverträge müssen künftig zwingend ein Kosteneindämpfungselement enthalten. Ein zu hohes Kostenwachstum der in Tarifverträgen vorgesehenen Leistungen soll in den Folgejahren automatisch zur Senkung der entsprechenden Tarife führen. Der Bewältigung ausserordentlicher Lagen ist dabei entsprechende Beachtung zu schenken.

Die parlamentarische Initiative 17.528 Pa.IV. Ettlín Eríh fordert eine Anpassung des KVG dahingehend, dass die Tarifpartner bei den Tarifverhandlungen nicht nur die Preise, sondern gleichzeitig auch die Menge verhandeln sollen. Sie müssten somit faktisch degressive Preise aushandeln.

### **Position santésuisse**

Es ist unbestritten, dass das übermässige Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung gebremst werden muss. Umstritten sind die Wege ins Ziel. Während eine Kostensteuerung auf Ebene des Bundes zu undifferenziert ausfallen würde, wäre ein Mikromanagement auf Ebene des einzelnen Spitals und der einzelnen Arztpraxis schlicht nicht umsetzbar.

Aus Sicht von santésuisse ist es zielführend, wenn die Tarifpartner auch das Kosten- bzw. Mengenproblem angehen. Eine solche Vorgehensweise ist einer globalen Kosten- und Mengensteuerung top down ganz vorzuziehen, da sie differenzierter erfolgen kann.

Wer einseitig vom Vertragszwang profitiert, wie das in der Schweiz für die überwiegende Zahl der Leistungserbringer der Fall ist, muss auch die Bereitschaft haben, kostensparende Elemente zu vereinbaren bzw. zu akzeptieren. Insbesondere bei den Verbänden der Leistungserbringer ist dies heute nicht der Fall.

Die FMH beispielsweise signalisiert bereits, dass sie Kostendämpfungselemente der Tarifpartner noch strikter bekämpfen werde als ein Globalbudget durch den Bund. Diese Haltung, die jede Verantwortung für die Kostenentwicklung ablehnt, ist aus Sicht von santésuisse inakzeptabel. Mit dem klaren gesetzlichen Erfordernis soll verhindert werden, dass ein Tarifpartner sich darum frotzeln kann und dem anderen Tarifpartner faktisch die Hände gebunden sind, der gesetzlich geforderten Kosteneindämpfung Rechnung zu tragen.

Tarifverträge sollen deshalb künftig nur dann genehmigt oder Tarife nur festgelegt werden können, wenn die Massnahmen gegen die Mengenausweitung auch tatsächlich enthalten sind.

### **Zusammenfassend**

- Um die negativen Auswirkungen makro-ökonomischer Trends zu dämpfen, braucht es differenzierte Kosteneindämpfungselemente auf allen Seiten.
- Das Kosten- bzw. Mengenproblem der OKP muss nachhaltig entschärft werden (Problem der Ineffizienz bzw. der überflüssigen Leistungen). Dazu braucht es in erster Linie einen besser funktionierenden Qualitäts- und Preiswettbewerb.
- Da besonders im ambulanten Bereich koordinierte Qualitätsmassnahmen weitgehend fehlen, die es erlauben würden, die überflüssigen und kontraproduktiven medizinischen Leistungen besser einzudämmen, ist ein Vorgehen über eine tarifliche Dämpfung des Kostenanstiegs unumgänglich.

### **Empfehlung santésuisse:**

**18.3305 Annehmen; 17.528 Folge geben**

**Weitere Auskünfte:** Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)



Ständerat, Donnerstag 21. März 2019

## 18.4102 Po. SGK. Kohärente Datenstrategie für das Gesundheitswesen

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Datenstrategie zu entwickeln mit dem Ziel, im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) die Transparenz des Systems zu verbessern und wirksame Massnahmen zur Kostendämpfung zu identifizieren. Insbesondere sollen die Antworten auf folgende Fragen in einem Bericht dargelegt werden:

- Wer erhebt heute von wem welche Daten?
- Wer benötigt welche Daten zu welchen Zwecken?
- Wie können die benötigten Daten zuverlässig und mit möglichst geringem Aufwand erhoben werden?
- Wie wird der Schutz der persönlichen Daten der Versicherten beziehungsweise der Patientinnen und Patienten sichergestellt?
- Sind Gesetzesänderungen nötig, um eine kohärente Datenstrategie zu ermöglichen?

### Position santésuisse

Heute werden viele Daten doppelt oder auf Vorrat gesammelt. Auf Seiten der Daten der Leistungserbringer herrscht teilweise ein Vollzugsnotstand. santésuisse unterstützt eine entsprechende Auslegeordnung.

**Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen**

**Weitere Auskünfte:** Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, [daniel.habegger@santesuisse.ch](mailto:daniel.habegger@santesuisse.ch)