



# Vorschau Herbstsession 2018

## Empfehlungen von santésuisse

### Geschäfte im Nationalrat

Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	S.
10./11. Sept. 2018	<b>16.065</b> ELG. Änderung (EL-Reform)	<b>Anrechenbare Krankenkassenprämien Art. 10 Abs. 3 lit. d: SR folgen</b>	4
19. Sept. 2018	<b>17.3969</b> Mo. Kuprecht. Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln	<b>Annehmen. SR folgen</b>	5
19. Sept. 2018	<b>17.3974</b> Mo. SGK-NR. Schadenprävention und Umgang mit Schäden bei medizinischen Behandlungen	<b>Annehmen</b>	6
19. Sept. 2018	<b>18.3387</b> Mo. SGK-NR. Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen	<b>Annehmen</b>	7
19. Sept. 2018	<b>18.3388</b> Mo. SGK-NR. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl	<b>Annehmen</b>	8
19. Sept. 2018	<b>18.3389</b> Mo. SGK-NR. Ärztliche Abgabe von Cannabis als Medikament an chronisch Kranke. Tiefere Gesundheitskosten und weniger Bürokratie	<b>Annehmen</b>	9
19. Sept. 2018	<b>18.3708</b> Mo. SGK-NR. Schwarze Listen. Definition Notfall	<b>Ablehnen</b>	10
19. Sept. 2018	<b>18.3709</b> Mo. SGK-NR. Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten	<b>Annehmen</b>	11
19. Sept. 2018	<b>18.3710</b> Mo. SGK-NR. MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen	<b>Ablehnen</b>	12
19. Sept. 2018	<b>18.3040</b> Po. SGK-NR. Gesetzliche Grundlage für die Sicherstellung der Versorgung im Bereich der seltenen Krankheiten	<b>Annehmen</b>	13
25. Sept. 2018	<b>17.306</b> Kt.Iv. GE. Für eine gerechte Verwaltung der KVG-Reserven.	<b>Keine Folge geben. SR folgen</b>	14
25. Sept. 2018	<b>17.319</b> Kt.Iv. JU. Für einen Transfer der Reserven der KVG-Versicherten bei einem Kassenwechsel	<b>Keine Folge geben. SR folgen</b>	15

**Zusätzlich**
**Im Nationalrat eventuell behandelte Vorstösse aus dem EDI**

Vorlage	Empfehlung	Kurzbegründung
<b>16.3690</b> Po. Heim. Überhöhte Preise für medizinische Hilfsmittel. Wann können Versicherte mit Preisabschlägen rechnen?	<b>Annehmen</b>	Die Preise der medizinischen Mittel und Gegenstände sind deutlich zu hoch. Eine aktuelle Auslegeordnung ist angezeigt.
<b>16.3822</b> Mo. Carobbio Guscetti. Krankenversicherung nach KVG. Keine übermässig harten Vertragsbedingungen bei alternativen Versicherungsmodellen	<b>Ablehnen</b>	Aus Sicht von santésuisse ist der Vorstoss abzulehnen, zumal die Versicherten jedes Jahr den Versicherer wechseln können, falls sie nicht zufrieden sind.
<b>16.3842</b> Mo. Herzog. Transparenz in der Spitalfinanzierung. Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen	<b>Annehmen</b>	Im Bereich der gemeinwirtschaftlichen Leistungen herrscht eine beträchtliche Intransparenz.
<b>16.3948</b> Mo. Lohr. Einführung einer Vergütungspflicht bei im Ausland freiwillig bezogenen OKP-Leistungen	<b>Annehmen</b>	Auf freiwilliger Basis selber im Ausland getätigte Arzt- und Spitalbesuche sowie MiGel-Hilfsmittel und Medikamente sollen von der OKP vergütet werden dürfen, wenn eine ärztliche Verschreibung vorliegt und die Auslandpreise unter jenen in der Schweiz liegen. Bei stationären Leistungen müssen Inhalt und Qualität ebenfalls stimmen.
<b>16.3949</b> Mo. Lohr. Obligatorische Krankenpflegeversicherung. Den Kostenanstieg dämpfen durch geeignete Massnahmen zur Kostenbegrenzung	<b>Ablehnen</b>	Das Ziel ist positiv zu bewerten. Der Vorschlag zur Umsetzung ist allerdings problematisch.
<b>16.3950</b> Po. Lohr. Preisvergleich der Spital-Base-Rates mit dem Ausland	<b>Annehmen</b>	Ein Vergleich ist angezeigt. Es gibt viele Hinweise auf überhöhte Preise, ohne dass eine bessere Qualität ausgewiesen wird.
<b>16.3954</b> Mo. Estermann. Schluss mit den ausufernden Gesundheitskosten (1)	<b>Ablehnen</b>	Die Motionärin geht von der falschen Annahme aus, dass grundsätzlich die Krankenversicherer entscheiden, ob eine Massnahme stationär oder ambulant vorgenommen wird.
<b>16.3955</b> Mo. Estermann. Schluss mit den ausufernden Gesundheitskosten (2)	<b>Ablehnen</b>	Die Motion vermischt Fragen der OKP und des VVG.



<b>16.4023</b> Mo. Lohr. Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs in den Pflegeheimen	<b>Annehmen</b>	Es gibt seit Jahren genügend Hinweise, auf systematische Verzerrungen je nach Landesteil und «Pflegekultur». Die Kantone haben sich zudem ausserstande gesehen, eine Harmonisierung herbeizuführen.
<b>16.4044</b> Mo. Giezendanner. Krankenversicherung. Franchise auf 500 Franken festsetzen.	<b>Annehmen</b>	Zu Gunsten einer gestärkten Selbstverantwortung hätte die Minimalfranchise schon seit Jahren erhöht werden sollen.
<b>16.4049</b> Mo. Humbel. Anreize für die Abgabe von Generika und Biosimilars verstärken	<b>Annehmen</b>	Die Marktdurchdringung von gleichwertigen, aber billigeren Nachahmerprodukten gegenüber von Originalpräparaten muss in der Schweiz erhöht werden.
<b>18.3107</b> Mo. Heim. Transparenz bei Entschädigungen und Honoraren für Ärzte und Ärztinnen in leitender Funktion	<b>Annehmen</b>	Die obligatorische Krankenversicherung wird durch Zwangsabgaben und Steuergelder bezahlt. Die Transparenz bei den Ärztelöhnen ist erwünscht und nötig.



Nationalrat, Montag, 10. September 2018 und Dienstag, 11. September 2018

## 16.065 ELG. Änderung (Differenzen)

### Inhalt der Vorlage

Die vorliegende Revision bezweckt die Optimierung des bestehenden EL-Systems. Insbesondere sollen damit die Verwendung von Eigenmitteln für die Altersvorsorge verbessert sowie unerwünschte Schwelleneffekte reduziert werden. Um eine Leistungsverchiebung in die Sozialhilfe und damit eine finanzielle Mehrbelastung der Kantone zu verhindern, soll das EL-Niveau mit der vorliegenden Reform grundsätzlich erhalten bleiben.

### Position santésuisse

Bei den anerkannten Ausgaben (Art. 10 Abs. 3 lit. d) schlägt der Bundesrat vor, dass der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung der kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämie (inkl. Unfaldeckung) entsprechen soll. Der Ständerat hat hingegen im Sommer 2017 entschieden, dass dieser Betrag der Prämie des drittgünstigsten Krankenversicherers im Kanton bzw. in der Region entsprechen soll und der Nationalrat entschied sich in der Frühjahrssession 2018 für die «massgebende Prämie des kantonalen Rechts». Es wäre dann möglich, dass die Kantone unter allgemeinem Spardruck die «günstigste Prämie» eines Versicherers für die Anrechenbarkeit in ihrem Kanton festlegen würden. Diese beiden Entscheide hat der **Ständerat in der Sommersession 2018** zurecht korrigiert: Angerechnet werden soll der jährliche Pauschalbetrag in der Höhe der kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämie (inkl. Unfaldeckung), höchstens jedoch die tatsächliche Prämie. Dadurch werden stossende Überkompensationen vermieden, ohne dass der obligatorischen Krankenversicherung wegen zu vielen erzwungenen Wechsels eine Destabilisierung droht.

Die früheren Entscheide (SR in der Sommersession 2017; NR in der Frühjahrssession 2018) waren aus folgenden Gründen nicht sachgerecht:

1. Was bei isoliertem Blick auf Sparbemühungen nachvollzogen werden kann, widerspricht dem impliziten KVG-Ziel, dass Versicherte den Krankenversicherer frei wählen können.
2. Bei rund 300'000 EL-Bezüglern dürfte eine Flut von erzwungenen Kassenwechseln ausgelöst werden, die anhalten würde, weil in den Folgejahren nicht immer dieselben Krankenversicherer zu den günstigsten im Kanton oder in der Region gehören würden.
3. Wären kleine und kleinste Krankenkassen unter den drei günstigsten im Kanton, bestünde das Risiko, dass diese die künstlich forcierten Wechsel zu Hunderten oder Tausenden nicht bewältigen könnten. Gründe wären u.a. fehlende Reserven und administrative Engpässe.
4. Die Folgen wären erhebliche Marktverzerrungen und eine Destabilisierung der Krankenversicherung gewesen.

### Zusammenfassend

- Die früheren Entscheide des Ständerates (Sommersession 2017) und des Nationalrates (Frühjahrssession 2018) zu den anrechenbaren Pauschalbeträgen würden in der Krankenversicherung eine destabilisierende Wirkung entfalten, zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führen und die freie Wahl der Versicherten über Gebühr einschränken.
- santésuisse empfiehlt, dem neuen Entscheid des Ständerates in der Sommersession 2018 zu folgen. Indem maximal die kantonale Durchschnittsprämie, höchstens aber die effektive Prämie angerechnet wird, werden stossende Überkompensationen vermieden, ohne dass der obligatorischen Krankenversicherung wegen zu vielen erzwungenen Wechsels eine Destabilisierung droht.

### Empfehlung santésuisse:

**Art. 10 Abs. 3 lit. d: SR folgen**

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



Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## 17.3969 Mo. Kuprecht. Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 52 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) so zu ändern, dass die Tarife von Analysen durch medizinische Labors künftig – analog Tarmed und DRG – durch die Tarifpartner verhandelt werden.

Eine Minderheit (Maury Pasquier, Bruderer Wyss, Rechsteiner Paul) beantragt die Ablehnung der Motion.

### Position santésuisse

Falls innovative, qualitativ hochstehende und zugleich wirtschaftliche Verhandlungslösungen möglich sind, würde santésuisse diese sehr begrüßen. Konsequenterweise muss dies aber auch zur Folge haben, dass anders als heute, künftig unwirtschaftliche und/oder qualitativ ungenügende Leistungen nicht mehr vergütet werden müssen.

### Zusammenfassend:

- Falls innovative, qualitativ hochstehende und zugleich wirtschaftliche Verhandlungslösungen möglich sind, würde santésuisse diese sehr begrüßen.
- Konsequenterweise muss dies aber auch zur Folge haben, dass – anders als heute – unwirtschaftliche und/oder qualitativ ungenügende Laboranalysen und –tests künftig nicht mehr vergütet werden müssen. Dazu ist der Vertragszwang aufzulösen.

**santésuisse:**

**Annehmen. Ständerat folgen.**

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

Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## 17.3974 Mo. SGK-NR. Schadenprävention und Umgang mit Schäden bei medizinischen Behandlungen

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, gemeinsam mit den Kantonen, der Stiftung Patientensicherheit, Gesundheitsfachpersonen, Patientenorganisationen und den Krankenkassen Massnahmen zu ergreifen mit dem Ziel der Stärkung der Schadenprävention wie:

- Stärkung und flächendeckende Implementierung einer Sicherheits- und Fehlerlernkultur verbunden mit Regressmöglichkeiten und der Erleichterung der Beweissituation durch Verbesserung der Behandlungstransparenz insbesondere bei fehlerhaften Eingriffen;
- Verbesserung des Medizinal-Haftpflichtrechts und Vereinfachungen zur Erleichterung der Beweissituation betreffend Einhaltung bundesrechtlich verbindlicher Vorgaben der Qualitätssicherung und Patientensicherheit;
- Klärung der Fragen das Haftungsrecht auf Bundes- und Kantonsebene betreffend.

### Position santésuisse

Im schweizerischen Gesundheitswesen ist die Qualität nicht immer so gut wie behauptet wird. Allein im stationären Bereich geht der Bundesrat von 2000 – 3000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr aus. Hinzu kommen rund 75'000 zumeist vermeidbare Spitalinfektionen.

Der gesamte ambulante Bereich ist eine eigentliche Blackbox, was die Qualität respektive die vermeidbaren medizinischen Zwischenfälle angeht. Und auch für die finanzielle Behebung der ärztlich verschuldeten Komplikationen müssen im ambulanten Bereich zumeist die Patienten bzw. Kostenträger aufkommen, da die Leistungen in der Regel nicht pauschalisiert sind. Ohne Qualitätstransparenz verkommt die Wahlfreiheit zur Makulatur: Die vorherrschende Intransparenz bei der Ergebnisqualität verunmöglicht es dem Patienten in den allermeisten Fällen, zum Voraus die richtige Arzt- oder Spitalwahl zu treffen.

In Sachen Beweislast und Haftung liegen die Vorteile heute zu einseitig auf Seiten der Spitäler und Ärzte. Auch bei klarem Fehlverhalten haben sie de facto kaum je etwas zu befürchten. So wurden beispielweise in einer Tessiner Klinik der falschen Patientin beide Brüste amputiert. Der Arzt hatte trotz Einspruch einer Assistentin jede Kontrollfrage unterlassen und nachträglich versucht, das Operationsprotokoll zu fälschen. Die Klinik vertuschte den Sachverhalt, liess den Arzt unbehelligt weiteroperieren und zeigte später die Journalisten an, welche den Skandal ans Tageslicht brachten. (AZ 12.06.2018)

Der beschriebene Fall zeigt exemplarisch: Wer nichts zu befürchten hat, der wird auch sein fehlerhaftes Verhalten weniger rasch ändern, als wenn Konsequenzen drohen. Künftig sollten die Rahmenbedingungen derart korrigiert werden, dass die Ärzte und Spitäler bessere Anreize haben, vermeidbare Komplikationen auch tatsächlich zu verhindern. Damit ist letztlich der gesamten Gesundheitsbranche und auch den Patienten und Kostenträgern gedient.

### Zusammenfassend:

- In unserem Gesundheitswesen ist die Qualität deutlich weniger gut als vielfach vermutet. Davon zeugen u.a. 2000 – 3000 medizinisch vermeidbare Todesfälle und 75'000 zumeist vermeidbare Infektionen pro Jahr.
- Im ambulanten Bereich fehlen die standardisierten Messungen, Indikatoren und Daten weitestgehend.
- Mit ausgewogeneren Bestimmungen bei Beweislast und Haftung, erhalten Ärzte und Spitäler den notwendigen Anreiz, vermeidbare Vorfälle auch tatsächlich zu verhindern.

### Empfehlung santésuisse:

## Annehmen

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



Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## 18.3387 Mo. SGK-NR. Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, so dass Leistungen im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung vergütet werden können. Folgende Gesetzesanpassung stellt hierzu einen möglichen Weg dar:

Art. 25b Patientensteuerungsprogramme

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen, die im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung durchgeführt werden, wenn diese:

- a. auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sind;
- b. zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung gegenüber Behandlungen ausserhalb dieser Programme führen;
- c. zwischen Leistungserbringern nach Artikel 35 und Versicherern vereinbart wurden.

### Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse spricht nichts gegen die Vergütung entsprechender Programme, falls diese tatsächlich effektiver und effizienter sind. Einer Ausdehnung der Leistungen steht santésuisse hingegen im Grundsatz kritisch gegenüber. Der Mehrwert der Programme für die Patienten und Kostenträger müsste folglich entsprechend evaluiert werden. Mit Blick auf die Möglichkeiten im Bereich von Managed Care stellt sich die Frage, ob es dazu tatsächlich eine Gesetzesänderung braucht.

**Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen**

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



Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## 18.3388 Mo. SGK-NR. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, dafür zu sorgen, dass für eine ausserkantonale stationäre Wahlbehandlung bei demselben Spitaltyp der maximale Tarif der Spitalliste des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals.

### Position santésuisse

Die schweizerische Gesundheitsversorgung ist anerkanntermassen ineffizient und in Sachen Qualität gibt es mehr offenen Fragen als Antworten. In den meisten Fällen ist die Ergebnisqualität nicht bekannt, womit die Patienten keine echte Wahlmöglichkeit haben, wenn sie das Spital oder den Arzt auswählen.

Für einen echten Qualitätswettbewerb braucht es entsprechende Rahmenbedingungen. Wenn nun gewisse Kantone Wahlbehandlungen in anderen Kantonen bewusst mit unüblich tiefen Referenztarifen zu verhindern suchen, beschädigt das nicht nur den fairen Wettbewerb, sondern führt auch zu mehr Zweiklassenmedizin. Dies deshalb, weil Personen in guten wirtschaftlichen Verhältnissen die hohen Zusatzkosten für die ausserkantonale Behandlung problemlos übernehmen können oder eher über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügen.

Nun ist es ja nicht so, dass eine ausserkantonale Behandlung einfach eine «Zwängerei» darstellt. In der kleinsten Schweiz verfügen zu viele Spitäler bei vielen Eingriffen schlichtweg nicht über die notwendige Erfahrung, die nötig ist, um bei Eingriffen ein optimales Resultat und minimale Nebenwirkungen zu erzielen. Bei vielen Eingriffen muss deshalb in vielen Schweizer Spitälern mit vermeidbaren Komplikationen, mitunter einer erhöhten Mortalität gerechnet werden. Dennoch beginnen erst wenige Kantone damit, den Spitälern Mindestfallzahlen für heikle Eingriffe vorzuschreiben, viele Kantone unternehmen diesbezüglich noch gar nichts.

Es kann also sehr gute Gründe haben, weshalb Patienten für eine bestimmte Behandlung ein ausserkantona-les Spital wählen. Eine faire Lösung liegt dann vor, wenn ein Kanton für eine Behandlung ausserhalb mindestens denselben Tarif bezahlt, welcher er maximal seinen Listenspitalern für dieselbe Leistung erstattet. Selbstverständlich wird dabei höchstens der Tarif am ausserkantonalen Standort bezahlt.

### Zusammenfassend:

- Das Parlament hat sich im Spitalbereich zurecht für einen schweizweiten Qualitäts- und Preiswettbewerb ausgesprochen.
- Für diesen Wettbewerb braucht es faire Rahmenbedingungen, damit die schweizweit freie Spitalwahl des Patienten mit einer fairen finanziellen Lösung gewährleistet werden kann.
- Für eine ausserkantonale Wahlbehandlung sollen die Kantone den maximalen Tarif bezahlen, den sie auch für die Behandlung in einem Listenspital zu zahlen bereit sind, höchstens aber den Tarif des Standortspitals, an dem die Behandlung durchgeführt wird.

### Empfehlung santésuisse:

**Annehmen**

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





Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## **18.3389 Mo. SGK-NR. Ärztliche Abgabe von Cannabis als Medikament an chronisch Kranke. Tiefere Gesundheitskosten und weniger Bürokratie**

### **Inhalt der Vorlage**

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen dahingehend anzupassen, dass Medizinalcannabis an chronisch Kranke durch ärztliche Verordnung abgegeben werden kann. Die sofortige Vereinfachung in Analogie zu den Nachbarländern soll wissenschaftlich begleitet werden.

### **Position santésuisse**

Soweit Behandlungen medizinisch sinnvoll sind und die WZW-Kriterien erfüllen, hat santésuisse gegen die Abgabe von Cannabis nichts einzuwenden.

### **Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen**

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

Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## 18.3708 Mo. SGK-NR. Schwarze Listen. Definition Notfall

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorzulegen, mit der Artikel 64a Absatz 7 KVG wie folgt ergänzt wird: 7 Die Kantone können versicherte Personen, die ihrer Prämienpflicht trotz Betreibung nicht nachkommen, auf einer Liste erfassen, welche nur den Leistungserbringern, der Gemeinde und dem Kanton zugänglich ist. Die Versicherer schieben für diese Versicherten auf Meldung des Kantons die Übernahme der Kosten für Leistungen mit Ausnahme der Notfallbehandlungen auf und erstatten der zuständigen kantonalen Behörde Meldung über den Leistungsaufschub und dessen Aufhebung nach Begleichung der ausstehenden Forderungen. Der Kanton umschreibt die Notfallbehandlungen.

### Position santésuisse

santésuisse steht schwarzen Listen seit jeher kritisch gegenüber. Zwar ist es zu begrüßen, dass gegen Personen, die ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen wollen, obschon sie könnten, etwas Konkretes unternommen werden muss. Leistungskürzungen im Gesundheitsbereich sind aber aus vielerlei Sicht nicht das geeignete Mittel.

### Gut gemeint ist nicht gut genug

Die Idee, dass der Kanton, der eine schwarze Liste führt, die Notfallbehandlungen umschreibt, ist zwar gut gemeint, aber kein gangbarer Weg. Es ist zwar richtig, dass die Krankenkassen nicht in die Situation kommen sollten, Richter spielen zu müssen und zu entscheiden, was ein Notfall ist und was nicht. Aber auch eine Definition oder eine Liste des Kantons, wann es sich um einen Notfall handelt, lösen das Problem nicht. Ob etwas einen Notfall darstellt, hängt in erster Linie von der individuellen Gesundheit und Situation eines Patienten ab. Jede generelle Definition wäre auch weiterhin interpretationsbedürftig. Eine Positivliste könnte nicht abgeschlossen formuliert werden, ohne dass sich immer wieder Ausnahmen ergeben würden. Ausserdem droht bei Definitionen oder Listen durch die Kantone ein föderalistischer Wildwuchs, was auch nicht im Sinne und Geist des Bundesgesetzes wäre.

Werden schwarze Listen dennoch beibehalten, wovon santésuisse abrät, könnte es sich nur um eine individuelle medizinische Definition handeln, ob eine medizinische Massnahme einen Notfall darstellt oder nicht. Die Definition müsste dem zuständigen medizinischen Fachpersonal überlassen werden.

Die Kantone, welche gemäss **Standesinitiative Thurgau** bei Prämienausständen vermehrt die Verlustschein-Bewirtschaftung bzw. das Inkasso übernehmen wollen, verfügen über etliche Daten, um säumige Prämienzahler zur Raison zu bringen. Schwarze Listen sind allenfalls kontraproduktiv, weil Kranke kaum leistungsfähige Personen sind. Ausserdem kann eine verschleppte «Normalbehandlung» innert Wochen zur viel teureren Notfallbehandlung werden.

### Zusammenfassend:

- Ob etwas einen medizinischen Notfall darstellt, hängt von der individuellen Gesundheit und Situation einer Person ab.
- Es kann keine Positivliste definiert werden, wann ein medizinischer Notfall vorliegt und wann nicht.
- Im Sinne der Rechtssicherheit ist, bei der in der Verfassung garantierten Gesundheitsversorgung, ein föderalistischer Wildwuchs zu vermeiden.
- Sollen schwarze Listen säumiger Prämienzahler beibehalten werden, muss die Auslegung von Fall zu Fall dem zuständigen medizinischen Fachpersonal überlassen werden.

### Empfehlung santésuisse:

**Ablehnen**

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

Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## 18.3709 Mo. SGK-NR. Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 53 KVG betreffend die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht um einen Absatz 3 zu ergänzen, in welchem eine spezialgesetzliche Grundlage geschaffen wird, welche die Beschwerdelegitimation von Krankenversicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach dem Artikel 39 KVG (Zulassung von Spitälern zur Leistungserbringung zulasten der OKP) zum Gegenstand hat. Konkret sind Krankenversicherer und ihre Verbände zur Beschwerdeführung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen betreffend Spital- und Pflegeheimlisten zu berechtigen.

Eine Minderheit (Heim, Carobbio Guscetti, Feri Yvonne, Graf Maya, Gysi, Ruiz Rebecca, Schenker Silvia) beantragt die Ablehnung der Motion.

### Position santésuisse

Wie der Bundesrat als Beschwerdeinstanz immer zu Recht argumentiert hatte, haben die Krankenversicherer im Sinne der Kostenkontrolle ein legitimes Interesse, die Überversorgung in den Kantonen zu bekämpfen. In einem Entscheid vom 19. November 2008 in Sachen Spitalliste Basel-Land hielt der Bundesrat fest: *Durch die Spitallisten werde festgelegt, für welche Spitalaufenthalte die Versicherer Leistungen erbringen und Tarife vereinbaren müssten. Die Versicherer seien von den Beschlüssen über die Spitalliste stärker betroffen als die Allgemeinheit. Aus den Materialien zum KVG gehe klar hervor, dass die Möglichkeit, Spitallisten beim Bundesrat anzufechten, nicht nur für nicht berücksichtigte Spitäler, sondern – als Instrument der Kostenkontrolle – insbesondere für die betroffenen Versicherer geschaffen worden sei.*

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht ab 2007 neue Beschwerdeinstanz gegen entsprechende Entscheide der Kantone wurde und nachdem der Bundesrat die letzten Verfahren entschieden hatte, wurde den Krankenversicherern die Beschwerdebefugnis von der Justiz mit eher spitzfindigen, formal-juristischen Argumenten entzogen – notabene entgegen der Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit. Immerhin fügte das Bundesverwaltungsgericht explizit an, dass der Gesetzgeber den Krankenversicherern ein entsprechendes Beschwerderecht einräumen könne.

### Fazit:

Nach der Aufhebung vom ursprünglichen Art. 53 KVG vom 18. März 1994 sind die Krankenversicherer ihrer Beschwerdebefugnis hinsichtlich kantonaler Spital- und Pflegeheimlisten bei neuen Verfahren mit Wirkung ab 1. Januar 2007 verlustig gegangen. Dies weil einerseits das KVG kein explizites Beschwerderecht für sie gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen mehr enthielt und weil andererseits das neu zuständige Bundesverwaltungsgericht die Beschwerdebefugnis sehr eng und sehr formalistisch auslegte – ganz entgegen der langjährigen Praxis des Bundesrates, der vorhergehenden Beschwerdeinstanz.

### Zusammenfassend:

- Die Überversorgung in einem Kanton hat potenziell negative Auswirkungen auf die anderen Kantone und insbesondere auf die Krankenkassenprämien (Hauptgründe: angebotsinduzierter Markt; Patienten halten sich immer weniger an Kantonsgrenzen).
- Als vormalige Beschwerdeinstanz hatte der Bundesrat die Krankenversicherer deshalb konsequent und bewusst zugelassen, um kantonale Spital- und Pflegeheimlisten anzufechten.
- Die abweichende Praxis des seit 2007 neu zuständigen Bundesverwaltungsgerichts, die Krankenversicherer nicht mehr zur Beschwerde zuzulassen, ist juristisch spitzfindig und vor allem nicht sachgerecht.
- Es braucht eine entsprechende Korrektur auf Gesetzesesebene, die im Übrigen auch EDI und Bundesrat bejahen (vgl. [erstes Massnahmenpaket des Bundesrates zur Kosteneindämmung vom 28. März 2018](#))

### Empfehlung santésuisse:

## Annehmen

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



Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## 18.3710 Mo. SGK-NR. MiGeL-Produkte. Inrechnungstellung durch Erbringer von Pflegeleistungen

### Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Leistungserbringer für Pflegeleistungen nach Artikel 25a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die in der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) aufgeführten Produkte sowohl für die Selbstanwendung der versicherten Person als auch für die Anwendung durch eine Pflegefachperson in Rechnung stellen können.

### Position santésuisse

Der Vorstoss sollte abgelehnt werden. Die MiGeL ist ganz klar für die Selbstanwendung konzipiert, nicht für die Anwendung durch Fachleute (vgl. Art. 20a Abs. 2 KLV). Die Leistungserbringer können Pflegematerialien zu günstigeren Bedingungen beschaffen, weshalb die – sowieso hohen – MiGeL-Preise völlig überhöht wären.

Wenn schon müssten die Materialien durch entsprechende Pauschalen abgegolten werden. Dies widerspricht aber dem Sinn der Pflegefinanzierung 2011. Die Pflegefinanzierung hat sehr bewusst den Beitrag der OKP an die Pflege limitiert – das war ja einer der Gründe für den Systemwechsel. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet einen Beitrag an die Langzeitpflege, sie soll aber von den finanziellen Folgen, die das hohe Wachstum der Ausgaben für Langzeitpflege aus demographische Gründen verursacht, besser geschützt sein als vorher.

Natürlich belastet der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts die Restfinanzierer. Genau dies war aber die Intention des Gesetzgebers. Auf Gesetzesebene «Pflästerlipolitik» zu betreiben und die Kosten für die Materialien zwischen den Kostenträgern hin- und herzuschieben, ist zudem keine Zukunftslösung.

### Zusammenfassend:

- Der Vorstoss vermischt Sachverhalte, die der Gesetzgeber zu Recht getrennt hat: Die MiGeL ist für die Selbstanwendung konzipiert, nicht für die Anwendung durch Fachleute
- Im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung hat der Gesetzgeber die obligatorische Krankenversicherung bewusst vor den voraussehbaren finanziellen Folgen der demografischen Alterung schützen wollen.

### Empfehlung santésuisse:

## Ablehnen

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



Nationalrat, Mittwoch, 19. September 2018

## **18.3040 Po. SGK-NR. Gesetzliche Grundlage für die Sicherstellung der Versorgung im Bereich der seltenen Krankheiten**

### **Inhalt der Vorlage**

Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht aufzuzeigen, welche gesetzlichen Anpassungen und finanziellen Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Versorgung im Bereich seltener Krankheiten nötig sind.

### **Position santésuisse**

Aus Sicht von santésuisse spricht nichts gegen einen entsprechenden Bericht wie es um die Versorgung von Menschen im Bereich der seltenen Krankheiten steht und welcher gesetzliche Handlungsbedarf besteht. Da seltene Krankheiten zumeist erblich bedingt sein dürfen, sollten sie vermehrt auf der IV-Liste der Geburtsgebrechen aufgenommen werden und die Medikamente auf der entsprechenden Medikamentenliste. Eine «carte blanche» für unverhältnismässig teure Medikamente mit minimalen oder kaum feststellbaren Effekten zu Gunsten der Gesundheit der betroffenen Menschen sollte jedenfalls nicht das Ziel einer «neuen» Politik in diesem Bereich sein.

**Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen**

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



Nationalrat, Dienstag 25. September 2018

## 17.306 Kt.Iv. GE. Für eine gerechte Verwaltung der KVG-Reserven

### Inhalt der Vorlage

Der Grossrat des Kantons Genf fordert die Bundesversammlung auf, dahingehend gesetzgeberisch tätig zu werden, dass:

- der Anteil der Reserven einer versicherten Person, welche die Krankenkasse wechselt, an die neue Kasse überwiesen wird;
- wie beim gesetzlichen Minimum ein Betrag für die Maximalreserven festgelegt wird.

### Position santésuisse

Die Krankenversicherung funktioniert nach einem Umlagesystem, in dem die gesunden den kranken Versicherten beistehen. Aufgrund der solidarischen Finanzierung bezahlen kranke Menschen aber dieselben Prämien wie Menschen, welche die Versicherung nicht in Anspruch nehmen. Punkte Reserven bedeutet dies, dass kranke Versicherte nicht zur Bildung von Reserven beitragen, sondern im Gegenteil solche verzehren. Die Reserven werden also hauptsächlich durch die Gesunden geäufnet. Bei einer Individualisierung müsste diesem Umstand Rechnung getragen werden, was aber zu einem unsolidarischen Ergebnis führen würde: Gesunde – die Hauptgruppe der Kassenwechsler – würden ihre Reserven mitnehmen und die Kranken ohne oder mit geringen Reserven zurücklassen.

Die Minimalreserven werden risikobasiert bezüglich des gesamten Kollektivs berechnet und nicht individuell. Wenn sich die Versichertenzahl ändert, nehmen Reserven nicht linear ab oder zu, sondern im Verhältnis des veränderten Risikos insgesamt. Eine lineare Aufteilung der Reserven auf die Versicherten wäre systemwidrig. So benötigen beispielsweise kleine Versicherer bei vergleichbarem Risiko aufgrund höherer zufallsbedingter Schwankungen vergleichsweise höhere Reserven als ein grosser Versicherer. Mit der Weitergabe von Reserven bei einem Kassenwechsel würden Krankenversicherer, die Versicherte verlieren, in zusätzliche Schwierigkeiten gebracht, indem verminderte Einnahmen auf verminderte Reserven treffen würden. Das eingegangene Risiko würde sich aber kaum in demselben Ausmass verringern, weil vor allem junge, gesunde Personen die Krankenkasse zu wechseln pflegen.

Würden individuelle Reserven gebildet, müssten individuell unterschiedliche Prämien erhoben und über die Jahre die individuellen Einnahmen mit den individuellen Ausgaben verrechnet werden. Kranke Versicherte würden automatisch zu «schlechten Wechslern» und gesunde Versicherte zu «guten Wechslern»: Mit dem verbesserten Risikoausgleich wollte die Politik genau solchen Sachverhalten entgegenwirken. Reserven dienen der Sicherheit und sind damit im Interesse der Versicherten. Unerwartete hohe Kosten, z.B. Krankheitskosten, die über den Prognosen liegen, können damit finanziert werden. Zum anderen ergeben sich Anlagegewinne, die weniger Prämienerrhöhung erfordern. Es ist deshalb nicht angezeigt, Maximalreserven vorzuschreiben. Zudem sind die Betriebsergebnisse aller Krankenversicherer öffentlich, so dass jedermann, dem eine bestimmte Reservenpolitik missfällt, den Anbieter wechseln kann.

### Zusammenfassend

- Portable Reserven würden eine individuelle Reservenberechnung notwendig machen. Dies widerspricht dem Grundprinzip der solidarisch finanzierten Krankenversicherung, welche dieselben Prämien für kranke und gesunde Menschen vorsieht.
- Der Vorstoss würde ein neues System mit einem individuellen Gesundheitskonto nötig machen. Dies würde die Ziele in Frage stellen, die mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs verfolgt werden.

### Empfehlung santésuisse:

**Keine Folge geben. Ständerat folgen**

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



Nationalrat, Dienstag 25. September 2018

## 17.319 Kt.Iv. JU. Für einen Transfer der Reserven der KVG-Versicherten bei einem Kassenwechsel

### Inhalt der Vorlage

Die Bundesversammlung wird aufgefordert, das KVG so zu ändern, dass die bei einer Krankenkasse gebildeten Reserven bei einem Kassenwechsel zum neuen Versicherer transferiert werden.

### Position santésuisse

Die Krankenversicherung funktioniert nach einem Umlagesystem, in dem die gesunden den kranken Versicherten beistehen. Aufgrund der solidarischen Finanzierung bezahlen aber kranke Menschen dieselben Prämien wie Menschen, welche die Versicherung nicht in Anspruch nehmen. Punkte Reserven bedeutet dies, dass kranke Versicherte nicht zur Bildung von Reserven beitragen, sondern im Gegenteil solche verzehren. Die Reserven werden also hauptsächlich durch die Gesunden geäuft. Bei einer Individualisierung müsste diesem Umstand Rechnung getragen werden, was aber zu einem unsolidarischen Ergebnis führen würde: Gesunde – die Hauptgruppe der Kassenwechsler – würden ihre Reserven mitnehmen und die Kranken, die ohne oder mit geringen Reserven dastehen, zurücklassen.

Die Minimalreserven werden risikobasiert bezüglich des gesamten Kollektivs berechnet und nicht individuell. Wenn sich die Versichertenzahl ändert, nehmen Reserven nicht linear ab oder zu, sondern im Verhältnis des veränderten Risikos insgesamt. Eine lineare Aufteilung der Reserven auf die Versicherten wäre systemwidrig. So benötigen beispielsweise kleine Versicherer bei vergleichbarem Risiko aufgrund höherer zufallsbedingter Schwankungen vergleichsweise höhere Reserven als ein grosser Versicherer.

Mit der Weitergabe von Reserven bei einem Kassenwechsel würden Krankenversicherer, die Versicherte verlieren, in zusätzliche Schwierigkeiten gebracht, indem verminderte Einnahmen auf verminderte Reserven treffen würden. Das eingegangene Risiko würde sich aber kaum im selben Ausmass verringern, weil vor allem junge gesunde Personen die Krankenkasse zu wechseln pflegen.

Würden doch individuelle Reserven gebildet, müssten individuell unterschiedliche Prämien erhoben und über die Jahre die individuellen Einnahmen mit den individuellen Ausgaben verrechnet werden. Kranke Versicherte würden automatisch zu «schlechten Wechslern» und gesunde Versicherte zu «guten Wechslern»: Mit dem verbesserten Risikoausgleich wollte die Politik genau solchen Sachverhalten entgegenwirken.

Reserven dienen der Sicherheit und sind damit im Interesse der Versicherten. Unerwartete hohe Kosten, z.B. Krankheitskosten, die über den Prognosen liegen, können damit finanziert werden. **Zum anderen ergeben sich Anlagegewinne, die weniger Prämienhöhung erfordern.** Zudem sind die Betriebsergebnisse aller Krankenversicherer öffentlich, so dass jedermann, dem eine bestimmte Reservenpolitik missfällt, den Anbieter wechseln kann.

### Zusammenfassend

- Portable Reserven würden eine individuelle Reservenberechnung notwendig machen. Dies widerspricht dem Grundprinzip der solidarisch finanzierten Krankenversicherung, welche dieselben Prämien für kranke und gesunde Menschen vorsieht.
- Portable bzw. individuelle Reserven würden konsequenterweise ein neues System mit einem individuellen Gesundheitskonto verlangen. Dies würde die Ziele in Frage stellen, die mit der Inkraftsetzung und Verfeinerung des Risikoausgleichs verfolgt werden.
- In der solidarisch finanzierten Krankenversicherung sind portable Reserven als systemfremd und unsolidarisch abzulehnen.

**Empfehlung santésuisse:**

**Keine Folge geben. Ständerat folgen.**

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