



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

An die Ständerätinnen und Ständeräte

Bern, 22. Februar 2023

Frühjahrssession 2023

Sehr geehrte Frau Ständeratspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Im Hinblick auf die Frühjahrssession 2023 vom 27. Februar bis 17. März 2023 lassen wir Ihnen unsere folgenden Empfehlungen zukommen.

STANDPUNKTE H+ Die Spitäler der Schweiz Frühjahrssession 2023 Ständerat

22.431 n Pa. Iv. 2. Phase SGK-NR. Ausnahmen von der dreijährigen Tätigkeitspflicht gemäss Artikel 37 Absatz 1 KVG bei nachgewiesener Unterversorgung

Empfehlung von H+: den Gesetzesentwurf vom 29.11.2022 annehmen.

21.3294 s Mo. Stöckli. Erstellen und Bewirtschaften von Medikationsplänen zur Erhöhung der Medikationsqualität und Patientensicherheit von polymorbiden Patientinnen und Patienten – Beratung

Empfehlung von H+: Motion annehmen.

22.303 s Kt. Iv. 1. Phase Zürich. Mitbeteiligung des Bundes an den Ertragsausfällen und Mehrkosten der Spitäler und Kliniken durch Covid-19

Empfehlung von H+: der Standesinitiative des Kantons Zürich Folge geben.

21.067 n Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)

Empfehlungen von H+:

- **Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative): ablehnen;**
- **Indirekter Gegenvorschlags des Bundesrates: ablehnen;**
- **Indirekter Gegenvorschlags des Nationalrats: mit Änderungen annehmen.**

20.3370 n Mo. Nationalrat (Rösti). Zulassung von Medizinprodukten nach aussereuropäischen Regulierungssystemen

Empfehlung von H+: ablehnen (wie die SGK-SR aus formellen Gründen).

Für Fragen oder ergänzende Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer



Direktorin

ERLÄUTERUNGEN

22.431 n Pa. Iv. 2. Phase SGK-NR. Ausnahmen von der dreijährigen Tätigkeitspflicht gemäss Artikel 37 Absatz 1 KVG bei nachgewiesener Unterversorgung

Inhalt

Mit der vorliegenden Gesetzesänderung will die SGK-N Artikel 37 KVG, welcher neu per 1. Januar 2022 in Kraft getreten ist um einen neuen Absatz 1^{bis} ergänzen. Dadurch soll den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt werden, bei nachgewiesener Unterversorgung Leistungserbringende, welche die Pflicht einer dreijährigen Tätigkeit gemäss Artikel 37 Absatz 1 KVG nicht erfüllen, dennoch zur Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zuzulassen.

Bei einer nachgewiesenen Unterversorgung können Ärztinnen und Ärzte, die über einen der folgenden eidgenössischen Weiterbildungstitel verfügen, von der Anforderung, während drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben, ausgenommen werden:

- a) Allgemeine innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel;
- b) Praktischer Arzt oder praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel;
- c) Kinder- und Jugendmedizin;
- d) Kinder- und Jugend-Psychiatrie und -Psychotherapie.

Kommentar von H+

- a. H+ begrüsst, dass die Kommission dem Aufruf der Kantone gefolgt ist, und anerkennt, dass die neue Regelung in Art. 37 Abs. 1 KVG (dreijährige Tätigkeitspflicht) problematische Auswirkungen auf die Gewährleistung einer angemessenen ambulanten medizinischen Grundversorgung hat.
- b. H+ begrüsst es weiter, dass die SGK-N eine Ausnahmeregelung zur dreijährigen Tätigkeitspflicht gem. Art. 37 Abs.1 KVG vorsehen will und unterstützt dieses Vorhaben.
- c. H+ ist es ein Anliegen, das Patientinnen und Patienten einen garantierten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung haben – gerade auch im ambulanten Spitalbereich. Zudem wird diese Regelung, die Notfallzentren der Spitäler insofern entlasten, als dass Patientinnen und Patienten eine Anlaufstelle in der Grundversorgung haben, anstatt den Notfall aufzusuchen.
- d. H+ weist auf weitere, die ambulante Zulassungssteuerung betreffende Grundprobleme hin. Viele Umsetzungsfragen sind bisweilen ungeklärt, die Umsetzung führt zu massivem administrativem Aufwand, während der Nutzen dieser Regelungen fragwürdig bleibt. Im Übrigen ist es irritierend, dass das Paradigma der Überversorgung weiterhin genährt wird. Überversorgung ist sicherlich punktuell noch ein Thema und die diesbezügliche Umverteilung muss dringend angegangen werden. Die aktuelle Ausgangslage im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich und den weiteren Engpässen des täglichen Bedarfs weist indessen eher eine zukünftige Unterversorgung hin. Die knappen Ressourcen werden dazu führen, dass auch im Gesundheitswesen, in der Behandlung, Prioritäten gesetzt werden müssen. Die Regelungen zur ambulanten Zulassungssteuerung sollten deshalb mit Augenmass umgesetzt werden.

H+ lehnt indessen eine abschliessende Liste mit Versorgungsbereichen für die Ausnahmeregelung ab.

Aktuell ist nicht klar absehbar, in welchen Bereichen es zu Versorgungsengpässen kommen wird. Bspw. gehören in einem weiteren Sinn auch Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Diabetologinnen und Diabetologen zu den Grundversorgern. Bereits heute ist es für Patientinnen und Patienten schwer, zeitnah entsprechenden Zugang zu solchen Behandlungsleistungen zu finden. Das Risiko, dass nach Inkraftsetzung in anderen oder weiteren Bereichen eine Unterversorgung einzutreten droht, und dann das Gesetz erneut angepasst werden muss, ist hoch.

H+ empfiehlt, am Gesetzesentwurf vom 29.11.2022 festzuhalten..

H+ lehnt den Minderheitsvorschlag Glarner et al. ab, wonach die abschliessende Liste um den Buchstaben d) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gekürzt werden soll.

Empfehlung von H+: den Gesetzesentwurf vom 29.11.2022 annehmen.

21.3294 s Mo. Stöckli. Erstellen und Bewirtschaften von Medikationsplänen zur Erhöhung der Medikationsqualität und Patientensicherheit von polymorbiden Patientinnen und Patienten – Beratung

Inhalt

Der Bundesrat wird beauftragt, die notwendigen Anpassungen der rechtlichen Grundlagen zu unterbreiten (Stufe Gesetz), respektive vorzunehmen (Stufe Verordnung), um die Medikationsqualität und Patientensicherheit bei PatientInnen mit Polymedikation zu erhöhen durch das Erstellen und Bewirtschaften eines Medikationsplanes bei Abgabe von Arzneimitteln mit dem Potenzial für Risiken und unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Begründung

Der im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit verfasste Bericht "Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens" (Juni 2019) kommt zum Schluss, dass der Mangel bei der Medikationssicherheit im schweizerischen Gesundheitssystem ein dringendes Problem darzustellen scheint. Gemäss dem Helsana-Arzneimittelreport 2020 werden in Pflegeheimen im Durchschnitt 9 Arzneimittel pro PatientIn eingenommen, welche oft von mehreren ÄrztInnen gleichzeitig verschrieben werden. Die Stiftung für Patientensicherheit stellt fest, dass die Polymedikation grosse Gefahren berge, denn "mit jedem zusätzlich eingenommenen Medikament steigt das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE)". Die Annahme der Motion leistet einen wesentlichen Beitrag, um die Medikationsqualität und -sicherheit bei PatientInnen mit Polymedikation zu verbessern. Vermeidbare Fehler, vermeidbare (Re)-Hospitalisierungen und vermeidbare Todesfälle können dank dem Einsatz digitaler Instrumente endlich systematisch verhindert werden. Die eMedikation ist auch eine der geplanten Hauptanwendungen des elektronischen Patientendossiers, das zukünftig von allen Gesundheitsfachpersonen einzusetzen ist. Die Verpflichtung zu Medikationsplänen und zum Medikationsabgleich kann und soll dem elektronischen Patientendossier zum Durchbruch verhelfen.

Empfehlung von H+: Annahme der Motion.

22.303 s Kt. Iv. 1. Phase Zürich. Mitbeteiligung des Bundes an den Ertragsausfällen und Mehrkosten der Spitäler und Kliniken durch Covid-19

Inhalt

Gestützt auf Art. 160 Abs. 1 der Bundesverfassung fordert der Kanton Zürich mit einer Standesinitiative die Bundesversammlung auf, dafür zu sorgen, dass sich der Bund und die Krankenkassen an den durch seine COVID-19-Verordnung 2 vom 13. März 2020 (Stand am 17. März 2020) verursachten Kosten und Ertragsausfällen der Spitäler und Kliniken zusammen mit den anderen Kostenträgern angemessen beteiligt.

Kommentar von H+

Der Ständerat und der Nationalrat gaben gleich lautenden Standesinitiativen aus den Kantonen Kantone Schaffhausen, Aargau, Tessin und Basel-Stadt keine Folge. Sie folgten mehrheitlich der Begründung des Bundesrates, der seine Aufgabe mit seinem Einsatz während der Pandemie, unter anderem mit der breiten Impfkampagne sowie weiteren Massnahmen, bereits als mehr als

erfüllt erachtete. So habe der Bund allein für Analysen auf Sars-CoV-2 und die Beschaffung von medizinischen Gütern in den Jahren 2020 und 2021 rund 3,9 Milliarden Franken aufgewendet. Aus rechtlicher Sicht ist diese Argumentation nicht haltbar. Die vom Bund angeordneten Behandlungsverbote dienen der Bereitstellung einer Vorhalteleistung. Diese Leistung wurde von den Spitälern erbracht und hatte einen Preis. Gemäss Prinzip der fiskalischen Äquivalenz ist dieser Preis vom Auftraggeber, in diesem Fall vom Bund, zu bezahlen («Wer befiehlt, zahlt»). Dass sich der Bund anderweitig beteiligt hat, etwa an den Analysekosten, ist dabei unerheblich. Immerhin wurde in der Zwischenzeit mit der Revision des Covid-Gesetzes festgelegt, dass die Bereitstellung von Behandlungskapazitäten zu den Aufgaben der Kantone gehört, die für die Grundversorgung inklusive Vorhalteleistungen verantwortlich sind (Art. 3 Abs. 4bis des Covid-19-Gesetzes). Diese Lösung befriedigt jedoch nur teilweise und ist bei der aktuell laufenden **Revision des Epidemiengesetzes** in eine dauerhafte Lösung zu überführen, die rechtstaatlichen Anforderungen genügt.

H+ ist der Auffassung, dass sich bei Vorhalteleistungen, die der Bund in einer Pandemie anordnet, Bund, Kantone und Krankenversicherungen beteiligen sollen.

Mit den Kantonen und der OKP werden jene Kostenträger herangezogen, die auch im Normalfall für die Finanzierung der stationären Spitalleistungen zuständig sind (Art. 49 Abs. 1 KVG). Die Beteiligung der OKP an den Kosten für Vorhalteleistungen ist dabei systemkonform mit dem geltenden Recht und entspricht der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Dieses hat in einem Leitentscheid¹ klargestellt, dass die Kosten für Vorhalteleistungen im Bereich Notfall als OKP-relevante Kosten zu bezeichnen sind.

Mit dem Einbezug des Bundes wird einerseits dem Umstand Rechnung getragen, dass der Bund spezifisch für den Bereich des Schutzes der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten eine verfassungsrechtliche Mitverantwortung trägt (Art. 118 Abs. 2 lit. b BV). Andererseits trägt seine Mitbeteiligung dem Umstand Rechnung, dass es sich bei Pandemien um Ausnahmesituationen handelt, die nach einer Verteilung der Finanzierungslast auf möglichst viele Schultern ruft und die eine Abweichung von der üblichen Finanzierungszuständigkeit rechtfertigt. Die Beteiligung des Bundes hätte dabei den Charakter einer Abgeltung i.S.v. Art. 3 Abs. 2 Subventionsgesetz.

H+ empfiehlt, der Standesinitiative Folge zu geben, um das Thema auf Bundesebene weiterverfolgen und eine konsolidierte Zusammenstellung der Mehrkosten und Ertragsausfälle abwarten zu können. Nachdem ein Zwischenbericht des Bundesrates über die «Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Kostenträger im Gesundheitswesen» in Erfüllung des Postulats 20.3135 verfasst wurde, wurde ein ausführlicher Schlussbericht für 2023 in Aussicht gestellt. Bevor die Standesinitiative abgeschrieben wird, sollte dieser Schlussbericht vertieft analysiert werden. Alsdann können die notwendigen Schlüsse daraus gezogen werden.

Empfehlung von H+: der Standesinitiative des Kantons Zürich Folge geben.

21.067 n Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung) – Detailberatung

Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»

Die eidgenössische Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» wurde am 10. März 2020 von der CVP (heute: Die Mitte) eingereicht. Die Initiative möchte Artikel 117 der Bundesverfassung so ergänzen, dass der Bundesrat eine Kostenbremse in der OKP einführt und in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern dafür sorgt, dass sich die Kosten der OKP entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln.

H+ ist wie der Bundesrat der Auffassung, dass der Vorschlag der Mitte, die Gesundheitskosten allein an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und an den Lohnindex zu koppeln, zu kurz

¹ BVGE 2014/36, E. 21.3.4

greift. Die Entwicklung der Gesundheitskosten wird durch die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung bestimmt und ist nicht an die Entwicklung der -- oft stagnierenden -- Löhne oder der Konjunktur gekoppelt. In einer Rezession beispielsweise nehmen gesundheitliche Beschwerden, insbesondere psychiatrische Erkrankungen, zu – und damit auch die Gesundheitskosten. Wie der Bundesrat befürchtet auch H+, dass in einer solchen Situation gerade vulnerable Bevölkerungsgruppen unter einer Kostenbremse leiden würden und eine ungenügende, rationierte Versorgung zu gewärtigen hätten. Damit würde aber das Solidaritätsprinzip ausgehebelt werden. Entscheidende Faktoren für das Kostenwachstum sind die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt. Diese Faktoren werden von der Kostenbremse-Initiative jedoch nicht adressiert.

H+ empfiehlt, die Kostenbremse-Initiative abzulehnen und ihr einen indirekten Gegenvorschlag entgegenzusetzen.

Indirekter Gegenvorschlag des Bundesrates

Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates sieht vor, dass der Bundesrat und die Kantone ausgehend vom medizinischen Bedarf einen Prozentsatz für den maximalen Anstieg der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr festlegen sollen (Kostenziel). Unter Kostenziel wird eine verbindliche Vorgabe verstanden, die eine direkte Steuerung des Ausgabenwachstums in der Grundversicherung zulässt. Kostenziele entsprechen somit einer Budgetrestriktion.² Falls die von Bund und Kantonen festgelegten Kostenziele überschritten werden, prüfen der Kanton oder der Bundesrat in den Bereichen der jeweiligen Zuständigkeit, ob Korrekturmassnahmen gemäss KVG notwendig sind und ob die genehmigten Tarifverträge die Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nach Art. 46 Abs. 4 KVG erfüllen. Falls die Tarifverträge diese Anforderungen nicht erfüllen, fordert der Kanton oder der Bundesrat die Tarifpartner auf, die Tarifverträge anzupassen. Falls sich Leistungserbringer und Versicherer nicht innerhalb eines Jahres auf eine Anpassung des Tarifvertrags einigen können, widerruft der Kanton oder der Bundesrat die Genehmigung des Tarifs und setzt einen Tarif fest.

Die Vorlage des Bundesrates bedeutet eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb und die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierten Steuerung des Gesundheitswesens. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung, ohne im Gegenzug eine plausible kostendämpfende Wirkung in Aussicht zu stellen. So weisen die Länder der Europäischen Union, welche Kostenziele eingeführt haben, ein mit der Schweiz durchaus vergleichbares Kostenwachstum auf, aber zusätzlich alle Nachteile der damit verbundenen Bürokratie.

H+ empfiehlt, den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates abzulehnen.

Indirekter Gegenvorschlag des Nationalrats

Die SGK-NR legte einen von einer Subkommission vollständig überarbeiteten indirekten Gegenvorschlag vor, welcher einen Mehrheits- und Minderzeitvorschläge beinhaltete. Der Nationalrat nahm in der Sommersession 2022 die von der Minderheit I (Hess Lorenz) vorgeschlagenen Bestimmungen an. Der indirekte Gegenvorschlag des Nationalrats sieht nun folgende Massnahmen vor:

- Jeder Kanton soll neben Kostenzielen auch Qualitätsziele festlegen. Er kann dies für die vier darauffolgenden Jahre vornehmen.
- Der Bundesrat soll vor Festlegung der Qualitäts- und Kostenziele die Versicherer, die Versicherer, die Kantone, die Leistungserbringer anhören.
- Die Kostenblöcke werden gestrichen.

² Brändle T, Colombier C, Baur M, Gaillard S (2018) : Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben; Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung EFV Nr. 22. [Link](#).

- Die Kantone können die Massnahmen des Bundes bei Überschreitung der Kostenziele übernehmen, ohne dazu verpflichtet zu sein. Entsprechende Sanktionen werden gestrichen.

Neben den Kostenzielen hat der Nationalrat Massnahmen bei den Tarifen und Laboranalysen beschlossen. Soll sollen die zuständigen Behörden nach den einzelnen Positionen der Tarifstruktur oder nach Gruppen von Leistungserbringern *differenzierte Tarife* genehmigen oder erlassen können. Bei den Laboranalysen soll *Vertragsfreiheit gelten*: Die Krankenkassen sollen Analysen nur jenen Labors vergüten, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben. Die Vergütungen dürfen dabei nicht höher als die behördlich festgelegten Tarife sein. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Praxislabors.

H+ empfiehlt, auf den indirekten Gegenvorschlag des Nationalrats einzutreten und ihn mit folgenden Änderungen anzunehmen.

Art. 21 Abs. 2 Bst. d KVG

Vgl. korrespondierende Ausführungen zu Art. 54 KVG.

Empfehlung von H+: annehmen (wie Mehrheit SGK-SR, Nationalrat und Bundesrat).

Art. 21 Abs. 2 Bst. e KVG

Vgl. korrespondierende Ausführungen zu Art. 54 KVG.

Empfehlung von H+: annehmen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).

Art. 21 Abs. 4 KVG

Vgl. korrespondierende Ausführungen zu Art. 54 KVG.

Empfehlung von H+: annehmen (wie SGK-SR, Nationalrat und Bundesrat).

Art. 32 Abs. 3 KVG (Voraussetzungen der Kostenübernahme)

Art. 32 Abs. 3 sieht vor, dass Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert werden. Das Evaluationsverfahren beruht auf transparenten Kriterien und den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und soll verhältnismässig sein. H+ begrüsst diese vorgeschlagene Neuerung. Sie schafft mehr Rechtssicherheit.

Empfehlung von H+: annehmen (wie Nationalrat).

Art. 37a KVG und Art. 45 Abs. 2 KVG (Laboratorien, besondere Voraussetzungen, und Sicherung der medizinischen Versorgung)

Die hier vorgeschlagene Vertragsfreiheit wird zwangsläufig zu einer weiteren Senkung der Labortarife führen und damit die Unterfinanzierung im ambulanten Sektor auf einen Bereich ausdehnen, der heute noch kostendeckend erbracht werden kann. Für die Spitäler würde dies eine weitere Einkommenseinbusse bedeuten, welche sich im aktuellen Kontext der Teuerung und von Lohnforderungen besonders nachteilig auswirken würde.

Die Voraussetzungen für die Einführung der Vertragsfreiheit im OKP-Bereich sind zum heutigen Zeitpunkt bei weitem nicht erfüllt. Solange aber diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, gilt das Prinzip des Vertragszwangs. Es ist deshalb nicht zulässig, die Vertragsfreiheit gewissermassen über die Hintertür der Labortarife einzuführen. Wer einen Zusammenarbeitsvertrag erhält und wer nicht, kann nicht dem Gutdünken von Krankenversicherungen überlassen werden, sondern

hat nach vorbestimmten, justiziablen Kriterien zu erfolgen. Zu diesen Kriterien gehören neben den Kosten auch Kriterien der Qualität und der Sicherheit der Versorgung. Bevor das Prinzip der Vertragsfreiheit generell oder in einzelnen Bereichen des KVG eingeführt werden kann, sind diese Kriterien vertieft zu diskutieren und, wenn im Ergebnis einer solchen Diskussion die Vertragsfreiheit als wünschenswert und realisierbar erachtet werden sollte, gesetzlich festzulegen. Schliesslich muss darauf hingewiesen werden, dass die Ungleichbehandlung von Spital- und Praxislaboratorien eine Diskriminierung der Leistungserbringer dar. Es existieren keine Kostendaten, die eine solche Ungleichbehandlung rechtfertigen würden.

Empfehlung von H+: streichen (wie die SGK-SR).

Art. 46 Abs. 4^{ter} KVG

Ein Tarifvertrag soll innerhalb eines Jahres ab Einreichung beurteilt werden. Eine einmalige Fristverlängerung ist möglich, wenn die Antragsteller das Tarifgenehmigungsgesuch in klar definierten Bereichen ergänzen müssen. Trifft die Genehmigungsbehörde innert der Frist nach Absatz 4bis keine formelle Entscheidung, tritt ein Tarifvertrag in Kraft, sofern die beitretenden Versicherer die Mehrheit der versicherten Personen vertreten sowie die beitretenden Leistungserbringer im Geltungsbereich des Tarifvertrags über 50 Prozent des Volumens abrechnen. Die Absicht dieser neuen Massnahme besteht darin, die Verfahren zur Genehmigung von Tarifverträgen zu beschleunigen, was an sich durchaus begrüssenswert ist. Dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, dass auf diese Weise die Prüfungskriterien für die Genehmigung umgangen werden könnten, z.B. indem die Frist verstrichen gelassen wird, ohne die notwendigen Änderungen an diesen Kriterien vorzunehmen. Dies würde die Gewährleistung der Gesetzeskonformität der KVG-Tarife in Frage stellen. Dies wäre in niemandes Interesse. Gleichzeitig muss mit aller Deutlichkeit darauf hingewiesen werden, dass die Genehmigungsbehörde die Prüfkriterien nur im Rahmen des geltenden Rechts und der Rechtsprechung festlegen kann. Bei der Prüfung von Tarifen ist jede Kreativität, die über den gesetzlichen Rahmen hinausgehen würde, klar abzulehnen.

Empfehlung von H+: streichen (wie SGK-SR).

Art. 46a KVG

Mit dem völlig neuen, erst nach der Vernehmlassung eingefügten Art. 46a kann die Genehmigungsbehörde – je nach Tarif der Bundesrat oder der Kanton – in die Tarifverträge eingreifen. Mit Art. 46a n-KVG wird der Bundesrat die Tarifpartner bei einer Überschreitung der Kostenziele, aber auch unabhängig von den Kostenzielen (!), auffordern können, die Tarifverträge anzupassen, wenn sie seiner Meinung nach dem Gebot von Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) nicht mehr entsprechen. Wenn die Tarifpartner dieser Aufforderung nicht nachkommen, kann die Genehmigungsbehörde die entsprechende Genehmigung für den Tarifvertrag *widerrufen* und den Tarif selbst festsetzen. Auf diese Weise kann der Bundesrat die Kostenneutralität, so wie er diese gestützt auf Art. 59 KVV interpretiert, über Eingriffe in Tarifverträge faktisch und nach seinem Gutdünken durchsetzen. Tatsächlich handelt es sich bei diesem Artikel um einen Freipass für massive Interventionen in die Tarifpartnerschaft und unterläuft diese letzten Endes.

Die am 15. November 2022 von allen Tarifpartnern gegründete nationale Tariforganisation (OAAT AG) würde unter diesen Vorzeichen keinen Sinn mehr ergeben. So benötigen politisch gesteuerte Tarife keine von den Tarifpartnern betriebene Tariforganisation. H+ appelliert an das Parlament, keine Massnahmen zur Kostendämpfung zu beschliessen, welche im Widerspruch zu den im Massnahmenpaket 1a beschlossenen und aktuell in der Umsetzung befindlichen Massnahmen stünden, d.h. zur Entwicklung eines neuen Tarifsystems, welches aus TARDOC und ambulanten Pauschalen besteht. Daran arbeiten gegenwärtig alle Tarifpartner unter dem Dach der OAAT AG mit Hochdruck.

Empfehlung von H+: streichen (wie Mehrheit SGK-SR).

Art. 46a Abs. 3 KVG

Bei der Ausübung ihrer Befugnisse (Anpassung eines Tarifvertrages, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt) soll die zuständige Behörde nach den einzelnen Positionen der Tarifstruktur oder nach Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Tarife genehmigen oder erlassen können.

Diese Massnahme würde die Entwicklung von Tarifstrukturen auf der Basis von transparent erhobenen Kosten- und Leistungsdaten behindern oder sogar verhindern. Auf solche datengestützten Tarifstrukturen basiert aber der vom Parlament gewollte Neuanfang im Tarifwesen. Leistungs- und gruppenspezifische Differenzierungen bzw. Ausnahmen in der Tarifstruktur würden schweizweit einheitliche Tarifstrukturen, wie sie vom Gesetz gefordert werden, zerstören. Die Tarifwerke würden zu einer endlos langen Liste von nach unzähligen Kriterien differenzier- ten Tarifen und Subtarifen verkommen und ihren angedachten Nutzen verlieren.

Empfehlung von H+: streichen (wie Mehrheit SGK-SR).

Art. 49 Abs. 2^{bis} KVG

Mit dieser Bestimmung wird der Bundesrat ermächtigt, neu auch in stationäre Tarifstrukturen einzugreifen. Für eine solche Kompetenzerweiterung besteht jedoch keine Veranlassung. Die stationären Tarifstrukturen, allen voran die Tarifstruktur SwissDRG, entwickeln sich problemlos, sodass die jährlichen, datengestützten Anpassungen vom Bundesrat bisher allesamt genehmigt wurden. Die SwissDRG AG diene deshalb zurecht als Vorbild für die ambulante Tariforganisa- tion. Auch wenn Blockaden im stationären Tarifbereich nie ganz ausgeschlossen werden kön- nen, so muss dennoch eine Regulierung auf Vorrat allein schon aufgrund des Verhältnismässig- keitsprinzips entschieden abgelehnt werden.

Empfehlung von H+: streichen (wie Mehrheit SGK-SR).

Art. 53 Abs. 1 (Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht)

Empfehlung von H+: Mehrheit SGK-SR folgen.

Art. 54 KVG (Kosten- und Qualitätsziele)

Es ist zu begrüessen, dass der Nationalrat nicht nur Kostenziele, sondern auch Qualitätsziele vorschreiben will. Damit wird die vom Bundesrat verfolgte reine Kostenperspektive mit der für die Versorgungssicherheit besonders wichtigen Qualitätsdimension ergänzt. Erfreulich ist ausserdem, dass neu vor der Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen die Versicherer, die Ver- sicherten, die Kantone und die Leistungserbringer angehört werden sollen.

Nachdem Art. 54a (Kostenblöcke) gestrichen wurde (siehe dort), entfallen die im indirekten Ge- genvorschlag des Bundesrates enthaltenen Bestimmungen in Abs. 1 Bst. a und b sowie Abs. 2- 6. Damit wird die Vorlage um einen ausserordentlich schwerfälligen Bürokratie-Apparat entlas- tet.

Empfehlungen von H+: annehmen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).

Art. 54a KVG (Kostenblöcke)

Dieser Artikel wurde ersatzlos gestrichen. Damit entfällt eine Massnahme, welche zu Verteilungskämpfen einerseits zwischen den Kantonen und andererseits zwischen den Leistungserbringern geführt hätte. Die Verteilungskämpfe um die Kostenblöcke hätte die Fragmentierung des Gesundheitswesens in 26 Kantonen, in Sektoren und Disziplinen («Silos») verstärkt. Bestrebungen nach regionaler Planung und integrierter, sektorenübergreifender Koordination der Versorgung wären hingegen konterkariert worden. Mit der Streichung von Art. 54a KVG hat der Nationalrat viel zur Akzeptanz seines indirekten Gegenvorschlags beigetragen, ohne dabei das Kernanliegen der Kostendämpfung aus den Augen verloren zu haben.

Empfehlung von H+: streichen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).

Art. 54b KVG (Kostenziele der Kantone)

Neu kann jeder Kanton unter Berücksichtigung der vom Bundesrat festgelegten Kosten- und Qualitätsziele eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen, er ist dazu aber nicht verpflichtet. Es ist zu begrüßen, dass der Nationalrat auf diese Weise die Kompetenzhoheit der Kantone wiederhergestellt hat. Die Kantone müssen «Richtwerte» und «Toleranzmargen», die in der Vorlage des Bundesrates vorgesehen waren, nicht mehr berücksichtigen. Damit sind Massnahmen, welche einem für die Schweiz unüblichen planwirtschaftlichen Zentralismus Vorschub geleistet hätten, vom Tisch. Das wird das Verantwortungsbewusstsein der Kantone für Kosten- und Qualitätsentwicklungen nicht schwächen, sondern im Gegenteil: stärken.

Empfehlung von H+:

Art. 54b Abs. 1: Kann-Formulierung annehmen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat);

Art. 54b Abs. 2: streichen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat);

Art. 54b Abs. 3: annehmen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat);

Art. 54b Abs. 4: streichen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).

Art. 54c KVG (Fristen)

Neu sollen die Kosten- und Qualitätsziele für vier Jahre – statt wie in der Bundesrats-Vorlage jährlich – festgelegt werden. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass kurzfristige Schwankungen bei den Kostenentwicklungen keinen allzu starken Einfluss auf die Prognosen haben sollen. Im Gegenzug wird auf diese Weise die Planungssicherheit für alle Akteure gestärkt.

Empfehlung von H+: annehmen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).

Art. 54d (Prüfung von Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele)

Der Artikel wurde gestrichen. Damit entfallen starre Automatismen, die bei Überschreitung von Kostenzielen zur Anwendung gekommen wären. Es entsteht so mehr Handlungsspielraum für differenzierte Analysen und sachgerechte Massnahmen.

Empfehlung von H+: streichen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).

Art. 54e (Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung)

Entsprechend der neuen Fassung von Art. 54 KVG wird die Eidgenössische Kommission auch Qualitätsentwicklungen zu überwachen haben. Die Kommission wird dem Bund und den Tarifpartnern Empfehlungen zu den Massnahmen abgeben. Um welche Massnahmen es hier geht, wird nicht weiter präzisiert. Zudem stellt sich die Frage der Aufgabenteilung zwischen der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen

Krankenpflegeversicherung und der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK), deren Mitglieder der Bundesrat gestützt auf Art. 58b KVG am 24.02.2021 ernannt hat. Die EQK hat unter anderem die Aufgabe, den Bundesrat und die Akteure im Bereich der Qualitätsentwicklung zu beraten. Eine Präzisierung der Aufgabenteilung wäre hilfreich, um Doppelspurigkeiten oder Widersprüche zwischen den beiden Kommissionen zu vermeiden.

Empfehlung von H+: annehmen (wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).

Art. 56 KVG Abs. 5 (Wirtschaftlichkeit der Leistungen)

Art. 56 Abs. 5 sieht u.a. vor, dass die Kostenübernahme im Einzelfall nach einheitlichen Kriterien unter Berücksichtigung von klinischen Leitlinien geprüft wird. Diese Neuerung ist im Sinn der Zugangsgerechtigkeit zu begrüssen.

Empfehlung von H+: annehmen (wie SGK-SR und Nationalrat).

Ziff. II Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... Abs. 2

Mit dieser Bestimmung soll der Bundesrat unverzüglich Massnahmen zur Kostendämpfung ergreifen, indem er die überhöhten Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed korrigiert. Was hier vorgeschlagen ist, läuft dem Konzept der Tarifpartnerschaft vollkommen zuwider. Nach irgendwelchen willkürlichen Kriterien würden hier Tarife festgesetzt respektive gekürzt, was überhaupt nicht dem Konzept und der Vorgabe des Gesetzes entspricht, wonach Tarife betriebswirtschaftlich und sachgerecht sein müssen. Bundesrat Berset erinnerte in der Ratsdebatte daran, dass der Bundesrat gemäss Artikel 43 Absatz 5bis KVG bereits Anpassungen der Tarifstruktur vornehmen kann.

Schliesslich kämen Eingriffe in die Tarifstruktur Tarmed zum falschen Zeitpunkt. Gegenwärtig erarbeiten die Tarifpartner unter dem Dach der ambulanten Tariforganisation OAAAT AG ein gemeinsames Tarifsysteem, das aus TARDOC und ambulanten Pauschalen zusammengesetzt sein wird. Das gemeinsame Tarifsysteem soll den Tarmed ersetzen und am 1.1.2025 in Kraft treten. Zu diesem Zeitpunkt werden Eingriffe in die Tarifstruktur Tarmed obsolet sein.

Empfehlung von H+: streichen (wie Mehrheit SGK-SR und Bundesrat).

Empfehlungen von H+:

- **Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative): ablehnen;**
- **Indirekter Gegenvorschlags des Bundesrates: ablehnen;**
- **Indirekter Gegenvorschlags des Nationalrats: mit Änderungen annehmen:**

Art. 21 Abs. 2 Bst. d:	annehmen	(wie Mehrheit SGK-SR, Nationalrat und Bundesrat).
Art. 21 Abs. 2 Bst. e:	annehmen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 21 Abs. 4:	annehmen	(wie SGK-SR, Nationalrat und Bundesrat).
Art. 32 Abs. 3:	annehmen	(wie Nationalrat).
Art. 37a und Art. 45 Abs. 2:	streichen	(wie SGK-SR).
Art. 46 Abs. 4 ^{ter} :	streichen	(wie SGK-SR).
Art. 46a:	streichen	(wie Mehrheit SGK-SR).
Art. 46a Abs. 3:	streichen	(wie Mehrheit SGK-SR).
Art. 49 Abs. 2 ^{bis} :	streichen	(wie Mehrheit SGK-SR).
Art. 53 Abs. 1:		Mehrheit SGK-SR folgen.

Art. 54:	annehmen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 54a:	streichen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 54b Abs. 1:	«kann»-Formulierung annehmen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 54b Abs. 2:	streichen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 54b Abs. 3:	annehmen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 54b Abs. 4:	streichen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 54c:	annehmen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 54d:	streichen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 54e:	annehmen	(wie Mehrheit SGK-SR und Nationalrat).
Art. 56 Abs. 5:	annehmen	(wie SGK-SR und Nationalrat).
Ziff. II Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... Abs. 2:	streichen	(wie Mehrheit SGK-SR und Bundesrat).

20.3370 n Mo. Nationalrat (Rösti). Zulassung von Medizinprodukten nach ausser-europäischen Regulierungssystemen

Inhalt

Der Bundesrat soll beauftragt werden, die Gesetzgebung so anzupassen, dass in der Schweiz auch Medizinprodukte ausser-europäischer Regulierungssysteme zugelassen werden können.

Kommentar von H+

H+ teilt die Meinung des Motionärs, dass die Schweiz aufgrund ihrer Grösse und Ressourcen nicht in der Lage ist, sich mit allen benötigten Medizinprodukten selbst zu versorgen und auch nicht alle benötigten Medizinprodukte selbst zu prüfen und für das Inverkehrbringen in der Schweiz zuzulassen. Sie ist sowohl bei der Prüfung als auch bei der Beschaffung von Medizinprodukten zur nationalen Versorgung auch auf das Ausland angewiesen. Die Schweiz akzeptiert bis heute ausschliesslich Medizinprodukte gemäss dem Zulassungssystem der Europäischen Union (EU), namentlich CE- oder MD-gekennzeichnete Produkte, für die nationale Versorgung. Dies vor dem Hintergrund, dass die EU der wichtigste Handelspartner der Schweiz ist. Der Motionär verweist zurecht auf die Probleme bei der Umsetzung der EU-Verordnung über Medizinprodukte (MDR), die bereits vor Ausbruch des Coronavirus vielfältig und bekannt waren. Experten bewerten die neue Regulierung als zu ambitioniert und gehen davon aus, dass sie erst nach etlichen Jahren und diversen Anpassungen europaweit funktionsfähig sein wird. Folglich ist auch nicht sichergestellt, dass die Schweizer Bevölkerung in den kommenden Jahren mit ausreichend qualitätsgeprüften Medizinprodukten versorgt werden kann.

Um den raschen Zugang der Bevölkerung zu den neuesten Medizinprodukten sicherzustellen, müssen Regulierungen mit der technologischen Entwicklung Schritt halten. Gerade für die zukunftsweisenden digitalen Technologien wie «Artificial Intelligence» und «Software als Medizinprodukt» gibt es Regulierungen, die fortschrittlicher und bezüglich Zulassungsverfahren schneller sind als die MDR. Viele Schweizer Start-Ups und KMU setzen deshalb vermehrt auf eine Erstzulassung beispielsweise durch die US Food and Drug Administration (FDA), was zur aktuell unhaltbaren Situation führt, dass innovative Schweizer Produkte ausländischen Bevölkerungen zur Verfügung stehen, der eigenen Bevölkerung hingegen nicht.

Wegen den aktuellen Problemen bei der Umsetzung der MDR bahnt sich in Europa ab 2024 eine deutliche Verschlechterung der Patientenversorgung an. Deshalb ist es unverantwortlich, bei der nationalen Versorgung exklusiv auf CE-gekennzeichnete Medizinprodukte abzustützen. Die Schweiz sollte nicht warten, bis der Schaden eintrifft, sondern vorausschauend handeln und ihren Handlungsspielraum zur Beschaffung von Medizinprodukten auf Medizinprodukte ausser-europäischer Regulierungssysteme ausweiten. Dafür sind jetzt die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit auch für die betroffenen Industrie- und Handelspartner

Investitionssicherheit geschaffen werden kann. Nur so kann die nationale Versorgung mit Medizinprodukten langfristig gesichert werden.

Aus all diesen Gründen unterstützt H+ die Anliegen dieser Motion, lehnt sie aber aus formellen Gründen ab, weil beide Räte die gleichlautende Motion [20.3211](#) (Damian Müller) bereits angenommen haben.

Empfehlung von H+: Motion ablehnen (wie SGK-SR aus formellen Gründen)

•