



# Vorschau Frühjahrsession 27. Februar bis 17. März 2023

## Empfehlungen von santésuisse

### Geschäfte im Ständerat

Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	Seite
Do, 2. März 2023 Ev. 14. März 2023	<b>22.431</b> SGK-NR Parl. Iv. Ausnahmen von der dreijährigen Tätigkeitspflicht gemäss Art. 37 Abs.1 KVG bei nachgewiesener Unterversorgung	<b>Annehmen</b>	3-4
Do, 2. März 2023	<b>21.3294</b> Mo. Stöckli. Erstellen und Bewirtschaften von Medikationsplänen zur Erhöhung der Medikationsqualität und Patientensicherheit von polymorbiden Patientinnen und Patienten	<b>Annehmen</b>	5-6
Mi, 8. März 2023	<b>21.322</b> Kt. Iv. Waadt. Das KVG ist dahingehend zu ändern, dass die Kantone, die dies wünschen, per Gesetz eine kantonale Einrichtung schaffen können, welche die Prämie festlegt und erhebt sowie sämtliche Kosten finanziert, die zulasten der OKP gehen	<b>Keine Folge geben</b>	7
Mi, 8. März 2023	<b>21.326</b> Kt. Iv. Genf. Für eine kohärente Bundespolitik zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Infektionen	<b>Keine Folge geben</b>	8
Mi, 8. März 2023	<b>22.303</b> Kt. Iv. Zürich. Mitbeteiligung des Bundes an den Ertragsausfällen und Mehrkosten der Spitäler und Kliniken durch Covid-19	<b>Keine Folge geben</b>	9
Di, 14. März 2023	<b>21.067</b> Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)	<b>Annehmen. Änderungs- und Detailempfehlungen beachten</b>	10-12



Di, 14. März 2023	<b>20.3068</b> Mo. Nationalrat (Nantermod). Der Swissmedic eine gewisse Eigeninitiative zugestehen	<b>Annehmen</b>	13
Di, 14. März 2023	<b>20.3370</b> Mo. Röstli. Zulassung von Medizinprodukten nach aussereuropäischen Regulierungssystemen	<b>Annehmen</b>	14
Di, 14. März 2023	<b>20.4123</b> Mo. Quadri. Übermässige Reserven der Krankenversicherer. Obligatorische statt freiwillige Rückerstattung	<b>Ablehnen</b>	15
Di, 14. März 2023	<b>22.316</b> Kt. Iv. Basel-Stadt. Rasche und proportionale Rückerstattung der Krankenkassenreserven an die Bevölkerung	<b>Keine Folge geben</b>	16-17
Di, 14 März 2023	<b>20.463</b> Pa. Iv. Nantermod. KVAG. Überschussbeteiligung	<b>Keine Zustimmung (= Festhalten am bisherigen Entscheid)</b>	18-19



Ständerat, Donnerstag, 2. März 2023

## 22.431 SGK-NR Parl. Iv. Ausnahmen von der dreijährigen Tätigkeitspflicht gemäss Art. 37 Abs.1 KVG bei nachgewiesener Unterversorgung

### Eingereichter Text

Die Kommission beschliesst, eine Vorlage auszuarbeiten mit dem Ziel, eine ärztliche Unterversorgung zu vermeiden, die als Folge der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Zulassungsvoraussetzungen insbesondere in der ambulanten Grundversorgung einzutreten droht.

Die Bestimmungen über die besonderen Voraussetzungen für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten in Artikel 37 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sollen in folgendem Sinne ergänzt werden:

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.

### Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse ist eine starke Grundversorgung wichtig. Im Vergleich zu den Spitalambulatorien können Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung in der Regel kostengünstigere Leistungen erbringen. Die Neuregelung zur Zulassungssteuerung ist erst kürzlich in Kraft getreten. Grundsätzlich soll die neue Regelung zunächst ihre Wirkung entfalten können, bevor schon wieder Änderungen am Gesetz vorgenommen werden. Nun sollen aber die Kantone **bei einer nachgewiesenen Unterversorgung** Hausärztinnen und Hausärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeutinnen (Antrag der Mehrheit) auch dann zulassen können, wenn diese zuvor nicht drei Jahre lang auf ihrem Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.

Aus Sicht von santésuisse dürfen Ausnahmen zur geltenden Zulassungssteuerung nur sehr vereinzelt zur Anwendung kommen, auch weil punktuelle Unterversorgungen eher ein Verteilungsproblem sind. Gerade in Städten gibt es tendenziell zu viele statt zu wenige Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung. Ein Mangel ergibt sich vielmehr auf dem Land, wobei auch hier die Verteilung sehr unterschiedlich sein kann. Es liegt vielmehr an den Kantonen, die neuen Steuerungselemente umzusetzen und bei einer allfälligen Unterversorgung entsprechende Lösungen zu entwickeln, namentlich bei der Ausbildung. Hierzu gibt es in einzelnen Kantonen vielsprechende Projekte. Zudem fehlen im Erlassentwurf konkrete Kriterien und methodische Grundsätze für die Bestimmung einer Unterversorgung. Auch würden sinnvollerweise Massnahmen entwickelt, die verhindern helfen, dass neu zugelassene Ärzte in die lukrativen Ballungszentren abwandern. Zudem wäre die Prüfung von überkantonalen Versorgungsregionen durch die Kantone sehr begrüssenswert.



santésuisse

**Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)



Ständerat, Donnerstag, 2. März 2023

## **21.3294 Mo. Stöckli. Erstellen und Bewirtschaften von Medikationsplänen zur Erhöhung der Medikationsqualität und Patientensicherheit von polymorbiden Patientinnen und Patienten**

### **Eingereichter Text**

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. Dabei sind insbesondere folgende Vorgaben zu berücksichtigen:

#### 1. Medikationsplan erstellen

- a. Die Medikation von Arzneimitteln der Abgabekategorien A bis D mit dem Potenzial für Risiken und unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist grundsätzlich elektronisch in einem Medikationsplan zu erfassen, damit allen an der Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen und den Patientinnen eine aktuelle Medikationsübersicht zur Verfügung steht. Diese wird idealerweise im elektronischen Patientendossier EPD bereitgestellt.
- b. Die PatientInnen können festlegen, welche Gesundheitsfachpersonen Einsicht in den Medikationsplan erhalten.
- c. Die Einsicht ist entweder vollständig oder gar nicht zu gewähren.

#### 2. Medikationsplan bewirtschaften

- a. Fachpersonen sind grundsätzlich zu verpflichten, bei Abgabe oder Anwendung von Arzneimitteln mit dem Potenzial für Risiken und unerwünschten Arzneimittelwirkungen einen Medikationsabgleich ("Medication Reconciliation") durchzuführen und zu dokumentieren.
- b. Die Angemessenheit der Arzneimittel-Therapie ist durch Fachpersonen regelmässig zu überprüfen und zu dokumentieren.

#### 3. Rollen, Verantwortlichkeiten und Finanzierung klären

Der Bundesrat klärt und definiert die Rollen und Verantwortlichkeiten der Akteure unter Berücksichtigung der geltenden gesetzlichen Vorgaben, Fragen der interprofessionellen Zusammenarbeit und technische Aspekte beim Erstellen und der Bewirtschaftung des Medikationsplans und klärt die Finanzierung.

### **Position santésuisse**

santésuisse unterstützt die Motion. Die Umsetzung der Motion würde einen wesentlichen Beitrag leisten, um die Medikationsqualität und -sicherheit bei Patientinnen und Patienten mit Polymedikation zu verbessern. Vermeidbare Medikationsfehler, vermeidbare (Re)-Hospitalisierungen und vermeidbare Todesfälle können dank dem Einsatz digitaler Instrumente endlich systematisch verhindert werden.



Zudem ist der sorglose, unsachgemässe und zuweilen sogar verschwenderische Umgang mit Medikamenten, die häufig von der obligatorischen Krankenversicherung bezahlt werden, insbesondere, wenn es sich um sehr teure Produkte handelt, ein anerkanntes Problem.

In der Schweiz gibt über zwei Millionen chronisch kranke Menschen. Mit einer korrekten Einnahme der verschriebenen Medikamente könnten namhafte Kosten gespart werden. Die hohen Zusatzkosten entstehen vor allem dadurch, dass Patienten durch die fehlende Therapietreue zusätzliche Arzttermine und Spitalaufenthalte benötigen.

**Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen.**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)



Ständerat, Mittwoch, 8. März 2023

## **21.322 Kt. Iv. Waadt. Das KVG ist dahingehend zu ändern, dass die Kantone, die dies wünschen, per Gesetz eine kantonale Einrichtung schaffen können, welche die Prämie festlegt und erhebt sowie sämtliche Kosten finanziert, die zulasten der OKP gehen**

### **Eingereichter Text**

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung nimmt der Kanton Waadt sein Initiativrecht auf Bundesebene wahr und fordert die Bundesversammlung auf, das geltende Recht, namentlich das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), dahingehend zu ändern, dass die Kantone, die dies wünschen, per Gesetz eine kantonale Einrichtung schaffen können, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) folgende Aufgaben erfüllt:

- a. Festlegung und Erhebung der Prämien für den Kanton;
- b. Finanzierung der Kosten, die zulasten der OKP gehen;
- c. Einkauf und Kontrolle der Erfüllung der administrativen Aufgaben, die den zur Durchführung der OKP zugelassenen Versicherern übertragen werden;
- d. Beteiligung an der Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen.

### **Position santésuisse**

Die Standesinitiative umfasst fundamentale Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), insbesondere betreffend die Festlegung der Prämien, die Finanzierung der Leistungen, die Festlegung der Tarife oder die freie Wahl des Versicherers. Diese sind zentral für den Geist des KVG als soziale Krankenversicherung mit einem regulierten Wettbewerb, den die Schweizer Bevölkerung in insgesamt vier Volksabstimmungen klar bestätigt hat. Der regulierte Wettbewerb schafft zentrale Anreize für kostendämpfende und prämiensichere Massnahmen, die bei einer Einheitskasse wegfallen würden. Jegliche Einsparungsbemühungen und Qualitätsverbesserungen, die dank der Tarifpartnerschaft sowie dem Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern bestehen, wären hinfällig. Dazu gehören zum Beispiel die Senkung der Verwaltungskosten (von rund 8 Prozent der OKP-Kosten bei Einführung des KVG 1996 auf derzeit rund 5 Prozent), die Einsparungen von mehr als 3 Milliarden Franken pro Jahr (Schätzung des Instituts für Wirtschaftsstudien Basel) durch die Rechnungskontrolle der Versicherer oder die Effizienzsteigerung der Leistungserbringung durch integrierte Versorgungsmodelle.

Eine kantonale Einheitskasse würde die Mehrfachrolle der Kantone als Leistungsbesteller, Eigner und Finanzierer zementieren und sogar weiter ausbauen. Das würde aufgrund der kontradiktorischen Interessen automatisch zu mehr Ineffizienz führen. Zudem würden die oben beschriebenen Bemühungen der Krankenversicherer kaum mehr im selben Umfang erfolgen, was letztlich höhere Verwaltungskosten zur Folge hätte. Eine ähnlich lautende Standesinitiative (20.315 Kt. Iv. Neuenburg) haben denn auch beide Räte erst kürzlich klar abgelehnt. Zudem würde es zu einer Ungleichbehandlung der Bevölkerung zwischen Kantonen mit und ohne «Staatskassen» kommen.

**Empfehlung santésuisse:**

**Keine Folge geben**



Ständerat, Mittwoch, 8. März 2023

## **21.326 Kt. Iv. Genf. Für eine kohärente Bundespolitik zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Infektionen**

### **Eingereichter Text**

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung vom 18. April 1999, Artikel 115 des Bundesgesetzes vom 13. Dezember 2002 über die Bundesversammlung und Artikel 156 des Geschäftsreglementes vom 13. September 1985 des Grossen Rates des Kantons Genf (Loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève) fordert der Grosse Rat des Kantons Genf die Bundesversammlung und den Bundesrat dazu auf, die Methoden zur Prävention gegen sexuell übertragbare Infektionen, insbesondere die HIV- Präexpositionsprophylaxe (PrEP-HIV), in den Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufzunehmen.

### **Position santésuisse**

Die erwähnte HIV-Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) ist eine orale Chemoprophylaxe. Sie bietet eine Möglichkeit für Menschen mit temporär hohem HIV-Risiko, sich medikamentös durch konsequente Einnahme vor einer HIV-Infektion zu schützen. Eine Packung mit 30 Filmtabletten des entsprechenden Medikaments Truvada kostet mehrere hundert Franken. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt diese Kosten derzeit nicht, da die Schutzwirkung von Truvada vergleichbar ist mit deutlich günstigeren Schutzmassnahmen. Die PrEP-HIV ist demnach nicht wirtschaftlich. Eine Übernahme der Kosten von Truvada würde daher nicht den WZW-Kriterien entsprechen.

**Empfehlung santésuisse:**

**Keine Folge geben**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)





Ständerat, Mittwoch, 8. März 2023

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

### Eingereichter Text

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.

### Position santésuisse

santésuisse empfiehlt, der Standesinitiative keine Folge zu geben.

- Ob neben den Kantonen, die klar für Vorhalteleistungen dieser Art zuständig sind, auch der Bund finanzielle Entschädigungen an die Spitäler leisten muss oder darf, können die Krankenversicherer nicht beurteilen. Ob und in welchem Ausmass den Spitälern Schäden entstanden sind, müsste detailliert untersucht werden. Fakt ist, dass die OKP-Zahlungen der Krankenversicherer während den Pandemie Jahren im ähnlichen Rahmen waren wie vor der Pandemie. Zudem zeigen die Geschäftsberichte diverser Spitäler, dass auch in der Pandemie Gewinne erzielt wurden.
- Aus Sicht von santésuisse ist es klar, dass für nicht stattgefundene Behandlungen keine Prämiegelder eingesetzt werden dürfen, denn
  - dies wäre **nicht gesetzeskonform**. Die Deckungen epidemiologischer Massnahmen und von Vorhalteleistungen ist Aufgabe der Kantone.
  - die KV dürfen **nur effektiv erbrachte Leistungen** (mit-)finanzieren.
    - gegen eine **rückwirkende Zweckentfremdung von Prämiegeldern** könnte allenfalls von Versicherten **geklagt werden**.
- Die Kantone haben der gesetzlichen Basis folgend bereits eigene Massnahmen zur Deckung von während der Pandemie entstandenen Ertragsausfällen der Spitäler ergriffen. Somit sind die Forderungen der Standesinitiativen auch inhaltlich überholt. Zudem haben beide Räte erst kürzlich ähnlich lautenden Standesinitiativen keine Folge gegeben.

#### Empfehlung santésuisse:

**Keine Folge geben**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag, 14. März 2023

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

### Inhalt der Vorlage

Die eidgenössische Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» wurde am 10. März 2020 von der Mitte-Partei eingereicht. Die Initiative möchte Artikel 117 der Bundesverfassung so ergänzen, dass der Bundesrat eine Kostenbremse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (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.

Der Bundesrat beantragt den eidgenössischen Räten, die Initiative abzulehnen, legt aber mit dem Vorschlag zur Einführung einer Zielvorgabe einen indirekten Gegenvorschlag vor. Dessen Ziel ist es, die Transparenz in Bezug auf das medizinisch gerechtfertigte Wachstum der Kosten der OKP zu stärken und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen. Vorgesehen ist die Einführung einer Zielvorgabe für das maximale Kostenwachstum in der OKP. Der Bundesrat und anschliessend die einzelnen Kantone sollen ausgehend vom medizinischen Bedarf einen Prozentsatz für die maximale Entwicklung der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr festlegen (Kostenziel). Für gewisse Kostenblöcke soll allein der Bundesrat für die Festlegung der Kostenziele zuständig sein. Dies betrifft namentlich Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände.

### Position santésuisse

- **santésuisse unterstützt einen indirekten Gegenvorschlag, der die Fehl- und Überversorgung effektiv angeht.** Gemäss Studien im Auftrag des BAG sind knapp 20 Prozent der Leistungen im Gesundheitswesen unnötig. Hier soll der indirekte Gegenvorschlag ansetzen.
- **santésuisse lehnt die Kostenziele in der vom Bundesrat vorgeschlagenen Ausgestaltung ab.** Diese lässt diverse Fragen offen. Namentlich ist unklar, wie das Kostenwachstum nachhaltig gebremst werden könnte oder wie die tarifpartnerschaftliche Umsetzung aussehen würde. Auch könnte der Vorschlag des Bundesrats die Rolle der Tarifpartner schwächen. Das beschriebene Verfahren ist kompliziert, zudem sind die Kompetenzen und die Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit nicht geregelt. Unklar ist im vorgeschlagenen Modell auch, wie die Leistungserbringer diese Ziele konkret umsetzen sollen.
- Die durch den Nationalrat in der Sommersession verabschiedeten **Kosten- und Qualitätsziele (Art. 54 E-KVG) schaffen primär Transparenz und ein gewisses Kostenbewusstsein.** Die Installation einer Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring kann dieses Bewusstsein noch stärken. Die Kosten- und Qualitätsziele gelten für eine Periode von vier Jahren und sehen keine konkreten Massnahmen bei Nichterreichung vor. Das Kostenwachstum kann alleine mit den vorgesehenen Kosten- und Qualitätsmassnahmen nicht gebremst werden. Deshalb erachtet santésuisse eine Umsetzung auf Tarifebene gemäss Art. 47c E-KVG als sinnvolle und notwendige Ergänzung (vgl. verabschiedetes Geschäft 19.046). Tarif-

partnerschaftlich verhandelte Kostensteuerungsmassnahmen sind denn auch globalen Zielvorgaben vorzuziehen: Kostensteuerungselemente sollen zum festen Bestandteil von Tarifverträgen werden. Dabei sind diese nach Möglichkeit auf kantonaler Ebene anzusiedeln, damit die Massnahmen möglichst gezielt dort angesetzt werden können, wo unerklärbares Mengenwachstum entsteht. In gesamtschweizerischen Verträgen wären dagegen sinnvollerweise ausschliesslich gemeinsame Grundsätze bezüglich dem Kostenmonitoring und möglichen Massnahmen zu bestimmen.

- Insgesamt ist unklar, ob die aktuelle Fassung des Gegenentwurfs eine dämpfende Wirkung auf die Kosten hat und, wenn ja, in welchem Ausmass. Die Vorschläge haben mehrheitlich keine direkte Wirkung auf die Kostenentwicklung. Eine Mehrheit der ständerätlichen Gesundheitskommission hat die Vorschläge noch weiter verwässert.

Die weiteren Massnahmen sind daher grösstenteils zu wenig griffig oder lassen bei der Umsetzung noch Fragen offen. *Hierzu nimmt santésuisse wie folgt Stellung:*

Nr.	Massnahme	Haltung santésuisse	Kurzbegründung
1.	Art. 32 Abs. 3 E-KVG Voraussetzungen	Minderheit folgen	Leistungen, die nicht oder nicht mehr den WZW-Prinzipien entsprechen, sollen anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert werden. Der Minderheitsantrag der SGK-S enthält im Vergleich zur Nationalrats-Variante zudem verbindliche Massnahmen, sollten die WZW-Kriterien nicht eingehalten werden. Entsprechende Leistungen würden daher aus dem OKP-Katalog gestrichen werden. Ansonsten würden die Effizienzpotentiale nicht ausgeschöpft werden
2.	Art. 37a Abs. 1-3 E-KVG Laboratorien: Besondere Voraussetzungen	Version Nationalrat folgen	Die Einführung der Vertragsfreiheit bei den Laboranalysen ist zu unterstützen. Die Formulierung ist dahingehend noch zu ergänzen, wonach die Versicherten im Vorfeld einer diagnostischen Behandlung wissen müssen, welche der Kosten der Laboranalysen weiterhin von der OKP übernommen werden
3.	Art. 45 Abs. 2 E-KVG Sicherung der medizinischen Versorgung	Version Nationalrat folgen	Der neue Absatz steht im Zusammenhang mit der beabsichtigten Möglichkeit für die Krankenkversicherer, neu die Leistungen der Analysen mit den Laboren aushandeln zu können. Es handelt sich um eine Art Sicherung für die Gewährleistung der Versorgung. Die neue Bestimmung hat allerdings nichts mit kostendämpfenden Massnahmen zu tun. Zudem wird die Umsetzung herausfordernd sein.
4.	Art. 46 4bis und 4ter E-KVG Tarifvertrag	Zustimmung (=streichen)	Die Massnahme hat mit Kostendämpfung kaum was zu tun. Zudem ist die gewählte Frist willkürlich. Im schlimmsten Fall tritt ein Tarifvertrag in Kraft, ohne dass dieser seriös von der Genehmigungsbehörde geprüft wurde. Der Vorschlag würde demnach auch die Genehmigungsbehörde übersteuern und schwächen



Nr.	Massnahme	Haltung santésuisse	Kurzbegründung
5.	Art. 46a Abs. 3 Anpassung eines Tarifvertrags, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt	Minderheit folgen	Leistungen, die übertarifiert sind, können Fehlansätze auslösen. Die Massnahme ersetzt die Schaffung neuer moderner Tarife nicht, kann in der Übergangsphase aber eine gewisse Korrektur herbeiführen.
6.	Art. 54, 54a-e E-KVG Kosten- und Qualitätsziele	Mehrheit folgen	Kosten- und Qualitätsziele schaffen grundsätzlich Transparenz. Und sie sind eine Notwendigkeit für die Erklärung im Falle von Überschreitungen.
7.	Art. 56 Abs. 5 E-KVG Wirtschaftlichkeit der Leistungen	Annehmen	Die Ergänzung "zweckmässiger Einsatz" könnte unnötige Leistungen (bspw. Doppelanalysen) begrenzen. Dies kann kostendämpfend wirken.
8.	II Übergangsbestimmungen	Version Nationalrat folgen	Im Jahr 2022 sind die Gesundheitskosten um 4 Prozent angestiegen. Der Trend nach oben ist ungebrochen. Daher können kostendämpfende Sofortmassnahmen sinnvoll sein, wenn im Parlament keine griffigen Massnahmen verabschiedet werden.

**Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen. Änderungs- und Detailempfehlungen beachten**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag, 14. März 2023

## 20.3068 Mo. Nationalrat (Nantermod). Der Swissmedic eine gewisse Eigeninitiative zugestehen

### Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung des Heilmittelgesetzes vorzuschlagen, um dem Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) die Berechtigung zu erteilen, Zulassungen von sich aus zu erweitern, wenn sich herausstellt, dass sie zu stark begrenzt sind oder nicht der klinischen Praxis und den Wirtschaftlichkeitsanforderungen entsprechen. Der Bundesrat wird beauftragt, festzulegen, wie die Rahmenbedingungen für eine solche Eigeninitiative aussehen sollen und auf welche Art und Weise Leistungserbringer, Versicherer und Patienten- und Konsumentenorganisationen Swissmedic informieren können.

### Position santésuisse

Die Erweiterung der Kompetenzen von Swissmedic stellt sicher, dass Medikamente auch in Indikationen durch die Zulassungsbehörde seriös geprüft und bei günstigem Nutzen-Risiko zugelassen werden kann, wo sie benötigt und zum Einsatz kommen. Auch die Patientinnen und Patienten profitieren, da durch eine reguläre Zulassung durch Swissmedic auch eine generelle Vergütungspflicht vom BAG verfügt werden kann (falls günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis besteht), und somit alle bei Bedarf den gleichen Zugang haben. Zudem werden die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler vor unnötigen Kosten, die durch solche Zulassungsprozederen im Sinne der Profitmaximierung entstehen, geschützt. Durch das zweistufige Zulassungssystem, Swissmedic und anschliessend Bundesamt für Gesundheit, ist sichergestellt, dass die zu erwartenden wenigen Fälle, die zur Anwendung gelangen würden, qualitativ gut und fundiert im Sinne des Schweizerischen Gesundheitssystems beurteilt wird.

#### Empfehlung santésuisse:

**Annehmen.**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag, 14. März 2023

## **20.3370 Mo. Rösti. Zulassung von Medizinprodukten nach aussereuropäischen Regulierungssystemen**

### **Eingereichter Text**

Der Bundesrat wird beauftragt, die Gesetzgebung so anzupassen, dass in der Schweiz auch Medizinprodukte aussereuropäischer Regulierungssysteme zugelassen werden können.

### **Position santésuisse**

Um zukünftige Engpässe gerade in Pandemie-Zeiten zu verhindern, kann die Möglichkeit einer Zulassung von Medizinprodukten nach aussereuropäischen Regulierungssystemen sinnvoll sein. In gleichlautende Motion wurde im letzten Jahr bereits überwiesen. Eine gleichlautende Motion wurde im letzten Jahr bereits überwiesen. Daher kann rein aus formellen Gründen die Motion auch abgelehnt werden.

**Empfehlung santésuisse:**

**Annehmen.**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag, 14. März 2023

## 20.4123 Mo. Quadri. Übermässige Reserven der Krankenversicherer. Obligatorische statt freiwillige Rückerstattung

### Eingereichter Text

Mit dieser Motion wird der Bundesrat beauftragt, die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) dahingehend anzupassen, dass der Abbau überschüssiger Reserven durch die Krankenversicherer nicht mehr freiwillig, sondern obligatorisch ist, wenn die Reserven einen bestimmten Anteil überschreiten.

### Position santésuisse

**santésuisse empfiehlt, die Motion mit den gleichen Argumenten wie bei der Parl. Iv. Nantermod und Standesinitiative Basel-Stadt abzulehnen:** Die Reservensituation der Krankenversicherer hat sich seit der Einreichung der Motion fundamental verändert. Ein obligatorischer Reservenabbau käme zu Unzeiten. Zusammen mit der Kostenentwicklung 2021 und 2022, dem freiwilligen Reserveabbau sowie dem aktuellen schwierigen Umfeld an den Finanzmärkten ist zu befürchten, dass die Reservenhöhe von derzeit rund 12 Mrd. Franken um rund einen Drittel zurückgeht, was auch das BAG in ihrem jüngsten Solvenztest im vergangenen Herbst in etwa prognostiziert hat. Damit droht bei diversen Krankenversicherern effektiv die Gefahr, dass ihre Solvenzquote unter die gesetzlich geforderte Quote von 100 Prozent sinken könnte.

**Empfehlung santésuisse:**

**Ablehnen**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)

Ständerat, Dienstag, 14. März 2023

## 22.316 Kt. Iv. Basel-Stadt. Rasche und proportionale Rückerstattung der Krankenkassenreserven an die Bevölkerung

### Eingereichter Text

Die Eidgenössischen Räte werden ersucht, durch Anpassung der gesetzlichen Grundlagen dafür zu sorgen, dass übermässige Krankenkassen-Reserven rasch und proportional zu den kantonalen Anteilen an die Versicherten zurückgeführt werden.

### Position santésuisse

- santésuisse lehnt die Standesinitiative ab. Die Standesinitiative fordert, dass Reserven **obligatorisch** abgebaut werden. Die Reservesituation hat es den Versicherern ermöglicht, einen Prämienschock gerade in Krisenzeiten wie die Corona-Pandemie zu verhindern. Die Versicherer haben sich in dieser für unser Gesundheitswesen herausfordernden Zeit als Garant der Stabilität erwiesen. Die Standesinitiative suggeriert, dass die Krankenversicherer generell über deutlich zu hohe Reserven verfügen würden. Dies vermittelt der Öffentlichkeit ein völlig falsches Bild. Tatsächlich entsprechen die Reserven lediglich dem Gesamtbetrag von ca. drei bis vier Monatsprämien.
- Die Solvenzquote ist ein sehr volatiler Indikator. Er dient der Früherkennung von Risiken und ist damit ein Instrument der Aufsicht, um die kurzfristige finanzielle Sicherheit eines Versicherers beurteilen zu können. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Solvenzquote von Jahr zu Jahr stark schwanken kann. Ein aktuelles [Faktenblatt des Bundesamtes für Gesundheit \(BAG\)](#) zeigt dies eindrücklich auf: Die Anzahl Versicherer mit steigender oder sinkender Solvenzquote verändert sich von Jahr zu Jahr stark, da die Reserven sehr volatil sind. Ein Absinken der Solvenzquote von 50 Prozentpunkte ist daher keine Seltenheit. Dies zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Solvenzquote von 2021 auf 2022: Sie sank von 207 Prozent auf 163 Prozent. Bei einzelnen Versicherern reduzierte sich die Solvenzquote teils sehr stark. Für die Versicherten bedeutet dies: Von einer fallenden Solvenz sind rund 88 Prozent, von einer steigenden Solvenz nur hingegen 7 Prozent der Versicherten betroffen.
- Die Krankenversicherer haben die Prämien für das Jahr 2022 unter grossem politischem Druck möglichst tief gehalten und dafür auf ihre Reserven zurückgegriffen. Dadurch ist die Höhe der Reserven bereits deutlich gesunken. Zudem haben die Nationalbanken aufgrund der hohen Inflation diverse Zinserhöhungen vorgenommen, was zu signifikanten negativen Einflüssen auf die Kapitalmärkte geführt hat. Gemäss dem BAG könnten die Reserven in Folge dieser Effekte Anfang 2023 deutlich unter 10 Milliarden Franken zu liegen kommen. Zudem ist wohl auch für 2024 wieder mit steigenden Prämien zu rechnen, da auch für 2022 mit steigenden OKP-Ausgaben von rund 4 Prozent zu rechnen ist. Die Solvenzquoten werden wohl weiter sinken.
- Ein Vergleich mit anderen Sozialversicherungen im Umlageverfahren zeigt zudem: Die Reserven im Ausgleichsfond der AHV betragen gesetzlich vorgeschrieben zwölf Monatsausgaben. Dies ist mehr als das Dreifache der Reserven der Krankenversicherungen. Sorge besteht, ob das Reserveniveau der AHV gehalten werden kann. Zu Recht fordert niemand eine Reduktion der AHV Reserven. Umso unsinniger ist eine Reduktion der bereits tiefen Reserven der Krankenversicherer.





- Die Reserven bleiben im System, denn sie dürfen nur für die Vergütung von Leistungen des KVG verwendet werden. Reserven kommen auf jeden Fall den Prämienzahlenden zu Gute. Die Erträge aus der Anlage der Reserven führt zu einer direkten Entlastung der Prämienzahlenden.
- Auch in einer Situation, in der ein Reserveabbau grundsätzlich möglich wäre, muss dies eine unternehmerische Entscheidung bleiben. Letztlich trägt der Krankenversicherer die volle unternehmerische Verantwortung. Nicht zuletzt sind beispielsweise aufgrund der Kundenstruktur (z.B. Altersstruktur), der Position im Markt und der Grösse eines Versicherers andere Anforderungen an die Reservehöhe zu stellen. Es muss daher zwingend weiterhin in der Kompetenz jedes einzelnen Versicherers liegen, ob ein Abbau vorgenommen werden darf oder nicht. Zum Schutze der Prämienzahlerin und Prämienzahler ist aber ein überstürzt vorgenommener Abbau unbedingt zu vermeiden, denn sie wären es, die letztlich die Folgen einer Insolvenz zu tragen hätten.
- Letztlich hätte auch die politisch verschuldete Insolvenz eines grösseren Versicherers massive Auswirkungen auf den Markt (unbezahlte Rechnungen / Risikoausgleichsbeträge, Proselektion, Vertrauensverlust in das System der Krankenversicherung etc.). In einem ersten Schritt würden die offenen Leistungen des insolventen Versicherers zwar aus dem Insolvenzfonds weiterbezahlt. Dieser Fonds verfügt allerdings nur über beschränkte Mittel und müsste anschliessend mit den Prämieinnahmen aller Prämienzahler wieder geöffnet werden.
- Ein Reserveabbau auf einer kantonalen Grundlage ist auch nicht umsetzbar, da hierfür eine Kantonalisierung der Reserven erforderlich wäre. Es gibt denn auch keine kantonalen Reserven. Die Reserven, die der Sicherstellung der Solvenz des Versicherers dienen (Art. 14 Abs. 1 KVAG), werden für das gesamte örtliche Tätigkeitsgebiet des Versicherers gebildet.

**Empfehlung santésuisse:**

**Keine Folge geben**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)



Ständerat, Dienstag, 14. März 2023

## 20.463 Pa. Iv. Nantermod. KVAG. Überschussbeteiligung

### Eingereichter Text

Belaufen sich die Reserven eines Versicherers auf mehr als 150 Prozent der Mindesthöhe, so wird der Überschuss im folgenden Jahr als Anzahlung an die Prämien auf die Versicherten aufgeteilt. Der Betrag wird pro Kanton und pro Versichertenkategorie im Verhältnis zu den bezahlten Prämien verteilt.

### Position santésuisse

santésuisse empfiehlt, der Pa. Iv. nicht zuzustimmen.

Reserven sollen gemäss Vorschlag obligatorisch abgebaut werden, die eine Solvenzquote 150 Prozent übersteigen. Bei diesem faktisch erzwungenen Reserveabbau kann es dabei zu unerwünschten Prämiensprüngen kommen, sind doch die Solvenzquoten der einzelnen Versicherer erfahrungsgemäss sehr volatil. Die Solvenzquote dient zur Früherkennung von Risiken und ist damit ein Instrument der Aufsicht, um die kurzfristige finanzielle Sicherheit eines Versicherers beurteilen zu können. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Solvenzquote von Jahr zu Jahr stark schwanken kann. Ein aktuelles [Faktenblatt des Bundesamtes für Gesundheit \(BAG\)](#) zeigt dies eindrücklich auf: Die Anzahl Versicherer mit steigender oder sinkender Solvenzquote verändert sich von Jahr zu Jahr stark, da die Reserven sehr volatil sind. Ein Absinken der Solvenzquote von 50 Prozentpunkte ist daher keine Seltenheit. Dies zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Solvenzquote von 2021 auf 2022: Sie sank von 207 Prozent auf 163 Prozent. Bei einzelnen Versicherern reduzierte sich die Solvenzquote teils sehr stark. Für die Versicherten bedeutet dies: Von einer fallenden Solvenz sind rund 88 Prozent, von einer steigenden Solvenz nur hingegen 7 Prozent der Versicherten betroffen.

Die Krankenversicherer haben die Prämien für das Jahr 2022 unter grossem politischem Druck möglichst tief gehalten und dafür auf ihre Reserven zurückgegriffen. Dadurch ist die Höhe der Reserven bereits deutlich gesunken. Zudem haben die Nationalbanken aufgrund der hohen Inflation diverse Zinserhöhungen vorgenommen, was zu signifikanten negativen Einflüssen auf die Kapitalmärkte geführt hat. Gemäss dem BAG könnten die Reserven in Folge dieser Effekte Anfang 2023 deutlich unter 10 Milliarden Franken zu liegen kommen. Zudem ist wohl auch für 2024 weiterhin mit steigenden Prämien zu rechnen, da auch für 2022 mit steigenden OKP-Ausgaben von rund 4 Prozent zu rechnen ist. Die Solvenzquoten und damit die Reservesituation werden sich dadurch weiter verschlechtern. **Somit ist erübrigt sich aus diesem Blickwinkel heraus ein automatischer Abbau der Reserven.**

Die solide Reservesituation hat es den Versicherern während der Corona-Pandemie ermöglicht, einen Prämienschock zu verhindern. Die Versicherer haben sich in dieser für unser Gesundheitswesen herausfordernden Zeit als Garant der Stabilität erwiesen. Die Pa. Iv. suggeriert, dass die Krankenversicherer generell über deutlich zu hohe Reserven verfügen würden. Dies vermittelt der Öffentlichkeit ein völlig falsches Bild. Tatsächlich entsprechen die Reserven, welche die Krankenversicherer heute halten, lediglich dem Gesamtbetrag von ca. drei bis vier Monatsprämien. Diese Mittel sind umso wichtiger, weil die Krankenversicherer keine Kredite aufnehmen dürfen, um ein allfälliges Minus zu decken. Gemäss einer Mitte 2021 vorgenommenen Verordnungsänderung können die



Krankenversicherer ihre Solvenzquote neu auf 100 Prozent senken. Davon haben diverse Krankenversicherer auch Gebrauch gemacht. **Somit ist man auch in diesem Punkt der Pa. Iv. bereits weit entgegenkommen.**

**Empfehlung santésuisse:**

**Keine Zustimmung (= Festhalten am bisherigen Entscheid)**

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, [manuel.ackermann@santesuisse.ch](mailto:manuel.ackermann@santesuisse.ch)