



# Sessionsbrief

Herbst 2019

## curafutura nimmt Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen Geschäften

In der anstehenden Herbstsession sind folgende Geschäfte mit Bezug zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) traktandiert, zu denen curafutura eine Empfehlung abgibt.

### Geschäfte im Ständerat

Seite

<b>18.3387</b>	12. Sept.	Mo. (SGK-N) «Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen»	<b>Annehmen</b>	3
<b>19.3703</b>	12. Sept.	Mo. (Dittli) «Medikamentenkosten – es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung»	<b>Annehmen</b>	3
<b>16.411</b>	17. Sept.	Pa. Iv. (Eder) «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung»	<b>Rückweisen</b>	4
<b>14.4291</b>	17. Sept.	Mo. (Humbel) «Ambulanter Bereich der obligatorischen Krankenversicherung. Qualitätssicherung und Transparenz durchsetzen»	<b>Annehmen</b>	5
<b>16.3169</b>	17. Sept.	Mo. (Heim) «Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände»	<b>Annehmen</b>	6
<b>17.043</b>	18. Sept.	GdBR «Versicherungsvertragsgesetz. Änderung»	<b>Annehmen (unter Berücksichtigung der Empfehlungen)</b>	7
<b>17.022</b>	19. Sept.	GdBR «IVG. Änderung (Weiterentwicklung der IV)»	<b>Eintreten</b>	7
<b>18.3513</b>	19. Sept.	Mo. (Buffat) «KVG. Dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren»	<b>Annehmen</b>	8
<b>18.3664</b>	19. Sept.	Mo. (Grossen) «Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern»	<b>Annehmen</b>	8
<b>18.3649</b>	19. Sept.	Mo. (Humbel) «Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung»	<b>Ablehnen</b>	8

### Geschäfte im Nationalrat

<b>18.047</b>	11. Sept.	GdBR «KVG. Zulassung von Leistungserbringern»	<b>Zuständigkeiten klären; im Übrigen Nationalrat folgen</b>	9
<b>09.528</b>	26. Sept.	Pa. Iv. (Humbel) «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»	<b>Annehmen</b>	10



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

<b>15.419</b>	27. Sept.	Pa. Iv. (Humbel) «Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung durchsetzen»	<b>Nicht abschreiben</b>	11
<b>19.3070</b>	EDI-Liste	Mo. (Kälin) «Kostenbefreiung für Schwangere während der ganzen Schwangerschaft»	<b>Ablehnen</b>	12
<b>19.3319</b>	EDI-Liste	Mo. (Barrile) «Gesetzliche Inkohärenz im öffentlichen Interesse einer sicheren Medikamentenversorgung korrigieren»	<b>Annehmen</b>	12
<b>17.3772</b>	EDI-Liste	Mo. (Glauser) «Steuerung der Zulassung von schweizerischen und ausländischen Ärztinnen und Ärzten. Gleiche Kriterien für alle»	<b>Annehmen</b>	13
<b>17.3808</b>	EDI-Liste	Po. (Gysi) «Pflege und Betreuung sind eine Einheit»	<b>Ablehnen</b>	13



# Sessionsbrief

Herbst 2019

curafutura nimmt Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen Geschäften

## 18.3387 – Mo. (SGK-N)

«Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen»

12. September im Ständerat

Mit der vorliegenden Motion soll im KVG festgehalten werden, dass Leistungen im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung vergütet werden können. Diese sollen auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sein, zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung führen und zwischen Leistungserbringern nach Art. 35 KVG und Krankenversicherern vereinbart werden.

**curafutura** unterstützt die Motion.

Die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen verhindern die Förderung von sinnvollen Patientensteuerungsprogrammen, weil:

- gemäss Art. 34 Abs. 1 KVG die Versicherer nur OKP-Pflichtleistungen übernehmen dürfen. Diese Vorschrift verbietet somit die Übernahme jeglicher anderer Leistungen.
- nichtärztliche Leistungserbringer in der Regel nur mit einer ärztlichen Anordnung eine OKP-Leistung erbringen dürfen. Für Patientensteuerungsprogramme, die auf bestimmte Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten zugeschnitten sind, stellt die ärztliche Anordnung ein Hindernis dar.
- nichtärztliche Leistungen in der KLV abschliessend aufgeführt und relativ eng definiert sind. Diese enge Definition grenzt das Entwicklungspotenzial von Patientensteuerungsprogrammen ein.

### Empfehlung: Annehmen

## 19.3703 – Mo. (Dittli)

«Medikamentenkosten – es braucht Anpassungen beim Zulassungs- und Preisbildungssystem im Bereich der Grundversicherung»

12. September im Ständerat

Mit der Motion wird der Bundesrat aufgefordert, die Rechtsgrundlagen für das Zulassungs- und Preissystem bei Medikamenten dahingehend anzupassen, dass im Bereich der Spezialitätenliste (SL) neben den Tagestherapiekosten auch die Kosten auf das gesamte Gesundheitssystem berücksichtigt werden.

**curafutura** unterstützt die Motion.

Das heutige Preisfestsetzungs- und Überprüfungssystem der Medikamente ist behördlich administriert und weist Mängel auf. Die massgebenden Preisregeln mit Auslandpreisvergleich (APV) und therapeutischem Quervergleich (TQV) sowie allfälligem Innovationszuschlag führten in der Vergangenheit zu stetig steigenden Preisen und zu häufigen Beschwerden durch die Industrie. Das aktuelle Regelwerk ist



---

insbesondere nicht darauf ausgelegt, neue Phänomene wie Kombinations-Therapien oder indikationsspezifische Preise abzubilden.

Die aktuell massgebende Regulierung ignoriert die Prävalenz respektive Häufigkeit einer Krankheit und den sich daraus ergebenden Budget Impact. Damit drohen nicht nur unkontrollierte Kostenentwicklungen, sondern letztlich eine für das Gesundheitssystem schädliche Ressourcen- und Mittel-Allokation: Es fehlen beispielsweise Forschungsgelder für Innovationen im Bereich von resistenten Keimen oder Versorgungsforschung, währendem sich die Industrie in lukrativen Bereichen wie beispielsweise in der Onkologie oder bei seltenen Krankheiten einem Wettlauf um relativ bescheidene Fortschritte liefert.

Dass neben APV und TQV neu auch der Budget Impact und damit die Prävalenz in die Preisbildung und die damit einhergehenden Kostenfolgen auf das Gesamtsystem miteinbezogen werden soll, begrüsst curafutura ausdrücklich. Dabei sollten als Richtschnur die bestehenden Tagestherapiekosten bei analoger Häufigkeit berücksichtigt werden. So kann bei einer Indikationserweiterung in jedem Falle eine angemessene Kostenreduktion erwartet werden. Mit einer Mengenausweitung durch Erhöhung der Anzahl behandelter Patienten und/oder einer Verlängerung der Anwendungsdauer ergeben sich auf Herstellerseite «Economies of scale», die zu einem grossen Teil auch zur Vergünstigung der Therapiekosten, mittels einer Preisreduktion, eingesetzt werden können.

curafutura unterstützt zudem das Anliegen des Motionärs, innovative und teure Therapien grundsätzlich nur noch mit Auflagen zuzulassen. Daten bezüglich der klinisch therapeutischen Ergebnisse sind bei innovativen Therapien zu erheben, um die klinischen Ergebnisse auch bei praktischer Anwendung zu verifizieren. Ein Innovationszuschlag soll nur solange gewährt werden, wie der klinisch therapeutische Nutzen klar erwiesen, unübertroffen und gross ist.

**Empfehlung: Annehmen**

---

**16.411 – Pa. Iv. (Eder)**

«Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung»

*17. September im Ständerat*

Die parlamentarische Initiative will Klarheit über die Datenlieferungen der Versicherer an die Aufsichtsbehörde schaffen und diese auf ein Mass beschränken, das für die Erfüllung der Aufsichtsaufgaben notwendig ist. Die Versicherer sollen dabei grundsätzlich aggregierte Daten liefern. Nur für den morbiditätsorientierten Risikoausgleich sind gemäss der parlamentarischen Initiative Daten pro versicherte Person (Individualdaten) erforderlich. Die vorberatende Kommission hat dazu einen Erlassentwurf erarbeitet.

**curafutura** lehnt die Gesetzesänderung in der vorliegenden Form ab und fordert, dass der Erlassentwurf überarbeitet bzw. an die Kommission zurückgewiesen wird.



---

Der Erlassentwurf entspricht nicht dem ursprünglichen Anliegen und der Zielsetzung der parlamentarischen Initiative. Er enthält weitreichende Ausnahmen, die eine Lieferung von Individualdaten begründen können; unter anderem zur Überwachung und Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Analyse und Erarbeitung von Gesetzesänderungen oder – wie von der Minderheit vorgeschlagen und vom Bundesrat unterstützt – zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Qualität im Bereich der Arzneimittel und der Mittel und Gegenstände.

Die Festlegung dieser Ausnahmen wird an den Bundesrat delegiert, welcher gleichzeitig auch oberstes Organ der Aufsichtsbehörde ist. Es liegt auf der Hand, dass in solchen Fällen die Beurteilung der Verhältnismässigkeit von Datenlieferungen eher zugunsten der Aufsichtsbehörde und gegen die Versicherer gefällt wird.

In Bezug auf die Verhältnismässigkeit und die im Erlassentwurf vorgesehenen Ausnahmen hält curafutura Folgendes fest:

- Seit Einführung des KVG im Jahre 1996 konnten die Aufsichtsaufgaben problemlos mit aggregierten Daten durchgeführt werden. Weshalb nun dafür Individualdaten erforderlich sein sollen, konnte von der Aufsichtsbehörde bisher nicht plausibel aufgezeigt werden.
- Eine regelmässige Lieferung von Individualdaten ist aus heutiger Sicht nur für den morbiditätsorientierten Risikoausgleich erforderlich. Für weitere im Erlassentwurf aufgezählte Aufgaben ist dies nicht der Fall. So werden beispielsweise keine Individualdaten benötigt, um die Kostenentwicklung zu überwachen. Dazu genügen aggregierte Daten.
- Bei einzelnen Revisionsprojekten kann es sein, dass Individualdaten erforderlich sind und in diesem Rahmen die Verhältnismässigkeit gegeben ist. Dafür braucht es aber keine regelmässige und standardisierte Lieferung von Individualdaten, sondern spezifische und projektbezogene Daten. Die curafutura-Mitglieder waren in der Vergangenheit stets bereit, für einzelne Projekte Daten zu liefern und werden dies auch in Zukunft tun.

**Empfehlung: Rückweisung an die vorberatende Kommission (Erlassentwurf im Sinne der parlamentarischen Initiative überarbeiten)**

---

**14.4291 – Mo. (Humbel)**

«Ambulanter Bereich der obligatorischen Krankenversicherung. Qualitätssicherung und Transparenz durchsetzen»

*17. September im Ständerat*

Mit der Motion wird der Bundesrat beauftragt, den gesetzlichen Bestimmungen der Qualitätssicherung auch im ambulanten Bereich der OKP Nachachtung zu verschaffen. Dies mit der Möglichkeit, Sanktionen zu verhängen. Neu sollen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich verbindliche Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität vereinbart werden. Geschieht das nicht, oder werden diese nicht erfüllt, soll der Tarif reduziert werden.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

---

**curafutura** unterstützt die Forderungen der Motion, welche dieselben Anliegen verfolgt wie die parlamentarische Initiative 15.419.

Mit der Annahme der Qualitätsvorlage (15.083) in der Sommersession 2019 werden zukünftig Krankenversicherer und Leistungserbringer verpflichtet, gesamtschweizerische Qualitätsverträge abzuschliessen. Die Vergütung der Leistungen wird dabei grundsätzlich in Tarifverträgen geregelt.

curafutura unterstützt das Anliegen der Motionärin, dass sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Tarife und Preise an der Entschädigung jener Leistungserbringer, welche die tarifizierte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen, zu orientieren haben (siehe heutige Regelung in Art. 49 KVG für den stationären Bereich). Damit die auf nationaler Ebene verhandelten Qualitätsverträge von den Tarifpartnern jeweils auch verbindlich eingehalten werden, schlägt curafutura eine ergänzende Bestimmung in Art. 46 KVG (Tarifvertrag) vor, wonach die gesamtschweizerischen Qualitätsverträge als Bestandteil des jeweiligen Tarifvertrags im entsprechenden Leistungsbereich Gültigkeit haben. Sie müssen somit in der Praxis auch verbindlich angewendet werden.

Fehlt eine solche Bestimmung, besteht die Gefahr, dass die Verbände und Fachorganisationen national verbindliche Qualitätsverträge abschliessen, ohne dass diese innerhalb der von den Tarifpartnern abgeschlossenen Tarifverträge Wirkung entfalten. Das birgt Konfliktpotential und führt zu Unsicherheit – gerade auch bei der Berücksichtigung der Qualität von Leistungen als massgebender Faktor bei der Preisfindung.

#### **Empfehlung: Annehmen**

---

#### **16.3169 – Mo. (Heim)**

«Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände»

*17. September im Ständerat*

Mit der Motion wird der Bundesrat beauftragt, dem Parlament eine Änderung des KVG zu unterbreiten, welche neu eine Vergütungspflicht auch für im Ausland bezogene Hilfsmittel vorsieht, sofern ein Arztrezept vorliegt.

**curafutura** unterstützt die Motion.

Auf die Frage Lohr 18.5012 (März 2018), mit welchem Zeitplan der Bundesrat die Massnahme 21 des EDI-Expertenberichtes «Lockerung des Territorialitätsprinzips» umzusetzen beabsichtige, kündigte der Bundesrat ein erstes Massnahmenpaket für Herbst 2018 an, in welchem die Massnahme schlussendlich nicht enthalten war. Konkret seien aber gemäss Bundesrat zur Massnahme «Aufhebung des Territorialitätsprinzips» bezüglich Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände bereits erste Arbeiten im Gange, u.a. im Rahmen der Motion Heim 16.3169.

---



---

Da der Bundesrat explizit auf diese Motion als Grundlage seiner angekündigten Arbeiten verweist, ist es von zentraler Bedeutung, dass die vorliegende Motion entsprechend angenommen wird.

**Empfehlung: Annehmen**

---

**17.043 – GdBR**

«Versicherungsvertragsgesetz. Änderung»

18. September im Ständerat

Im Rahmen der Gesetzesänderung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) nimmt **curafutura** zu folgenden die Krankenversicherer respektive Prämienzahler betreffenden Punkten Stellung:

- Streichung Art. 35c (Nachhaftung in der Krankenzusatzversicherung): Neu soll im VVG ein ordentliches Kündigungsverbot und ein Kündigungsverbot im Leistungsfall gelten. In einer unkündbaren Zusatzversicherung bedürfen die Versicherten keiner Nachhaftung. Steht sie jedoch im Gesetz, würde sie theoretisch für Personen gelten, die ihre Zusatzversicherung aus eigenem Antrieb kündigen und keine neue Versicherung bei einem anderen Anbieter abschliessen sowie bei Personen, deren Zusatzversicherung aufgrund einer Verletzung der Anzeigepflicht oder wegen Prämienverzug beendet wurde. Die Einführung einer Nachhaftung würde somit zu unerwünschten Ergebnissen und Rechtsunsicherheit führen und wäre damit nachteilig für die Gesamtheit der Versicherten. Die Versicherungsaufsicht verlangt im Rahmen der Genehmigung der Prämientarife (Art. 4 Abs. 2 lit. r VAG) risikogerechte Prämien. Dies bedeutet, dass eine Nachhaftung die Einrechnung eines entsprechenden Risikoprämienzuschlags zulasten des Versichertenkollektivs bedingt. Die Nachhaftung entspricht somit keinem schützenswerten Interesse des Versichertenkollektivs. Aus diesen Gründen empfiehlt curafutura die Streichung des Artikels.

**Empfehlung: Annehmen (unter Berücksichtigung der oben genannten Punkte)**

---

**17.022 – GdBR**

«IVG. Änderung (Weiterentwicklung der IV)»

19. September im Ständerat

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 15. Februar 2017 die Botschaft zur Gesetzesrevision «Weiterentwicklung der IV» verabschiedet, welche u.a. die Stärkung von vorbeugenden Massnahmen und eine bessere Wiedereingliederung zum Ziel hat. Der Nationalrat hat sich mit dem Erlassentwurf befasst und diesen am 7. März 2019 mit Änderungen angenommen.

**curafutura** begrüsst die Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG).

Die Bestimmungen zu den medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen bedürfen jedoch einer Präzisierung. Eine unkontrollierte Kostenverschiebung zwischen der Invaliden- und der

---



---

Krankenversicherung ist in diesem Bereich nur mit klaren Abgrenzungskriterien zu vermeiden.

Wir fordern insbesondere, dass die Krankenversicherer bei der Aktualisierung der Geburtsgebrechenliste aktiv eingebunden werden. Die Krankenversicherer müssen schon im Vorfeld, nämlich bei der Operationalisierung der neuen Kriterienliste gemäss Art. 13 Abs. 2 E-IVG, miteinbezogen werden. Die vorgeschlagene Definition der Geburtsgebrechen lässt zudem offen, ob auch angeborene Entwicklungs- und Wahrnehmungsstörungen weiterhin als Geburtsgebrechen gelten.

**Empfehlung: Eintreten (unter Berücksichtigung der oben genannten Punkte)**

---

**18.3513 – Mo. (Buffat)**

«KVG. Dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren»

**18.3664 – Mo. (Grossen)**

«Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern»

*19. September im Ständerat*

Mit der Motion 18.3513 sollen die technischen Voraussetzungen für die elektronische Leistungsabrechnung nach dem KVG präzisiert werden, so dass nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist Abrechnungen im Rahmen des KVG nur noch über einen elektronischen Antrag an die Krankenversicherung mit strukturierten und standardisierten Daten möglich sind. Damit sollen Fehler begrenzt und Prozesse beschleunigt werden.

Mit der Motion 18.3664 soll eine Änderung des KVG erreicht werden, damit sämtliche Leistungsabrechnungen elektronisch an die Krankenversicherungen versendet werden.

**curafutura** unterstützt die Motionen.

Der elektronische Austausch von standardisierten Dokumenten zwischen Leistungserbringer und Versicherer erhöht die Effizienz der Informationsverarbeitung. Die manuelle Eingabe, die notwendig ist, wenn die Leistungsabrechnungen in Papierform oder gescannt übermittelt werden, kann damit vermieden werden. Der elektronische Austausch von Dokumenten verbessert die Effizienz der Bearbeitung und Kontrolle sowie die Qualität der inhaltlichen Informationen, was wiederum die Senkung administrativer Kosten ermöglicht. Es ist jedoch festzuhalten, dass es Sache der Leistungserbringer und Krankenversicherer ist, die genauen technischen Voraussetzungen zur Umsetzung festzulegen. Im KVG soll lediglich der Grundsatz festgehalten werden. Am System «tiers payant» und «tiers garant» sowie an der freien Wahl des Krankenversicherungsmodells ist zudem nichts zu ändern. Es geht lediglich darum, dass die Digitalisierung vollzogen und die Lücke zu den Krankenversicherungen geschlossen wird. Die Versicherten können demnach weiterhin wählen, ob sie zuerst die Rechnung vom Leistungserbringer erhalten und sie dann von der Versicherung vergüten lassen.

**Empfehlung: Annehmen**

---

**18.3649 – Mo. (Humbel)**

Der Bundesrat wird mit der Motion beauftragt, eine Krankenversicherungsgesetz-Änderung vorzulegen, welche integrierte

---





**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

---

«Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung»

19. September im Ständerat

Versorgungsnetze definiert, um sie von einseitigen Listen-Modellen abzugrenzen, die keine integrierte Behandlung vorsehen.

**curafutura** lehnt die Motion ab.

Im Rahmen der Bemühungen für eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS setzt sich der Verband jedoch bereits seit Jahren für eine Stärkung der Integrierten Versorgung ein. Mit EFAS werden Versicherungsmodelle der integrierten Versorgung noch attraktiver. Mehr als 60 Prozent der Schweizer Bevölkerung sind aktuell in einem alternativen Versicherungsmodell (AVM) versichert (z. B. Telmed-Modell, Hausarztmodell, Hausarztnetzwerk etc.). Heute lässt der Gesetzgeber den Versicherern und Leistungserbringern viel Freiräume für die Entwicklung von verschiedenen AVM. Mit einer gut koordinierten, über die gesamte Behandlungskette gesteuerten Versorgung können Einsparungen bei gleichzeitig besserer Betreuung realisiert werden. Innovative Modelle und Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versicherern fördern die Qualität der Versorgung. Wird im Gesetz ein bestimmtes Modell explizit vorgeschrieben, hindert dies die Entwicklung bestehender und neuer Modelle. Durch den Verlust an Flexibilität wird letztlich das Innovationspotenzial der AVM gefährdet.

**Empfehlung: Ablehnen**

---

**18.047 – GdBR**

«KVG. Zulassung von Leistungserbringern»

11. September im Nationalrat

Am 9. Mai 2018 hat der Bundesrat die Botschaft und den Erlassentwurf zur KVG-Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich verabschiedet. Die Zulassungs-Vorlage wurde im Nationalrat und im Ständerat behandelt. Zwischen National- und Ständerat bestehen Differenzen.

**curafutura** lehnt den Gesetzesentwurf nach dem Stand der Erstberatung ab.

Einige Bestimmungen des Entwurfs stehen im Widerspruch zur Gesetzesänderung «KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» vom 21. Juni 2019 (Qualitäts-Vorlage). Zu diesem Schluss kommt das von curafutura in Auftrag gegebene Gutachten von Prof. Dr. iur. Ueli Kieser.

Demnach wurden die Schnittstellen der Zulassungs- und der Qualitäts-Vorlage nicht hinreichend beachtet, obwohl die Problematik bekannt war. Ins Gewicht fallen insbesondere die schwerwiegenden Zuständigkeitskonflikte in der Durchführung der Krankenversicherung. Diese ist gesetzlich klar den Krankenversicherern zugewiesen und untersteht der Aufsicht des Bundes. Durch die Delegation der Zulassung an die Kantone würde diesen künftig eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen der Krankenversicherung zufallen, obwohl die Qualitäts-Vorlage diese Aufgabe explizit den Tarifpartnern zugewiesen hat.



---

Den Beschlüssen des Nationalrats vom 12. Dezember 2018 stimmt curafutura zu, insbesondere der Verschärfung der Zulassungsvoraussetzungen (Art. 36a Abs. 1 und 2 sowie Art. 37 E-KVG) und der Zulassungsbeschränkung (Art. 55a E-KVG). Die Zuständigkeitskonflikte in den Artikeln 36 bis 38 E-KVG müssen hingegen geklärt werden.

**Empfehlung:**

- 1. Klärung der Zuständigkeitskonflikte zwischen Zulassungs- und Qualitäts-Vorlage**
- 2. Im Übrigen an den Beschlüssen des Nationalrats festhalten**

---

**09.528 – Pa. Iv. (Humbel)**

«Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»

*26. September im Nationalrat*

Mit der vorgeschlagenen Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden.

**curafutura** unterstützt die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) im Bereich der Akutversorgung.

EFAS ist eine wichtige Reform, um unser Gesundheitssystem in Richtung mehr Effizienz und Qualität weiterentwickeln zu können und um Fehlanreize zu vermeiden. Mit EFAS wird die Verlagerung vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Bereich sozialverträglich vorangetrieben. Weil EFAS zudem alternative Versicherungsmodelle noch attraktiver macht, verleiht sie der Integrierten Versorgung zusätzlichen Schub.

curafutura begrüsst die positive Würdigung der EFAS-Vorlage durch den Bundesrat vom 14. August 2019. Im Hinblick auf die Beratung im Nationalrat empfiehlt der Verband folgende Punkte zu berücksichtigen (Detailargumente siehe Beilage):

- **Keine redundanten Datenerhebungen:** Die Daten zur Berechnung des Kantons- und des Bundesbeitrags sollen nicht doppelt erhoben werden. curafutura fordert, dass die Daten direkt an die Gemeinsame Einrichtung (GE-KVG) geliefert werden. Dafür braucht es eine entsprechende Ergänzung zu Art. 60, Abs. 5 zum Mehrheitsantrag SGK-N (siehe Beilage).
- **Aufteilung des Kantonsbeitrags auf einzelne Versicherer (Finanzierungsmodell):** curafutura empfiehlt eine risikobasierte Zuweisung der Kantongelder an die Versicherer via GE-KVG, sprich die gleichmässige Verteilung auf alle Risikogruppen gemäss Art. 16 Abs. 4 KVG; auch auf jene, die vom Risikoausgleich ausgenommen sind (prozentualer Anteil an Kantongelder ist ausnahmslos in allen Risikogruppen gleich).
- **Kostenteiler und Erhebung des Kantonsbeitrags:** curafutura unterstützt wie vom Bundesrat und der SGK-N beantragt, den Kantonsbeitrag auf Basis der Nettokosten berechnen, die den Versicherern nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der



---

Versicherten verbleiben (Art. 60 Abs. 2bis, 3 und 4 E-KVG und Übergangsbestimmungen III, Absätze 2 und 3 E-KVG).

- Umgang mit Vertragsspitalern und Zusatzversicherung: EFAS will Systemvereinheitlichung und kann Vertragsspitaler nicht anders behandeln. Der Effekt, dass Vertragsspitaler durch EFAS etwas attraktiver werden, ist angesichts bereits bestehender und geplanter Steuerungsinstrumente (Zulassung) der Kantone vernachlässigbar. curafutura unterstützt den Mehrheitsantrag der SGK-N und lehnt den Minderheitsantrag (Gysi) I zu Art. 49a E-KVG ab.
- Einbezug Langzeitpflege: Der von der GDK geforderte Einbezug der Pflege in EFAS erfordert umfangreiche Abklärungen: Die Schnittstelle zur Langzeitpflege bedarf der Klarheit über die OKP-pflichtigen Kosten (Kostentransparenz) und einer Definition der Pflegeleistungen in Abgrenzung zu Betreuungsleistungen sowie einer einheitlichen Festlegung der Pflegestufen ambulant und stationär. EFAS ist eine der wichtigsten Reformen unseres Gesundheitswesens auf nationaler Ebene und darf nicht an politischen Blockaden scheitern. curafutura fordert, EFAS im Akutbereich rasch umzusetzen und unterstützt wie der Bundesrat den Minderheitsantrag I Gysi auf Streichung der Schlussbestimmungen II E-KVG.

**Empfehlung: Annehmen (unter Berücksichtigung der oben genannten Punkte)**

---

**15.419 – Pa. Iv. (Humbel)**

«Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung durchsetzen»

27. September im Nationalrat

Mit der vorgeschlagenen Änderung des KVG soll gesetzlich festgehalten werden, dass die Qualität der Leistungen neu auch im ambulanten Bereich für die Preisfindung ein massgebender Faktor sein soll.

curafutura unterstützt die Forderungen dieser parlamentarischen Initiative.

Mit der Annahme der Qualitätsvorlage (15.083) in der Sommersession 2019 werden zukünftig Krankenversicherer und Leistungserbringer verpflichtet, gesamtschweizerische Qualitätsverträge abzuschliessen. Die Vergütung der Leistungen wird dabei grundsätzlich in Tarifverträgen geregelt.

curafutura unterstützt das Anliegen der Initiantin, dass sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die Tarife und Preise an der Entschädigung jener Leistungserbringer, welche die tarifierte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen, zu orientieren hat (siehe heutige Regelung in Art. 49 KVG für den stationären Bereich). Damit die auf nationaler Ebene verhandelten Qualitätsverträge von den Tarifpartnern jeweils auch verbindlich eingehalten werden, schlägt curafutura eine ergänzende Bestimmung in Art. 46 KVG (Tarifvertrag) vor, wonach die gesamtschweizerischen Qualitätsverträge als Bestandteil des jeweiligen Tarifvertrags im

---



---

entsprechenden Leistungsbereich Gültigkeit haben. Sie müssen somit in der Praxis auch verbindlich angewendet werden.

Ohne diese Bestimmung besteht die Gefahr, dass die Verbände und Fachorganisationen national verbindliche Qualitätsverträge abschliessen, ohne dass diese innerhalb der von den Tarifpartnern abgeschlossenen Tarifverträgen Wirkung entfalten. Das birgt Konfliktpotential und führt zu Unsicherheit – gerade auch bei der Berücksichtigung der Qualität von Leistungen als massgebender Faktor bei der Preisfindung.

**Empfehlung: Nicht abschreiben**

---

**19.3070 – Mo. (Kälin)**

«Kostenbefreiung für Schwangere während der ganzen Schwangerschaft»

*EDI-Liste*

Der Bundesrat wird beauftragt, das Art. 64, Abs. 7, Bst. b KVG dahingehend anzupassen, dass die Kostenbefreiung während einer Schwangerschaft ab der ersten Schwangerschaftswoche greift.

**curafutura** lehnt die Motion ab.

Nach Art. 64, Abs. 7, Bst. b KVG darf für Leistungen (nach den Artikeln 25 und 25a KVG), die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, keine Kostenbeteiligung erhoben werden. Der Beginn der Schwangerschaft kann erst im Nachhinein festgestellt werden. Der Versicherer hat allenfalls bereits Kostenbeteiligungen auf Behandlungen erhoben, wenn er von der Schwangerschaft erfährt. Eine nachträgliche Befreiung von der Kostenbeteiligung auf Behandlungen während den ersten zwölf Schwangerschaftswochen würde daher zu unverhältnismässigem Verwaltungsaufwand und zu einer Erhöhung der Verwaltungskosten und schliesslich auch der Prämien führen.

Allenfalls könnte in Betracht gezogen werden, dass Schwangerschaftsabbrüche (inkl. bspw. Eileiterschwangerschaften) generell von einer Kostenbeteiligung ausgeschlossen werden sollten.

**Empfehlung: Ablehnen**

---

**19.3319 – Mo. (Barrile)**

«Gesetzliche Inkohärenz im öffentlichen Interesse einer sicheren Medikamentenversorgung korrigieren»

*EDI-Liste*

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Gesetzesanpassung im Heilmittelgesetz vorzulegen, um die Frage des Unterlagenteschutzes bei Vergabe einer Zwangslizenz für nicht gewerblichen Gebrauch und im öffentlichen Interesse (government-use licence) zu klären.

**curafutura** unterstützt die Motion.

curafutura befürwortet die genauere Prüfung im Umgang mit den hochpreisigen patentgeschützten Medikamenten, insbesondere im Bereich der Krebsmedikation und -therapien. Die Anzahl hochpreisiger Medikamente und Therapien hat sich in den letzten 15 Jahren verfünffacht. Aus wirtschaftlichen wie sozialpolitischen Gründen sollte die missbräuchliche Ausnutzung von Marktmonopolen verhindert werden. Somit sollte bei Nachweis eines missbräuchlichen



---

Verhaltens der Patentinhaber eine Anwendung von Zwangslizenzen wie mit dem TRIPS-Instrument ermöglicht werden. In diesem Sinne unterstützt curafutura auch das von Nationalrat Barrile eingereichte Postulat (19.3318), bei welchem der Bundesrat in den nächsten 5 Jahren kostendämpfende Massnahmen im Bereich patentgeschützter Medikamente evaluieren soll, inklusive der Überprüfung der Zwangslizenz.

**Empfehlung: Annehmen**

---

**17.3772 – Mo. (Glauser)**

«Steuerung der Zulassung von schweizerischen und ausländischen Ärztinnen und Ärzten. Gleiche Kriterien für alle»

*EDI-Liste*

Die Motion verlangt, dass das Medizinalberufegesetz (MedBG) im Bereich der Zulassungskriterien für Ärztinnen und Ärzte konkretisiert bzw. ergänzt wird.

**curafutura** unterstützt die Motion.

Die Erfüllung der Kriterien «Sprachkenntnisse» und «Fortbildungsnachweis» sind im MedBG bereits heute vorgesehen. Auf der Vollzugsebene ist jedoch festzustellen, dass diese Kriterien nicht vollumfänglich in der erwünschten Qualität erfüllt werden. curafutura verlangt daher griffigere Instrumente auf Gesetzes- und/oder Verordnungsebene.

Auch die Vorlage 18.047 «KVG. Zulassung von Leitungserbringern» sieht Vorgaben in Bezug auf die Sprachkenntnisse vor. Um Redundanzen zu vermeiden, ist ein Abgleich zwischen dieser Vorlage und der vorliegenden Motion erforderlich.

**Empfehlung: Annehmen (und Abgleich mit der Vorlage 18.047)**

---

**17.3808 – Po. (Gysi)**

«Pflege und Betreuung sind eine Einheit»

*EDI-Liste*

Der Bundesrat soll gemäss diesem Postulat einen Bericht verfassen, welcher die negativen Auswirkungen der Trennung von Pflege und Betreuung untersucht. Dabei soll aufgezeigt werden, wie die Pflege und Betreuung ganzheitlich und ohne unnötige Aufsplitterung finanziert werden kann.

**curafutura** empfiehlt die Ablehnung des Postulats.

Der Bundesrat hat in seinem Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vom 25. Mai 2016 bereits ausführlich über das Thema informiert. Darin hat er unter anderem mögliche Finanzierungsmodelle präsentiert, die sowohl Pflege- als auch Betreuungsleistungen berücksichtigen. Wichtig ist aber die Erkenntnis, dass sich das bestehende Finanzierungsmodell im Grossen und Ganzen bewährt hat und nicht – nachdem es erst seit 2011 in Kraft ist – wieder angepasst werden muss. Der Bundesrat schlägt deshalb in erster Linie auch Massnahmen vor, die auf die Prävention und die koordinierte Versorgung fokussieren. Finanzielle Massnahmen drängen sich erst zu einem späteren Zeitpunkt auf (ab 2030). Als Diskussionsbasis steht dafür der erwähnte Bericht des Bundesrates zur Verfügung. Ein zusätzlicher Bericht ist nicht nötig.

---



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

---

**Empfehlung: Ablehnen**

---

**Kontakt:**

Saskia Schenker

Leiterin Gesundheitspolitik, Stv. Direktorin

saskia.schenker@curafutura.ch

079 212 78 65

031 310 01 81