



---

# **16.419 Parlamentarische Initiative. Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste**

## **Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung**

---

Bern, 09. März 2020

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Ausgangslage .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Stellungnahmen .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Übersicht .....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Kantone .....</b>	<b>7</b>
<b>4.2</b>	<b>Politische Parteien .....</b>	<b>9</b>
<b>4.3</b>	<b>Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft .....</b>	<b>10</b>
<b>4.4</b>	<b>Konsumentenverbände .....</b>	<b>11</b>
<b>4.5</b>	<b>Leistungserbringer .....</b>	<b>12</b>
<b>4.6</b>	<b>Versicherer .....</b>	<b>16</b>
<b>4.7</b>	<b>Andere .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Stellungnahme zu einzelnen Artikeln des KVG .....</b>	<b>20</b>
<b>5.1</b>	<b>Artikel 37a .....</b>	<b>20</b>
<b>5.2</b>	<b>Artikel 38 .....</b>	<b>20</b>
<b>5.3</b>	<b>Artikel 44 .....</b>	<b>21</b>
<b>5.4</b>	<b>Artikel 45 .....</b>	<b>21</b>
<b>5.5</b>	<b>Artikel 52 .....</b>	<b>21</b>
<b>5.6</b>	<b>Artikel 52b .....</b>	<b>22</b>
<b>5.7</b>	<b>Artikel 52c .....</b>	<b>23</b>
<b>5.8</b>	<b>Artikel 52d .....</b>	<b>23</b>
<b>5.9</b>	<b>Übergangsbestimmungen .....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmenden .....</b>	<b>25</b>

# 1 Ausgangslage

Am 17. März 2016 reichte Nationalrätin Ruth Humbel die Parlamentarische Initiative 16.419 «Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste» ein, deren Ziel es ist, das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) dahingehend zu ändern, dass die Preise für Produkte der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) zwischen den Leistungserbringern oder den Herstellern/ Lieferanten und den Krankenversicherern bzw. deren Verbänden oder Einkaufsorganisationen ausgehandelt werden<sup>1</sup>.

Am 15. Mai 2017 gab die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) der Initiative mit 13 zu 5 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) stimmte diesem Beschluss am 26. Oktober 2017 mit 9 zu 1 Stimme bei 3 Enthaltungen zu.

An sechs Sitzungen diskutierte die SGK-N die mit der Initiative zusammenhängenden Fragen und arbeitete einen Vorentwurf sowie den erläuternden Bericht aus.

Die Vernehmlassung wurde am 13. September 2019 eröffnet und dauerte bis zum 16. Dezember 2019, sie wurde bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft, der Konsumenten, der Leistungserbringer, der Versicherer und anderer interessierter Kreise durchgeführt.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Siehe <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20160419>

<sup>2</sup> Siehe <https://www.admin.ch/gov/de/start/bundesrecht/vernehmlassungen.html> Abgeschlossene Vernehmlassungen/2019/PK (Parlamentarische Kommissionen)

## 2 Stellungnahmen

Insgesamt wurden 128 Adressaten angeschrieben. Im Rahmen der Vernehmlassung sind 76 Stellungnahmen von folgenden Organisationen eingegangen:

- der GDK sowie folgenden 25 Kantonen: Aargau (AG), Appenzell Ausserrhoden (AR), Appenzell Innerrhoden (AI), Basel-Land (BL), Basel-Stadt (BS), Bern (BE), Fribourg (FR), Genf (GE), Glarus (GL), Graubünden (GR), Jura (JU), Luzern (LU), Neuenburg (NE), Nidwalden (NW), Obwalden (OW), Schaffhausen (SH), Schwyz (SZ), Solothurn (SO), St. Gallen (SG), Tessin (TI), Thurgau (TG), Uri (UR), Waadt (VD), Wallis (VS), Zürich (ZH)
- 4 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien: Christlichdemokratische Volkspartei (CVP), Die Liberalen (FDP), Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SPS), Schweizerische Volkspartei (SVP)
- 2 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft: Schweizerischer Gewerbeverband (sgv), Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB); 2 regionalen Dachverbänden der Wirtschaft: Centre Patronal (CP), Handelskammer beider Basel (HKBB) und dem Schweizerischen Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD)
- 2 Konsumentenverbänden: La Fédération Romande des Consommateurs (FRC), Stiftung für Konsumentenschutz (SKS)
- 26 betroffenen Leistungserbringerverbänden: Verband der privaten Spitex-Organisationen (ASPS), Verband Heime und Institutionen (CURAVIVA), Schweizerische Diabetesgesellschaft (diabetesschweiz), Die Spitäler der Schweiz (H+), Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Interpharma), Lungenliga Schweiz (Lungenliga), Verband für Optometrie und Optik (Optikschweiz), Ortho Reha Suisse (ORS), Schweizerischer Apothekerverband (pharmasuisse), Schweizer Medizintechnikverband (Swiss Medtech), Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft (SSO), Spitex Verband Schweiz (Spitex), Swiss pharma logistics association (pharmalog.ch), Verband wirtschaftliche unabhängiger Alter-/Pflegeeinrichtungen Schweiz (Senesuisse), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Verein der leitenden Spitalärzte Schweiz (VLSS), Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH), Wirtschaftsverband Chemie, Pharma, Life Science (scienceindustrie), Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED), Sektion für klinische Endokrinologie und Diabetologie (SKED), Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG), Bündner Ärzteverein (BüAeV), Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA), Konferenz Kantonale Krankenhausverbände (K3)
- 2 Versichererverbänden: Die innovativen Krankenversicherer (curafutura), Verband der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse); 2 Versicherern: Groupe Mutuel Services (Groupe Mutuel), Helsana und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)
- 8 weitere Stellungnahmen: Der Schweizerischen Gesundheitsligenkonferenz (GELIKO), Promotion santé Valais (GFW), diabeteszürich, Ligue pulmonaire neuchâteloise (LPNE), Lungenliga Zentralschweiz, Schweizerische Diabetes-Stiftung (SDS), Swiss Diabetes Kids, Verein Lunge Zürich (Lunge Zürich)

### 3 Übersicht

Die Vernehmlassung zeigt, dass sich 67 Vernehmlassungsteilnehmer explizit gegen die Vorlage aussprechen. 6 Teilnehmer sprechen sich explizit für die Vorlage aus und 3 sprechen sich zwar für die Idee der Parlamentarischen Initiative aus, jedoch nicht für den vorgeschlagenen Gesetzesentwurf.

Alle teilnehmenden Kantone sowie die GDK sprechen sich gegen die Vorlage aus. Ebenso lehnen alle Konsumentenverbände, alle kantonalen Leistungserbringerverbände sowie alle «anderen» teilnehmenden Organisationen die Vorlage ab. Alle 5 Teilnehmer der Kategorie Wirtschaft und 24 der 26 Leistungserbringerverbände stellen sich ebenfalls gegen die Vorlage. Einzig pharma.ch spricht sich explizit für den Entwurf aus und FAMH unterstützt Wettbewerbspreise, jedoch nicht den Entwurf der Vorlage. 2 Versicherer sprechen sich explizit für die Vorlage aus, MTK lehnt den Entwurf ab, während die beiden Versichererverbände die Idee der Parlamentarischen Initiative unterstützen, jedoch nicht in vorliegender Form. Von den 4 Parteien sprechen sich 3 für die Vorlage aus, einzig die SPS ist dagegen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass von den Vernehmlassungsteilnehmenden, die sich ablehnend äussern, der befürchtete administrative Mehraufwand als einer der Hauptgründe gegen die Vorlage genannt wird. Alle Kantone und die GDK, alle Vertreter der Wirtschaft, die SPS, Konsumentenverbände, 12 der 26 Leistungserbringer, die MTK und alle «anderen» Vernehmlassungsteilnehmer führen diesen Grund an.

Nachfolgend sind weitere Auswirkungen aufgelistet, die die Vernehmlassungsteilnehmer bei Umsetzung der Parlamentarischen Initiative befürchten.

- Besserstellung grosser Anbieter gegenüber kleinen Anbietern
- Überwälzung des Kostenrisikos von Abgabestellen auf Patienten
- Mehraufwand für Vertragspartner / Behörden / Patienten sowie Komplexität und fehlende Transparenz des Systems
- Undurchsichtigkeit des Systems, langwierige juristische Verfahren
- Weniger Zugang zu Innovation
- Scheitern der Vertragsverhandlungen und Zusatzaufwand für Kantone

Des Weiteren sprechen viele Vernehmlassungsteilnehmer davon, dass durch den Druck auf kleine Anbieter eine (regionale) Unterversorgung von Mitteln und Gegenständen durch die Umsetzung der Vorlage resultiert. Zudem sei damit verbunden mit Qualitätseinbussen zu rechnen.

Ein weiterer Punkt, der negativ bewertet wird, ist die unklare Formulierung, welche Massnahmen die Kantone bei Unterversorgung ergreifen können. Hier wird bemängelt, dass zu wenig klar ist, wie Unterversorgung überhaupt definiert wird und wie die Kantone eine Unterversorgung feststellen sollen und mit welchen Massnahmen bekämpfen können. Die Vernehmlassungsteilnehmer fürchten, dass sich 26 Systeme entwickeln, die nicht alle eine angemessene Versorgung zu gewährleisten vermögen.

Ein wichtiger Punkt, der aus Sicht vieler Vernehmlassungsteilnehmenden gegen die Umsetzung der Parlamentarischen Initiative spricht, ist die Zufriedenheit mit dem aktuellen MiGeL-System mit Höchstvergütungsbetrag (HVB). Diese bilde die Komplexität der Produkte gut ab und halte auch die Kosten im Rahmen. Ein weiterer Punkt, der Erwähnung findet, sind die Massnahmen, die vom EDI und BAG aktuell umgesetzt werden: die Revision der MiGeL, die Senkung der HVB sowie der kontinuierliche Auslandpreisvergleich. Viele Vernehmlassungsteilnehmer sprechen sich dafür aus, dass erst die laufenden Massnahmen umgesetzt und evaluiert werden, bevor neue Massnahmen ergriffen werden.

Von den Befürwortern sprechen sich drei gegen die Vorlage in aktueller Form aus, bei Nichtunterstellung unter das Kartellrecht, sind sie für die Vorlage. 6 Vernehmlassungsteilnehmer

sprechen sich explizit für die Vorlage aus, da sie grosses Einsparpotenzial der Vorlage erkennen und erklären, dass der Wettbewerb die Preise sinken lässt. Wichtig ist den Befürwortern, dass Verbandslösungen für die Verhandlungen zugelassen sind und deshalb die Unterstellung unter das Kartellrecht nicht erfolgt. Die Befürworter schreiben zudem, dass es im heutigen System kaum Anreize gibt, tiefe Preise zu verhandeln und aktuell die HVB im Vergleich mit dem Ausland viel zu hoch sind. Zusätzlich zur Änderung der kartellrechtlichen Bestimmungen soll auch die Einführungszeit verlängert werden.

## 4 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

### 4.1 Kantone

#### *Generelle Aussagen*

Die GDK sowie alle Kantone lehnen die KVG-Änderung ab und fordern die Beibehaltung der bisherigen Regelung mit einer regelmässigen Anpassung der Höchstvergütungsbeträge an die Marktentwicklung mittels Auslandpreisvergleichen. Unter anderem, weil die Umstellung auf vertraglich vereinbarte Preise für Mittel und Gegenstände weder als sinnvoll noch machbar eingestuft wird. Wie die GDK fordern AG, AI, BL, BE, JU, NW und TG die Beibehaltung der bisherigen Regelung mit der regelmässigen Anpassung der Höchstvergütungsbeiträge an die Marktentwicklung mittels Auslandpreisvergleichen.

UR lehnt die Vorlage aufgrund des hohen Aufwands seitens Bund, Kantonen und Vertragspartnern ab. ZH lehnt die Vorlage ab und beantragt, die bisherige Regelung beizubehalten. OW, TI, NE, BE, GE, GR, SG, FR, SH und SZ lehnen die Vorlage mit Verweis auf die ausführliche Stellungnahme der GDK vom 28. Juni 2019 ab. TG, AI und AR lehnen die Vorlage mit Verweis auf die Stellungnahme/ Vernehmlassungsantwort der GDK ab. AG lehnt die Vorlage ab und verweist auf die Empfehlung der Preisüberwachung (PUE), die wie die GDK eine Optimierung des aktuellen Systems mit Auslandpreisvergleichen empfiehlt. Auch SO verortet keinen Handlungsbedarf für die vorgeschlagene Änderung. AI, BL, BS, BE, GL, GR, JU, LU, NW, SZ, SG, TI, TG, VD, VS, ZH erklären, dass die Vorlage weder machbar noch sinnvoll ist.

12 der 25 Kantone (BL, BE, FR, GL, JU, LU, NE, NW, TI, VD, VS, SH) fordern explizit «Nichteintreten auf die Vorlage», wie das auch die Minderheit der SGK-N vorschlägt.

#### *Mehraufwand macht Nutzen zunichte*

Die GDK sowie AG, AI, BL, BS, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NW, SZ, SG, TI, TG, UR, VD, VS und ZH erklären, dass die erhofften Kosteneinsparungen durch Wettbewerbspreise durch den hohen Mehraufwand der Akteure zunichtegemacht werden.

#### *Auswirkungen auf die Anbieter*

BL, GL, JU, LU, NW, VD, VS und ZH weisen darauf hin, dass grosse Abgabestellen durch Mengenrabatte eine bessere Verhandlungsposition haben, während kleine Anbieter in Verhandlungen Preise akzeptieren müssen, egal ob sie kostendeckend sind oder nicht. Vor dem Ziel einer integrierten Versorgung und «ambulant vor stationär» sind kleine Anbieter jedoch wichtig, damit es nicht zu regionaler Unterversorgung führt.

BS erklärt, dass das Kostenrisiko von den Patienten auf die Abgabestellen überwälzt wird, die Versorgung von vulnerablen Gruppen durch Ausschluss gewisser Abgabestellen gefährdet sein kann.

#### *Mehraufwand für die betroffenen Vertragspartner / Behörden*

AG, BL, BE, GL, JU, LU, NW, OW, SG, TI, UR, VD und VS schreiben, dass sowohl Bund, Kantone als auch die Vertragspartner mit einem Mehraufwand gegenüber dem heutigen System rechnen müssen. Die Mehrlast ist insbesondere für kleine Kantone kaum zu bewältigen.

Kanton GL, LU und NW ergänzen, dass der Ausschluss eines Genehmigungsvorbehalts oder einer Festsetzung bei vertraglich vereinbarten Tarifen (nicht behördlicher Tarife) dem KVG wesensfremd ist. Dies kann auch nicht mit einer noch zu schaffenden kantonalen Kontrollstelle wettgemacht werden.

#### *Förderung von Querfinanzierung*

AG, BE und SG sehen die Gefahr, dass aufgrund des Drucks der Versicherer, Preise vereinbart werden, mit denen die Kosten der Leistungserbringenden nicht gedeckt werden. Dadurch wird unzulässigen Querfinanzierungen Vorschub geleistet.

### *Fehlende Kontrolle und Transparenz*

AG, BL, BS, GL, JU, LU, NW, SG, TI, VD und VS schreiben, dass der Bund keinen Einfluss mehr auf die Preisgestaltung bei den durch die Versicherer vergüteten MiGeL zur Selbstanwendung durch die Patientin oder den Patienten hat. Weder Bund noch Kantone haben Einsicht in die Verträge und auch wenn die kartellrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden, sind Kontrolle und Steuerung in einem solchen System nicht mehr möglich.

AG, BS, BE, GL, JU, LU, NW, SG, TI, VD, VS und ZH schreiben, dass Kantone nur noch intervenieren können, wenn die Versorgung erwiesenermassen gefährdet ist. Die Unterversorgung nachzuweisen ist schwierig, weil die zumutbare Entfernung zur nächsten Apotheke, die über einen MiGeL-Vertrag mit dem Versicherer der Patientin oder des Patienten verfügt, nirgends definiert ist. Der Kanton kann die Versicherer auch im Falle einer Gefährdung der Versorgung nicht zu der Anpassung von Verträgen zwingen.

UR gibt zudem zu bedenken, dass die Versorgungssicherheit insbesondere in ländlichen Gebieten gefährdet ist. Und SO erklärt, dass der Nachweis von Unterversorgung in der Praxis äussert schwierig ist.

### *Zweiklassenmedizin / Qualitätseinbussen*

BL, GL, JU, LU, NW, VD, VS und ZH befürchten, dass die gleiche Leistungserbringung in gleicher Qualität innerhalb der OKP gefährdet ist, was sie an verschiedenen Beispiele veranschaulichen.

BL, GL, JU, LU, NW, UR, VD und VS schliessen nicht aus, dass ein erhöhter Preisdruck Auswirkungen auf die Qualität der verwendeten Produkte hat, da die vereinbarte Vergütung nur noch beim kostengünstigsten Produkt zur Kostendeckung reicht.

### *Beurteilung heutiges System*

LU, BL, BE, ZH, GL, JU und NW, VD, VS erklären, dass schon heute tiefere Preise als der HVB möglich sind. BS, NW schreiben, dass es nicht näher belegt ist, dass heute kein Anbieter einen Anreiz hat, einen tieferen Preis als den Höchstpreis zu verlangen. BL und GL ergänzt, dass die missbräuchliche HVB-Verrechnungspraxis nur für einzelne Produktgruppen nachgewiesen werden konnten.

Die GDK sowie die Kantone AG, AI, BL, BS, BE, FR, GE, GL, GR, JU, LU; NE, NW, OW, SO, SG, TI, TG, VD, VS und ZH erklären, dass der Bund mit der Revision der MiGeL bereits heute missbräuchliche Vergütungspraktiken bekämpft. Die systematische Revision der Struktur und der Vergütungsbeiträge der MIGEL auf die regelmässige Anpassung der HVB an die Marktentwicklung wird, namentlich durch einen Auslandpreis, von AG, BS, GE, GL, GR, JU, LU, NW, VD und VS (teilweise mit Erwähnung der Empfehlung der PUE) explizit unterstützt.

Die Kantone BL, GL, LU, NE, NW, OW, SO, VD und VS erklären, dass vor dem Abschluss der betreffenden Revision und einer anschliessenden Evaluation kein Anlass für eine Neuregelung besteht.

### *Neue Lösungen*

Der Kanton AG schlägt als Kompromiss ein Modell mit vom Bund vorgegebenen (eher tiefen) Mindestpreisen vor. Diese Mindestpreise gelangen immer dann zur Anwendung, wenn die (höheren) Preise für MiGeL zwischen den Abgabestellen und Versicherten nicht ausgehandelt und vertraglich festgesetzt werden können. Auf diese Weise bemühen die Vertragsparteien, einen Vertrag abzuschliessen. Selbst wenn kein Vertrag zustande kommt, ist ein Einschreiten des Kantons nicht erforderlich, zumal in diesem Fall ohne weiteres die Mindestpreise vergütet würden. Die Kantone müssen somit keine von der Kantonsregierung bezeichnete (zusätzliche) Stelle schaffen. Der administrative Aufwand der Kantone kann tief gehalten werden. In die gleiche Richtung zielt ein System mit Referenzpreisen. Hierbei würden immer dann die Referenzpreise zur Anwendung gelangen, wenn sich die Vertragsparteien vertraglich nicht einigen können.

### *Weitere politische Geschäfte*

BE schreibt, dass es aufgrund von weiteren politischen Geschäften (Motion 18.3710 SGK-N) nicht zweckdienlich ist, diese bereits komplexe Thematik noch durch weitere Änderungen zu belasten.

AG und SG ergänzen, dass durch die neuere Rechtsprechung (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-332212015 vom 1. September 2017) das System bei Koexistenz der Mechanismen der Selbst- und Fremdanwendung das System noch komplexer wird.

### *Weitere Aussagen*

SO lehnt den Einsatz einer kantonalen Kontrollstelle im Zusammenhang mit der Abgabe von Mitteln und Gegenständen ab. SO erklärt, dass die Aufsicht der Krankenversicherung dem BAG obliegt, es ist systemfremd und inkonsistent, die Kantone im Bereich der Mittel und Gegenstände zur Beaufsichtigung der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung durch die Krankenversicherer zu verpflichten.

BE gibt zu bedenken, dass das Gesundheitswesen kein klassischer Markt ist, da Konsument und Kostenträger nicht identisch sind. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass ein freier Markt von Medizinprodukten zu einem Preis führt, der den Gesamtnutzen der Gesellschaft maximiert. Die Entstehung oligopolistischer Zustände (Preiskartelle) zuungunsten der Konsumenten ist nicht auszuschliessen.

FR bezweifelt, dass Vertragsverhandlungen bei MiGeL funktionieren, da jüngste Ereignisse in anderen Bereichen des KVG gezeigt haben, dass Vertragsverhandlungen nicht erfolgreich sind.

AG verweist darauf, dass Behauptungen der Initiantin (Anreiz für tieferen HVB) nicht näher belegt sind und der erwähnte Bericht der PUE Daten aus dem Jahr 2010 nutzt. Deshalb ist der Bericht hinsichtlich der Aussagekraft zu hinterfragen. Der 2014 durchgeführte erste Auslandspreisvergleich zeigt zudem, dass die HVB in der Schweiz überwiegend unter den mittleren Preisen der Vergleichsländer liegen.

BL, GL, LU, NW, TI, VD, VS bemängeln, dass die SGK-N keine der Kritikpunkte der Stellungnahme der GDK der Vorkonsultation vom Sommer 2019 in den Vorentwurf aufgenommen hat.

## **4.2 Politische Parteien**

### *Generelle Aussagen*

Während die SP den Antrag der Minderheit unterstützt, die Nichteintreten empfiehlt, sprechen sich die CVP, SVP und FDP für die Vorlage aus. Die CVP wie die FDP sind der Ansicht, dass trotz der Möglichkeit, tiefere Preise schon heute zu verhandeln, keinen Anreiz dafür gibt, was ein hohes Kostenniveau zur Folge hat.

Die CVP begrüsst, dass das Anliegen, das schon in zwei weiteren Motionen vor 10 Jahren gefordert wurde, angegangen wird. Die SVP weist darauf hin, dass die Vorarbeiten im Parlament (Motionen von 2009) darauf hinweisen, dass das System des HVB einen Fehlanreiz darstellt.

CVP, FDP und SVP sprechen sich dafür aus, dass in einem neuen wettbewerbsbasierten System tiefere Preise als heute möglich sind.

### *Argumente der SP gegen die Vorlage*

Die SP schreibt, dass die Vorlage die Kosten nicht senken, sondern aufgrund der Bürokratie steigern wird. Sie bemängelt, dass die Kostenkontrolle der öffentlichen Hand entzogen wird und die Aufgaben des EDI darauf beschränkt werden, die MiGeL nur bezüglich der Produkte zu aktualisieren. Die Versorgungssicherheit ist aufgrund der enormen Anzahl an Verträgen, die verhandelt werden müssen, gefährdet. Die Patienten müssen mit grösseren eigenen

Ausgaben rechnen und das Kartellrecht kann Schwierigkeiten machen, wenn Verträge zwischen Verbänden oder grösseren Anbietern verhandelt werden. Sie kritisiert, dass die lange Wartefrist, die der Revision eingeräumt wurde, eine Parlamentarische Initiative wie die vorliegende erst ermöglichte. Zudem sei die Vorlage insbesondere im Bezug zu den kantonalen Kompetenzen bei Unterversorgung zu wenig ausgearbeitet. Die laufende Revision, der seit 2015 die notwendige Priorität gegeben wird, soll erst abgewartet und evaluiert werden, bevor man weitere Massnahmen angehen kann. Der Mehrwert eines Systemwechsels wird bezweifelt, da schon heute tiefere Preise vereinbart werden können.

#### *Anliegen der CVP und FDP*

Die CVP unterstreicht das Anliegen, dass es wichtig ist, dass der Tarifschutz gewährleistet ist. Auch im neuen System muss die Versorgungssicherheit und –qualität gewährleistet sein. Ist dies nicht der Fall, müssen die Kantone – wie in der Vorlage vorgesehen – befristete Massnahmen ergreifen können, um die Versorgung sicherzustellen. Die Rolle der Kantone unterstützt auch die FDP.

### **4.3 Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft**

#### *Generelle Aussagen*

Alle vier Wirtschaftsverbände (sgv, SGB, HKBB, CP) und der VPOD lehnen die Vorlage ab. Der SGB, HKBB und der VPOD plädieren für Nichteintreten auf die Vorlage, gemäss Antrag der Minderheit Heim. Die HKBB verweist zudem auf die ausführliche Stellungnahme von Swiss Medtech. CP erklärt, dass sie die Vorlage ablehnen, obwohl sie die Ziele der Initiative unterstützen. Aufgrund der Probleme, die die Vorlage mit sich zieht, können sie sie jedoch nicht unterstützen. Sollte die Vorlage trotzdem umgesetzt werden, plädieren sie für die Beibehaltung von Art. 44 KVG.

Grundsätzlich bemängelt CP das Vorprojekt der Kommission, das zu wenig ausgearbeitet war. Obwohl mehr Wettbewerb grundsätzlich befürwortet wird, überzeugt dieses Projekt nicht. Auch der sgv kann der Revisionsvorlage in dieser Form nicht zustimmen. Erst wenn eine Regulierungsfolgenabschätzung mit verlässlicher Quantifizierung der Kosteneinsparungen vorliegt, kann die Haltung überdenkt werden.

#### *Mehraufwand macht Nutzen zunichte*

Der sgv schreibt, dass das Einsparpotenzial beschränkt ist, da die administrativen (und rechtlichen) Mehraufwände überwiegen, insbesondere mit Blick auf das Gesamtvolumen der Ausgaben für Mittel und Gegenstände. Diese Haltung teilt der SGB und führt aus, dass die Vorlage ein weiterer Angriff auf die demokratische Kontrolle im Gesundheitswesen bzw. im Service public ist.

CP erklärt, dass es notwendig ist, eine Analyse der Auswirkungen (Kosten) zu machen, was auch der sgv unterstützt. Die HKBB nimmt an, dass das Vertragsprinzip die Kosten nicht dämpft, sondern den Aufwand erhöht. Es birgt die Gefahr der Monopolbildung und des Scheinwettbewerbs. Gemäss VPOD sind die Änderungen aufwändig, kompliziert und gefährden die Versorgungssicherheit.

#### *Fehlende Kontrolle und Transparenz*

Der SGB schreibt, dass die Systemänderung die Versorgung gefährden kann, weshalb die Kantone befristete Massnahmen ergreifen können. Der Nachweis der Unterversorgung ist jedoch mit grossen Aufwand verbunden und schwierig zu bewerkstelligen. Er fürchtet langwierige und kostspielige Gerichtsfälle, wie die GDK dies schon im Schreiben vom Juni 2019 erklärte. Die Lockerung des Vertragszwangs ist das Ziel dieser Vorlage, was wiederum die Versorgungssicherheit gefährdet.

Der VPOD spricht sich gegen den Versuch aus, die Gesundheitsversorgung der demokratischen Kontrolle zu entziehen und deren Steuerung der Krankenkassen zu überlassen.

### *Beurteilung heutiges System*

Die HKBB begrüsst Massnahmen, die zu Anpassungen der Rückvergütungssysteme an Preise und Produkte führen und erachtet den Weg über die Anpassung der MiGeL als den richtigen. Der SGB begrüsst Massnahmen, die bei der Wahrung der Versorgungssicherheit und gleichbleibender Qualität kostensparend sind. Bei der vorliegenden Vorlage ist dies nicht der Fall.

Der sgV plädiert dafür, die Wettbewerbspreise nicht einzuführen und diese Fragestellung im Rahmen der anstehenden Gesamtrevision zu klären. Insbesondere auch, da das heutige System funktioniert und es keine ausreichenden Grundlagen gibt, die zeigen, dass Wettbewerbspreise Kosten sparen. Da in absehbarer Zeit mit einer Gesetzesrevision zu rechnen ist, ist nicht nachvollziehbar, warum ein einzelnes Element isoliert betrachtet wird.

Die HKBB stellt fest, dass mit dem bestehenden System Optimierungsmassnahmen und regelmässige Überprüfungen (inkl. Auslandpreisvergleich) besser möglich sind.

Der SGB und der VPOD wollen die Resultate der laufenden MiGeL-Revision abwarten und fordert, dass nach Abschluss dieser ein System zur regelmässigen MiGeL-Aktualisierung eingeführt werden muss, inkl. Auslandpreisvergleich.

## **4.4 Konsumentenverbände**

### *Generelle Aussagen*

Die FRC unterstreicht die Komplexität dieses Systems und lehnt den Systemwechsel ab, der Vorentwurf und das Projekt werden nicht unterstützt, da es keine Vereinfachung und nur Mehraufwand bringt. Die Vorlage der SGK-N löst gemäss FRC keine Probleme, sondern schafft neue. Auch die SKS lehnt die Parlamentarische Initiative Humbel ausdrücklich ab.

### *Mehraufwand macht Nutzen zunichte*

Der SKS schreibt, dass das Aushandeln von Verträgen für rund 600 Positionen mit enormem administrativem Aufwand verbunden. Das Kostenvolumen der MiGeL im Jahr 2017 betrug 720 Mio. CHF. Sogar wenn der Wettbewerb zu Einsparungen führt, ist fraglich, ob die zusätzlichen Kosten für den administrativen Aufwand kompensiert werden können. Eine ähnliche Frage stellt sich die FRC – wie sollen 51 Versicherer 20'000 Mittel und Gegenstände verhandeln? Insbesondere wenn das Kartellgesetz vom 6. Oktober 1995 (KG) respektiert werden soll. Der Wettbewerb, wie er in dieser Vorlage angedacht ist, kann nicht zu Kosteneinsparungen führen.

### *Auswirkungen Anbieter / Kantone / Bund*

Die kleinen Anbieter werden gemäss FRC benachteiligt, dies kann zu Unterversorgung führen. Dadurch kann auch die Wahlmöglichkeit der Versicherten eingeschränkt werden.

Die SKS erklärt, dass die Vorlage einen Mehraufwand für die Kantone bedeutet und zu langwierigen gerichtlichen Auseinandersetzungen führen kann. Die Annahme, dass alle Versicherer und Apotheken einzeln Verträge aushandeln ist nicht realistisch, es ist davon auszugehen, dass oligopolistische Strukturen und Preisabsprachen entstehen, die sich negativ auf die Patienten und Prämienzahlenden auswirkt.

Die FRC erläutert, dass die Macht an die Krankenversicherer verschoben wird, ohne ein Gegengewicht vorzusehen. Falls eine Unterversorgung auftreten sollte, ist unklar, wie dies definiert wird und auf welcher Grundlage Versicherte einen Mangel melden können. Dass jeder Versicherer mit jedem Anbieter Preise verhandelt, kann dazu führen, dass die Preise ganz unterschiedlich sind, was die Ungleichbehandlung der Versicherten fördert. Die Komplexität der Verhandlungen ist zu hoch, was sich ungünstig auswirkt.

### *Beurteilung heutiges System*

Die FRC unterstützt seit 10 Jahren eine Reform der Preise der MiGeL, die heute teilweise inadäquat sind. Deshalb fordert sie ein Vorgehen wie bei der Preisbildung für Arzneimittel (Dreijahresüberprüfung). Diese Option wurde von der SGK-N gar nicht diskutiert.

Der SKS spricht sich für die laufende Revision der MiGeL aus und eine Beibehaltung und Weiterentwicklung des aktuellen Systems, was weniger administrativen Aufwand mit sich zieht und zu Kosteneinsparungen führen wird. Ein Systemwechsel zum aktuellen Zeitpunkt ist nicht zielführend.

## **4.5 Leistungserbringer**

### *Generelle Aussagen*

24 der 26 Leistungserbringerverbände stellen sich gegen die Vorlage. Einzig pharma.ch spricht sich explizit für den Entwurf aus und FAMH unterstützt Wettbewerbspreise, jedoch nicht den Entwurf der Vorlage.

16 der 26 betroffenen Leistungserbringerverbänden fordern explizit Nichteintreten auf die Vorlage gemäss Antrag der Minderheit der SGK-N (ASPS, diabetesschweiz, Swiss Medtech, Spitex, FMH, VLSS, H+, mfe, KKA, BEKAG, BüAeV, ORS, SGAIM, SGED, SKED, scienceindustrie). diabetesschweiz äussert zudem, dass der Einbezug der Betroffenen zu kurz kam und nur die Forderung nach tieferen Preisen im Vordergrund stand. Folgende Organisationen schreiben, dass die Umsetzung der Vorlage nur schwer möglich ist: FAMH, ORS, Swiss Medtech, pharmasuisse, diabetesschweiz. ORS weist darauf hin, dass in den Verträgen Preise für mehrere Dutzend Millionen Produkte verhandelt werden müssen.

Explizit gegen den Vorschlag sprechen sich zudem 14 der 26 betroffenen Leistungserbringerverbänden aus (ASPS, CURAVIVA, mfe, Interpharma, K3, BEKAG, KKA Spitex, Lungenliga, pharmasuisse, SSO, senesuisse, scienceindustrie, SGAIM). Senesuisse, und CURAVIVA sogar, obwohl sie positiv gegenüber marktwirtschaftlichen Mechanismen eingestellt sind.

FAMH betont, dass aus Gründen der Effizienz Wettbewerb und Preisverhandlungen zwischen Branchenvertretern möglich sein müssen. FAMH plädiert auch für eine Rückfallposition (designiertes Organ mit Entscheidungsbefugnis), sollten sich die Parteien nicht einigen.

Optikschweiz sieht eine wettbewerbsneutrale Vertragssituation nur dann als realistisch an, wenn die Eckpfeiler im KVG verankert sind. Damit droht eine Spezialsituation für die MiGeL ohne einen erkennbaren Nutzen.

Die FMH, BEKAG, KKA, BüAeV und VLSS weisen darauf hin, dass das Vorhaben gegen den Bundesrat ist und auch in der SGK-N mit einem Abstimmungsverhältnis von 13 zu 5 umstritten war. Der BüAeV lehnt Wettbewerbspreise für MiGeL explizit ab und verweist für seine Argumentation auch auf die Stellungnahme der BEKAG.

Die Lungenliga verweist auf die Stellungnahmen der GDK, der GELIKO, der FMH und Swiss Medtech. Swiss Medtech unterstützt grundsätzlich die Position der GDK vom 28.6.2019. Interpharma und scienceindustrie verweisen auf die Stellungnahme von Swiss Medtech.

Pharma.ch unterstützt als einziger Leistungserbringer den Vorentwurf.

### *Mehraufwand macht Nutzen zunichte*

20 der 26 Leistungserbringerorganisationen merken an, dass der administrative Aufwand für die Vorlage enorm ist und dies den Nutzen zunichtemacht. (BEKAG, BüAeV, CURAVIVA, Spitex, Interpharma, FMH, VLSS, SSO, ASPS, H+, mfe, Optikschweiz, ORS, pharmasuisse, Swiss Medtech, senesuisse, SGED, SKED, SGAIM, scienceindustrie)

scienceindustrie schreibt, dass die Vorlage enormen administrativen und finanziellen Zusatzaufwand bedeutet, was sich negativ auf den Zugang zu Produkten auswirkt. ASPS,

CURAVIVA, Swiss Medtech, Interpharma und senesuisse fürchten, dass die Vorlage dazu führt, dass Innovationen schwieriger zugänglich sind.

KKA und K3 merken an, dass der administrative Aufwand für die Vorlage enorm ist und dies den Nutzen zunichtemacht. KKA schreibt, dass die Genehmigungs- und Kontrollpflicht der Kantone eine weitere administrative Aufgabe ist, die der Patientenbehandlung nicht zugutekommt.

#### *Auswirkungen auf Anbieter / Kantone / Patienten*

Gemäss Swiss Medtech und KKA haben Abgabestellen einen enormen Mehraufwand, während die Aufwände beim Bund gleichbleiben. senesuisse, SSO und CURAVIVA schreiben, dass der Aufwand für die Verhandlungen aller Leistungserbringer und Abgabestellen für jedes Produkt riesig sind. Auch die Kantone und Versicherer müssen mit Mehraufwand rechnen schreiben FMH, pharماسuisse, Swiss Medtech und VLSS. CURAVIVA, FMH, VLSS und senesuisse ergänzen, dass der Aufwand vom Bund gleichbleiben oder sich sogar grösser wird. CURAVIVA folgert, dass der Mehraufwand auch erhebliche Mehrkosten mit sich zieht. BEKAG und BüAeV Organisationen anerkennen, dass der Aufwand für das EDI sich nur gering ändert, da die Anträge weiterhin permanent bearbeitet werden müssen. Der Aufwand für die Kantone wird jedoch höher. Sie müssen Verträge kontrollieren, registrieren und archivieren und im Falle der Unterversorgung Massnahmen ergreifen, um die Versorgung sicherzustellen.

Bei erfolglosen Verhandlungen muss jeder Kanton eine eigene Lösung finden, schreiben CURAVIVA, ASPS und der senesuisse. Der Mehraufwand für die Kantone ist gemäss Swiss Medtech, CURAVIVA, FAMH und senesuisse enorm und kaum prästierbar. Diabetes-schweiz, SGED und SKED folgern, dass die Einführung von kantonalen Kontrollstellen statt einem Partner wie bisher (BAG) zu 26 unterschiedlich organisierten Kontrollstellen führt. KKA befürchtet bei kantonalen oder pro Gesundheitsinstitutionen abgeschlossenen Verträgen eine Undurchsichtigkeit des Systems sowie langwierige juristische Verfahren, da die Tarifverträge behördlich genehmigt werden müssen.

Gemäss BEKAG und BüAeV ist der Wissensaufbau für alle Vertragspartner Voraussetzung für die Verhandlungen, laufend müssen 10'000 bis 20'000 Markenprodukte verhandelt werden. Heute werden lediglich 600 Positionen vom EDI hoheitlich festgelegt und periodisch überprüft. Das KG ist auf die Verträge anwendbar und Verhandlungen beim Arzttarif haben gezeigt, dass ein «Marktversagen» nicht ausgeschlossen werden kann. Deshalb fordern andere Organisationen die Einführung eines nationalen Tarifbüros.

Gemäss FMH, BEKAG, BüAeV, KKA und VLSS ist der Mehraufwand auch für Patientinnen und Patienten höher, da das neue System komplizierter, unübersichtlicher und schlussendlich in eine schlechtere Versorgung mündet. Gemäss Lungenliga, CURAVIVA, ORS und pharماسuisse gibt es weitere Auswirkungen auf die Patienten wie kleinere Auswahl an Produkten, Einschränkung der Wahlmöglichkeit und unterschiedlicher Zugang zu Mitteln und Gegenständen bei Versicherungswechsel. Die BEKAG und der BüAeV sagen, dass sich auch für die Patienten durch die Abschaffung des Austauschprinzips einiges ändert. Es wird verhindert, dass sich die Bevölkerung freiwillig mit teureren Produkten versorgt, bei denen sie die Mehrkosten aktuell selber bezahlen. Bessere Produkte müssen künftig zu 100% von den Patienten bezahlt werden, da nur das günstigere Produkt mit Vertrag vergütet wird.

ORS schreibt, dass kleine Händler im Nachteil sind. Auch pharماسuisse verortet Preisdruck auf die Hersteller.

ASPS, CURAVIVA und senesuisse schreiben, dass die Pflegeheime nicht mehr automatisch Abgabestellen sind, was aber für eine gute Pflege notwendig und effizient ist. Gemäss ASPS und Spitex ist ohne die Spitex als Abgabestelle mit weiteren Kosten zu rechnen. Spitex ergänzt, dass die Handhabung der Pflegeheime seit dem Bundesgerichtsurteil sehr heterogen ist. Die Lager der Pflegeheime sind stark zurückgegangen stellen beide Organisationen fest. Auch die Rechnungsstellung ist sehr heterogen gemäss Spitex.

### *Kartellrecht / Tarifschutz*

CURAVIVA und senesuisse äussern Bedenken bezüglich Kartellrecht, da eine gewisse Clusterung unumgänglich ist. ASPS, KKA und Spitex schreiben, dass das Kartellrecht Verbandsverhandlungen nicht zulässt, was den Aufwand für die Verhandlungen enorm macht.

FMH stellt fest, dass aufgrund vom erläuternden Bericht davon ausgegangen wird, dass die Arztpraxis in Zukunft nicht mehr als Abgabestelle fungiert.

FMH, BEKAG, BüAeV und VLSS schreiben, dass der Tarifschutz zu einem Mehraufwand führt im Vergleich zum heute einfachen System der HVB. Eine Änderung ist weder erforderlich, noch sind die Vorschläge geeignet, da für die verschiedenen Akteure neue Kosten entstehen. FMH und VLSS sehen durch den Tarifschutz die Wahlfreiheit der Patienten für teurere Produkte eingeschränkt.

K3 gibt zu bedenken, dass Verhandlungen auch in anderen Kontexten nicht erfolgreich waren. Die KKA fürchtet Marktversagen aufgrund komplexer Verträge, weshalb von anderen die Einführung eines nationalen Tarifbüros gefordert wird.

Die Lungenliga bemerkt, dass die Schätzung der Abgabeverträge in der Vorlage bei Anwendung des Kartellrechts (Verbandsverträge nicht gültig) auf mehrere hundert geschätzt wird. Alleine für die Lungenliga ergäben sich 1'102 Verträge, was ein enormer Mehraufwand bedeutet.

### *Qualität und Unterversorgung*

Pharmasuisse, FMH, VLSS, ASPS, ORS und der senesuisse sprechen das Thema Qualität an: Kosteneinsparungen dürfen nicht auf Kosten der Qualität gehen, die Vorlage verkompliziert das System und die Patienten müssen allenfalls mit Qualitätseinbussen rechnen. FAMH und die Lungenliga schreiben, dass der Wettbewerb nur über den Preis und nicht die Qualität spielt, was für die Patienten nicht sinnvoll ist. Die FMH erläutert auch Beispiele (aus Deutschland), wo die Preise zwar sanken, der Qualitätsverlust aber enorm war. scienceindustrie erläutert am Beispiel Deutschland, dass durch den Tiefpreiswettbewerb die Produktauswahl verringert wird und die Patientensicherheit und Qualität gefährdet ist. KKA spricht auch das Thema Qualität an: Kosteneinsparungen dürfen nicht auf Kosten der Qualität gehen, die Vorlage verkompliziert das System und die Patienten müssen allenfalls mit Qualitätseinbussen rechnen.

ASPS, Interpharma, Spitex, Swiss Medtech, SSO, pharmasuisse, H+, ASPS, Spitex, pharmasuisse und ORS sprechen das Thema der Unterversorgung an: es ist unklar definiert, welche Kriterien für Unterversorgung gelten und welche Massnahmen die Kantone ergreifen können. Das Vertragsprinzip führt zu Scheinwettbewerb mit Einbussen für die Versorgungsqualität. Das Monopol des günstigsten Anbieters wird gefördert.

Diabetesschweiz, SGED und SKED sehen aufgrund der nicht möglichen Austauschbarkeit der technischen Hilfsmittel eine drohende Unterversorgung für den Diabetesbereich.

### *Steuerungsmöglichkeiten und Verhandlungssetting*

Lungenliga, diabetesschweiz, Interpharma und Swiss Medtech stellen fest, dass sich die Therapieentscheidung von der Ärztin oder dem Arzt zu den Krankenversicherungen verschiebt, was nicht unterstützt wird. SGED und SKED erklären, dass die Therapiefreiheit der Ärzte gewährleistet sein muss, doch die Vorlage verlagert die Therapieentscheidung von der Ärztin oder dem Arzt zur Krankenversicherung.

Optikschweiz und H+ geben zu bedenken, dass Verhandlungen auch in anderen Kontexten nicht erfolgreich waren und die Lungenliga schreibt, dass das Verhandlungssetting künftig vorgegeben ist, was im Zielkonflikt mit tieferen Kosten steht. FMH und VLSS fürchten Marktversagen aufgrund komplexer Verträge, weshalb von anderen Organisationen die Einführung eines nationalen Tarifbüros gefordert wird. Pharmasuisse sieht ein Ungleichgewicht bei den Vertragsverhandlungen, da Versicherer Vertragspartner wählen und gleichzeitig über die Zulassung entscheiden.

Die Lungenliga gibt zu bedenken, dass im Bereich Inhalations- und Atemtherapiegeräte eine Komplexität herrscht, die nicht mit anderen Positionen vergleichbar ist.

#### *Forderungen*

Swiss Medtech führt aus, wo sie Handlungsbedarf bei einer Umsetzung sehen, wenn die Vorlage umgesetzt wird, was sie ablehnen. Der Begriff der Unterversorgung ist nicht geklärt und es bleibt unklar, welche Massnahmen ein Kanton im Falle einer Unterversorgung ergreifen soll. Langwierige Gerichtsfälle können die Zukunft sein und das Prinzip der einheitlichen Vergütung in der OKP wird eliminiert, da die Krankenversicherer entscheiden, ob, mit wem und über was Verhandlungen geführt werden.

Pharmasuisse bemängelt, dass den Apothekern noch weitere Hürden durch Verträge aufgesetzt werden, das sie als willkürliche Interpretation von Art. 55 KVV ansehen, dieser ist für die Zulassung von Geschäften gemeint, die sonst nicht als Leistungserbringer zugelassen sind.

Die Spitex fordert die Erstellung von Anforderungen und Qualitätskriterien für Abgabestellen.

6 der 26 Organisationen fordern bei Eintreten auf die Vorlage – was sie nicht begrüssen – einen «Eventualiter» (mfe, KKA, BüAeV, BEKAG, FMH, VLSS). Im Falle der Annahme der Vorlage sollen zumindest Art. 44 und Art. 52 KVG unangetastet bleiben. Diabetesschweiz, SKED und SGED fordern, dass bei Annahme der Vorlage die Diabetesgeräte von der neuen Regelung ausgenommen werden.

Diabetesschweiz spricht sich für die Lockerung des Territorialitätsprinzips aus, statt für die bestehende Vorlage. ASPS und Spitex plädieren für die Förderung von vertraglichen Abzügen. Spitex und ASPS fordert zudem eine Optimierung der Antragsprozesse. Beide Organisationen sowie ORS und Interpharma unterstützen auch die periodische, regelmässige Aktualisierung der MiGeL. Pharmasuisse schlägt die Lösung vor, dass das EDI/BAG den Leistungskatalog der MiGeL festlegen, die Anbieter ihre entsprechenden Produkte anmelden (Bring-Schuld) und ihren Höchst-Fabrik-Abgabepreis frei bestimmen, der in der Liste eingetragen und veröffentlicht wird. Sie dürfen ihre Fabrik-Abgabepreise nur 1mal jährlich anpassen. Die Höchst-Vertriebsanteile werden soweit möglich unabhängig vom Fabrikabgabepreis festgelegt (wie für die SL), damit kein Anreiz besteht, teurere Varianten abzugeben ohne patientenbezogenen Gründen. Sollte dies nicht gewünscht sein, sprechen sie sich für die Revision aus. Swiss Medtech plädiert für die Revision der MiGeL, eine periodische Überprüfung gemäss WZW, einen effizienteren Antragsprozess, eine Rekursmöglichkeit im Fall von Abweisung der Anträge. Die Organisation stellt sich bereit, bei der Erstellung einer einheitlichen Datensammlung mitzuwirken und die Erstellung klarer Anforderungen und Qualitätskriterien für die Abgabestelle zu erarbeiten.

Optikschweiz stellt die Frage, ob bei einer Änderung des MiGeL-Systems nicht alle Positiv- und Negativlisten überarbeitet werden müssen.

Scienceindustrie befürwortet nur Massnahmen, die innerhalb der Revision umzusetzen sind statt über den Ausbau des Vertragsprinzips. Die 10%-ige Senkung der HVB beispielsweise führte zu deutlichen Senkungen bei umsatzstarken Produkten.

#### *Beurteilung heutiges System und weitere politische Geschäfte*

15 der 26 Organisationen sprechen sich explizit für das aktuelle System aus, da es sich entweder aufgrund der Kosten, aufgrund der breiten Ausgestaltung der MiGeL oder wegen dem HVB, als gut funktionierendes System bewährt hat (SSO, BEKAG, BüAeV, KKA, K3 Lungenliga, Swiss Medtech, ASPS, CURAVIVA, Interpharma, FMH, VLSS, senesuisse, H+, ORS). ORS, ASPS und Spitex weisen darauf hin, dass tiefere Preise schon im aktuellen System möglich sind. Scienceindustrie unterstützt das aktuelle System mit konstanter und konsequenter Herabsetzung des HVB, da die neue Regelung nicht zu mehr Wettbewerb und tieferen Preisen führt.

Die laufende Revision wird von Swiss Medtech, ORS, FMH, VLSS, KKA, BEKAG, BÜAeV und Spitex sowie ASPS als sinnvoll angesehen, da die Produktkategorien überprüft, Fehlansätze eliminiert und die HVBs überprüft werden. In Zusammenhang mit der behördlichen Kompetenz, HVB festzulegen, steht dem EDI ein ausreichendes Instrumentarium zur Verfügung. Somit ist das heutige System relativ einfach und gut austariert.

7 Organisationen sprechen sich dafür aus, dass die laufende Revision erst evaluiert wird, bevor neue Massnahmen in Betracht gezogen werden (diabetesschweiz, H+, mfe, ORS, SGAIM, SGED, SKED)

ASPS, Spitex, santésuisse und CURAVIVA weisen darauf hin, dass die politischen Diskussionen zur Selbst- und Fremdanwendung (Motion 18.3710 und Urteil des Bundesverwaltungsgerichts) Einfluss auf diese Vorlage haben werden und deshalb zwingend in die Überlegungen miteinbezogen werden müssen.

## 4.6 Versicherer

### *Generelle Aussagen*

Die beiden Versicherer Groupe Mutuel und Helsana unterstützen die Gesetzesrevision. Helsana betont, dass aufgrund der Vielfalt der Produkte und Anbieter wettbewerbliche Preisverhandlungen zu vorteilhafteren Konditionen für die Prämienzahlenden führen.

Curafutura unterstützt die Forderung der parlamentarischen Initiative, jedoch nicht in vorliegender Form. Curafutura ergänzt, dass der Vorentwurf von der Forderung der Parlamentarischen Initiative abweicht, da er keine eindeutige Möglichkeit von Verhandlungen über die Verbände bzw. Einkaufsorganisationen vorsieht.

santésuisse begrüsst im Grundsatz die Bestrebungen, im Bereich der MiGeL den Wettbewerb vermehrt spielen zu lassen. Wird Art. 52a Abs. 2 KVG gemäss Entwurf beibehalten, kann der Verband der Änderung nicht zustimmen. Die Vorlage muss angepasst werden, dass Verträge auf Verbandsebene zulässig sind. Als optimale Lösung sieht santésuisse die Option, dass es keine Einschränkungen durch das Kartellgesetz und die Kantone gibt und die Versicherer frei Verträge abschliessen können.

Die MTK schreibt, dass es begrüssenswert ist, wenn die Preise zentral durch eine Bundesstelle festgelegt werden oder die Abgabestellen und Lieferanten gesetzlich dazu verpflichtet werden, die Preise bekannt zu geben. Santésuisse schreibt, dass verhindert werden muss, dass das BAG die Positionen stärker differenziert, da die Differenzierung dem Markt überlassen werden soll.

Groupe Mutuel schreibt, dass das Volumen der MiGeL nicht unerheblich ist und sich rund 20 Mio. CHF einsparen lassen.

### *Aufwand und Nutzen*

Helsana schreibt, dass die Versicherer in allen Bereichen – unabhängig des Kostenvolumens – um kosteneffiziente Lösungen bemühen müssen. Da nicht 20'000 Produkte geregelt, sondern Vertragspartner für 600 Produktgruppen gefunden werden müssen, hält sich der Aufwand in Grenzen. Curafutura erklärt, dass die vorgeschlagene Lösung zwar kartellrechtlich konsequent ist, aber durch die Anzahl Produkte und Abgabestellen sehr hohe Transaktionskosten entstehen, was dazu führen kann, dass die zusätzlichen Kosten den Nutzen übersteigen. Curafutura ist der Ansicht, dass Wettbewerbspreise in diesem Bereich auf deutlich effektivere Weise erzielt werden können. Santésuisse formuliert ähnliche Überlegungen.

Die MTK führt aus, dass die Vorlage das Ziel von Kostensenkungen verfehlt, da die Lösung zu einem enormen Mehraufwand führt. Die Versicherer können sich gezwungen sehen, eigene Vertriebsnetze aufzubauen, dies kann zwar zu tieferen Preisen führen, ist jedoch mit grossem Mehraufwand verbunden.

### *Tarifschutz / Kartellrecht*

Helsana sieht die Einführung des Tarifschutzes als Vorteil, da die Patientinnen und Patienten davon profitieren. Curafutura und Groupe Mutuel und santésuisse bemängeln die Unterstellung unter das Kartellrecht, da diese Regelung das Sparpotenzial mindert. Helsana schreibt, dass das Kartellrecht zu Beginn aufwändig umzusetzen ist, aber dazu beiträgt, qualitativ hochwertige Produkte kostengünstiger einzukaufen. Santésuisse ergänzt, dass Zusammenschlüsse ohne Gründe der Effizienz unzulässig sind, aber die Senkung administrativer Kosten auf Verbandsstufe nicht als Effizienzgrund gelte, weshalb Einkaufsgemeinschaften ohne Verletzung des KG in diesem Bereich tätig sein können.

Auch santésuisse schreibt, dass Anbieter ohne Abgabevertrag Klage bei der Wettbewerbsbehörde deponieren können, was das neue System blockiert. Deshalb ist die Bündelung der Abgabeverträge auf ein bis drei Einkaufsgesellschaften und Abgabestellen, die in Ketten oder Verbänden organisiert sind sinnvoll, da dies die administrativen Kosten verringert.

### *Einführung der Gesetzesänderung*

Groupe Mutuel und santésuisse bemängeln, dass der Kanton bei Unterversorgung Massnahmen ergreifen kann, jedoch nicht klar ist, wann eine Unterversorgung gegeben ist. Deshalb sollen die Kriterien für die Definition der Angemessenheit im Bundesrecht festgelegt werden und die Kontrolle auf Bundesebene statt kantonal erfolgen, was Verwaltungskosten spart und verhindert, dass 26 Systeme entstehen. Bezüglich dem Informationssystem ist die Groupe Mutuel mit dem Vorentwurf einverstanden. santésuisse stellt sich die Frage bezüglich der Kriterien für eine hinreichende Versorgung, die künftig definiert werden müssen.

Helsana schreibt, dass die neuen Lösungen attraktive neue Versorgungslösungen fördern. Der Anteil der MiGeL an den Gesamtkosten ist eher gering und stellt für Regulator wie Krankenversicherer eine Herausforderung dar, Effizienzsteigerung ist dennoch sinnvoll.

Aufgrund der enormen Menge an Positionen sprechen sich santésuisse und Groupe Mutuel für eine gestaffelte Einführung nach bestimmten Produktgruppen aus, dies damit sich die Risiken bei den administrativen Kosten der Krankenversicherer kontrollieren lassen. Groupe Mutuel ergänzt, dass die dreijährige Übergangphase etwas knapp berechnet ist. Des Weiteren fordert sie eine Studie, die die potenziellen Vorteile und Risiken der Änderung genauer bewertet und eine gerechte Übergangsregelung ermöglicht. Groupe Mutuel fordert zudem, dass Rabattverträge für Versicherer oder ihre Verbände möglich sein.

### *Beurteilung heutiges System*

Gemäss Groupe Mutuel gibt es im aktuellen System kaum Anreize, tiefere Preise zu verhandeln. Helsana schreibt, dass die heutige Regelung zeigt, dass die HVB zu hoch sind und im Vergleich mit angrenzenden Ländern mehr Kosten. Die MTK stellt fest, dass das System der MiGeL Mängel hat, da durch die HVB der Anreiz geschaffen wird, die Preise diesen Beträgen anzunähern.

### *Weitere politische Geschäfte*

Santésuisse ortet als erschwerenden Faktor, dass es aktuell politische Bestrebungen gibt, den Geltungsbereich MiGeL auszuweiten. Motion 18.3710 fordert, dass auch Produkte der MiGeL von Pflegefachpersonen von der OKP vergütet werden.

## **4.7 Andere**

### *Generelle Aussagen*

8 weitere Stellungnahmen gingen ein, davon sprachen sich 6 explizit gegen die Vorlage aus und lehnen sie ab (LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, GFW, GELIKO, Lunge Zürich, Swiss Diabetes Kids). Die SDS äusserte sich befremdet, dass sie keine Einladung zur Vernehmlassung erhalten haben. 2 Organisationen sprachen sich explizit für Nichteintreten auf die Vorlage aus (diabeteszürich, SDS).

Die GELIKO und diabeteszürich weisen darauf hin, dass die Umsetzung schwer durchführbar ist. LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, GELIKO, Lunge Zürich und GFW verweisen auf die Argumentationslinie der GDK, der GELIKO, der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, der FMH sowie von Swiss Medtech.

LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, GELIKO und Lunge Zürich erklären, dass der Systemwechsel den Preis in den Vordergrund der Verhandlungen rückt, während die Qualität und Patientensicherheit auf der Strecke bleiben.

#### *Mehraufwand macht Nutzen zunichte*

Swiss Diabetes Kids, SDS erklären, dass das neue System enorme Mehraufwände für alle Betroffenen mit sich zieht und deshalb nicht kostengünstig ist. Auch GFW erklärt, dass der Mehraufwand den Nutzen zunichtemacht und die Kosten explodieren lässt.

LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, GELIKO und Lunge Zürich schreiben, dass die Verhandlungen zwischen einzelnen Abgabestellen und den Krankenkassen im Zielkonflikt mit den angestrebten Kostensenkungen stehen.

#### *Auswirkungen auf Kantone / Patienten*

SDS, GELIKO und diabeteszürich schreiben, dass die Einführung von kantonalen Kontrollstellen statt von einem Partner wie bisher (BAG) zu 26 unterschiedlich organisierten Kontrollstellen führt.

Lunge Zürich gibt zu bedenken, dass im Bereich Atemtherapie schlecht ausgebildetem Personal Vorschub geleistet wird, die Geräte aus dem Ausland beziehen. Swiss Diabetes Kids schreibt, dass die Vorlage Rechtsunsicherheiten bezüglich der Definition von Leistungserbringern und Abgabestellen drohen.

LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, GELIKO, GFW und Lunge Zürich schreiben, dass der Leistungseinkauf für Patienten komplizierter wird und sich bei Wechsel der Krankenversicherung administrative Hürden ergeben. Swiss Diabetes Kids stellt fest, dass es unverhältnismässig und nicht sinnvoll ist, Patienten mit komplizierten Umständen zu belasten.

LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, SDS, GFW, diabeteszürich, GELIKO und Lunge Zürich erklären, dass die Therapiefreiheit der Ärzte gewährleistet sein muss, doch die Vorlage verlagert die Therapieentscheidung von der Ärztin oder dem Arzt zur Krankenversicherung.

#### *Qualitätseinbussen / Austauschbarkeit der Geräte*

SDS, GELIKO, Swiss Diabetes Kids und diabeteszürich stellen fest, dass die Vorschläge der Vorlage davon ausgehen, dass der Einsatz der technischen Hilfsmittel austauschbar ist. In vielen Bereichen gibt es aber gar keine Auswahl, sondern darum, das richtige Hilfsmittel zu finden. Es besteht ohne die Umsetzung der Vorlage schon heute in gewissen Bereichen eher eine Unter- statt Überversorgung.

LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, Lunge Zürich und GFW erklären, dass die Komplexität im Bereich der Atemgeräte sehr hoch ist.

Swiss Diabetes Kids spricht sich gegen die Vorlage aus, da sie die Zweiklassenmedizin fördert, die Macht der Krankenversicherungen ausbaut und den Zugang zu Leistungen für die Versicherten erschwert.

Gemäss GFW drehen sich die Verhandlungen nur um Preis statt auch um Qualität.

LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, GFW und Lunge Zürich bemerken, dass die Schätzung der Abgabeverträge in der Vorlage bei Anwendung des Kartellrechts (Verbandsverträge nicht gültig) auf mehrere hundert geschätzt wird. Alleine für die Lungenliga ergäben sich 1'102 Verträge, was ein enormer Mehraufwand bedeutet.

#### *Beurteilung heutiges System*

LPNE, Lungenliga Zentralschweiz, GELIKO und Lunge Zürich erkennen im Grundsatz positive Elemente der Initiative, jedoch beinhaltet das aktuelle System bereits wichtige Mechanismen wie Verträge, die Abgabestellen mit Versicherern geschlossen haben müssen. Diese müssen von den Krankenversicherern aber besser umgesetzt werden.

Diabetes Zürich, SDS und GELIKO plädieren dafür, dass die laufende Revision erst evaluiert werden soll, bevor weitere Massnahmen im Bereich MiGeL umgesetzt werden.

#### *Forderungen*

SDS, Swiss Diabetes Kids, diabetes Zürich beantragen als «Eventualiter», dass bei einer Annahme der Vorlage die Kapitel bezüglich Diabetes von der neuen Regelung ausgenommen bleiben. Swiss Diabetes Kids ergänzt, dass bei Verwerfen der Eventualiter der Antrag auf einen Subeventualiter gestellt wird, dass Versicherte bis zum 18. Lebensjahr mit einer eigenen MiGeL Position von der neuen Regelung ausgenommen bleiben.

SGAIM unterstützt die Meinung der Minderheit, dass die Verträge aufgrund der Informationspflicht den Kantonen offengelegt werden müssen.

Diabetes Zürich erklärt, dass einzig die Forderung nach tieferen Preisen im Vordergrund stand, statt der Einbezug der Betroffenen. Zudem sprechen sie sich für die Lockerung des Territorialitätsprinzips aus.

## 5 Stellungnahme zu einzelnen Artikeln des KVG

44 der 76 Vernehmlassungsteilnehmern haben keine konkreten Bemerkungen zu den einzelnen Gesetzesartikeln.<sup>3</sup>

### 5.1 Artikel 37a

#### *Kantone*

Der Kanton JU erklärt, dass die Regelung der Abgabestellen gemäss Art. 37a ein Risiko für die Patienten ist, da Abgabestellen, die keinen Vertrag haben, nicht mehr berücksichtigt werden.

#### *Versicherer*

Santésuisse und Groupe Mutuel beantragen, Art. 37a Abs. 1 Bst. b zu streichen.

#### *Leistungserbringer*

diabetesschweiz fordert, dass die technische Lösung aufgezeigt wird, wie die Versicherten herausfinden können, welche Krankenversicherung, welche Produkte in welchem Umfang übernimmt.

Pharmasuisse beantragt die Streichung des Artikels.

MTK schreibt, dass die Umsetzung von Art. 37a nicht praxistauglich ist, da es an einer klaren Definition des Begriffs Abgabestelle mangelt. Je nach Breite der Definition ist das Ausmass der Anzahl Verträge sehr hoch.

Die Spitex verweist auf den Mehraufwand die die Verträge mit sich ziehen.

ASPS, senesuisse und CURAVIVA beantragen, auf Art. 37a zu verzichten, bzw. die gesamte Revision zu streichen.

SGED und SKED fordern, dass die technische Lösung aufgezeigt wird, wie die Versicherten herausfinden können, welche Krankenversicherung, welche Produkte in welchem Umfang übernimmt.

K3 merkt an, dass der Artikel die Zulassung einer Abgabestelle abhängig vom Abgabevertrag macht. Entweder müssen sich die Leistungserbringer dem Diktat der Krankenversicherer beugen oder auf die Abgabe von Medizinprodukten verzichten. Zweiteres gefährdet die Versorgung.

#### *Andere*

Swiss Diabetes Kids beantragt, Art. 37a zu streichen.

Diabeteszüri, GELIKO und SDS fordern, dass die technische Lösung aufgezeigt wird, wie die Versicherten herausfinden können, welche Krankenversicherung, welche Produkte in welchem Umfang übernimmt.

### 5.2 Artikel 38

#### *Leistungserbringer*

ASPS, pharmasuisse und Spitex fordern, Art. 38 zu streichen.

Diabetesschweiz, SGED und SKED fordern, dass die Listen der zugelassenen Abgabestellen schon heute bekannt gegeben und in Leistungserbringer-Kategorien eingeteilt werden.

---

<sup>3</sup> BüAeV, CVP, FAMH, H+, FDP, HKBB, mfe, Interpharma, AG, AR, AI, BS, BE, FR, GE, GR, NE, OW, SH, SZ, SO, SG, TI, TG, UR, ZH, KKA, FRC, optikschweiz, Ortho Reha Suisse, SP, Swiss Medtech, SGAIM, GDK, SVP, SSO, sgV, SGB, VPOD, SKS, pharmalog.ch, FMH, VLSS, scienceindustrie

*Andere*

Diabeteszürich, SDS, und Swiss Diabetes Kids fordern, dass die Listen der zugelassenen Abgabestellen schon heute bekannt gegeben und in Leistungserbringer-Kategorien eingeteilt werden.

GELIKO hält fest, dass aus der Vorlage zu wenig klar hervorgeht, welche Leistungserbringer sich für die Zulassung qualifizieren werden.

## 5.3 Artikel 44

*Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft*

CP fordert, den gestrichenen Teil von Art. 44 Abs. 1 beizubehalten (Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.)

*Leistungserbringer*

Spitex und pharmasuisse fordern die Streichung von Art. 44.

ASPS, senesuisse und CURAVIVA fordern den Verzicht auf die Ergänzung in Art. 44 (Art. 44 Abs. 1).

BEKAG lehnt die Umformulierung von Art. 44 Satz 1 ab. Auch Satz 2 soll unverändert belassen werden und die MiGeL künftig vom Tarifschutz ausgenommen bleiben.

*Andere*

Swiss Diabetes Kids fordert die Streichung von Art. 44 Abs. 1.

## 5.4 Artikel 45

*Leistungserbringer*

ASPS, senesuisse, Spitex und CURAVIVA beantragen, Art. 45 Abs. 2 zu streichen.

*Versicherer*

Groupe Mutuel und santésuisse beantragen eine Änderung von Art. 45 Abs. 2. Der Wortlaut «eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche» soll gestrichen werden. Die MTK schreibt, das unklar bleibt, wie die Kantone Massnahmen ergreifen und was «befristet» bedeutet. Die Durchgriffsmöglichkeit der Kantone ist unklar definiert, die Situation spitzt sich zu, je ruraler ein Kanton strukturiert ist.

*Andere*

Swiss Diabetes Kids beantragt, Art. 45 Abs. 2 zu streichen. Eventualiter fordern sie, handfeste Verfahrensregeln für die Patientinnen und Patienten aufzeigen, wie diese ihr Recht auf eine lebensnotwendige und sichere, rechtsgleiche Gesundheitsversorgung wahrnehmen kann.

## 5.5 Artikel 52

*Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft*

CP fordert, dass die alte Bestimmung beibehalten wird (Art. 52 Abs. 1 Bst. a).

*Versicherer*

Helsana fordert eine Präzisierung von Art. 52 Abs. 1 Bst. a. Buchstabe 3 soll wie folgt geändert werden: «3. Bestimmungen über die Leistungspflicht und allfällige Limitationen bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;»

Curafutura fordert ebenso eine Präzisierung von Art. 52 Abs. 1 Bst. a. Buchstabe 3 wie folgt: «Bestimmungen über die Leistungspflicht und allfällige Limitationen bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;»

Santésuisse fordert einen neuen Art. 52 Abs. 1bis mit folgendem Wortlaut: «Das Departement kann bei Mitteln und Gegenständen, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, Höchstpreise festlegen, falls es dies als zweckmässig erachtet.»

#### *Leistungserbringer*

Pharmasuisse und Spitex beantragen die Streichung von Art. 52 Abs. 1 Bst. a. Diabetesschweiz, SGED und SKED fordert das Festhalten an einer einzigen Regulierungsstelle (Art. 52 Abs. 1 Bst. a).

#### *Andere*

Diabeteszürich, Swiss Diabetes Kids, SDS, und GELIKO fordern das Festhalten an einer einzigen Regulierungsstelle (Art. 52 Abs. 1 Bst. a).

## **5.6 Artikel 52b**

#### *Kantone*

GL schreibt, dass es aufgrund des KG nicht mehr möglich ist, dass Verbände Verträge aus-handeln, das führt zu einem immensen administrativen Aufwand.

BL, NW, GL, JU, LU, VD und VS stellen sich bezüglich Art. 52b Abs. 1 die Frage, was die Kriterien für eine «sachgerechte Struktur und eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Preise» ist und ob diese Definition den Tarifpartnern zugemutet werden kann.

Ebenso stellt sich für BL, NW, GL, JU, LU, VD und VS die Frage, was eine «qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung» (Art. 52b Abs. 2) bedeutet, wann diese gewährleistet ist und wer die Erfüllung des Kriteriums misst.

#### *Leistungserbringer*

Diabetesschweiz, SGED und SKED beantragen, Art. 52b Abs. 2 ersatzlos zu streichen, da der Bund nicht aktiv Bestimmungen erlassen soll, die den Widerspruch gegen das Kartellrecht fördern. Die Spitex beantragt, Art. 52b zu streichen. Pharmasuisse, senesuisse, CURAVIVA und ASPS sprechen sich dafür aus, Art. 52b Abs. 1 und Abs. 2 zu streichen. Spitex Schweiz und ASPS beantragen auch, Art. 52b Abs. 3 zu streichen. CURAVIVA und senesuisse sprechen sich bei einem Systemwechsel dafür aus, die Variante der Minderheit Heim zu berücksichtigen, damit die Kantone auf dem Laufenden gehalten werden.

#### *Versicherer*

Santésuisse beantragt, Art. 52b Abs. 3 so zu ändern, dass der Bund und nicht die Kantone zuständig für die Listen sind. Santésuisse schreibt weiter, dass Art. 52b Abs. 1 auf den HVB gemäss Art. 52 Abs. 1bis (der neu gefordert) wird verweist, in dem der HVB als oberste Deckelung gilt, damit den übertriebenen Preisforderungen von Abgabestellen entgegengewirkt werden kann.

Helsana schreibt, dass sie mit der Unterstellung unter das KG einverstanden sind (im Zusammenhang mit Art. 52b Abs. 2).

Groupe Mutuel und santésuisse beantragen, dass Art. 52b Abs. 2 wie folgt geändert wird: Streichen des Wortlauts «im jeweiligen Kanton eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche». Ausserdem soll die Bestimmung zum Kartellgesetz gestrichen werden. Art. 52b Abs. 3 soll so geändert werden, dass der Bund und nicht die Kantone informiert werden soll.

Bei Art. 52b Abs. 1 schreiben curafutura und Helsana, dass der letzte Satz gestrichen werden soll, da er überflüssig und verwirrend ist. Curafutura beantragt, den Verweis auf das Kartellgesetz in Art. 52b Abs. 2 zu streichen und zu erlauben, dass Abgabestelle mit Versicherer oder deren Versichererverbänden Verträge abschliessen können.

MTK schreibt, dass die Argumentationslinie bezüglich Kartellrecht im Widerspruch zu Art. 70b Abs. 1 UVV steht und die Thematik der Abschlussbestände gemäss Art. 3 KG nicht thematisiert werden. Ist es für die Versicherer tatsächlich rechtlich nicht möglich, Verträge mit einer Gruppe von Leistungserbringern abzuschliessen, ist das Projekt in der Praxis nicht durchführbar.

#### *Andere*

GELIKO, SDS und diabeteszürich beantragen, Art. 52b Abs. 2 ersatzlos zu streichen, da der Bund nicht aktiv Bestimmungen erlassen soll, die den Widerspruch gegen das Kartellrecht fördern. Swiss Diabetes Kids beantragt, Art. 52b Abs. 1 und 2 zu streichen. Als Eventualiter sehen sie einen Kontrahierungszwang zwischen den Versicherungsverbänden und allen Medizinprodukteherstellern einzuführen.

## **5.7 Artikel 52c**

#### *Kantone*

GL bemerkt, dass dieser Artikel massiver Mehraufwand für Versicherer, Versicherte und Abgabestellen bedeutet.

#### *Versicherer*

Die MTK schreibt, dass dies zu enormem administrativem Aufwand führt (Art. 52c Abs. 1 Bst. a). Auch das Führen der Liste bei den Versicherern sieht die MTK als nicht praktikabel an (Art. 52c Abs. 1 Bst. b). Die MTK begrüsst Art. 52c Abs. 3.

#### *Leistungserbringer*

Diabetesschweiz, SGED und SKED beantragen, Art. 52c Abs. 1 und Art. 52c Abs. 2 ersatzlos zu streichen.

ASPS, CURAVIVA, senesuisse und Spitex beantragen, Art. 52c zu streichen.

#### *Andere*

Diabeteszürich, SDS und Swiss Diabetes Kids beantragen, Art. 52c Abs. 1 und Art. 52c Abs. 2 ersatzlos zu streichen.

Swiss Diabetes Kids beantragt, Art. 52c Abs. 3 zu streichen.

GELIKO schreibt, dass die Informationspflicht gemäss Art. 52c Abs. 1 nicht durchführbar ist.). Auch Art. 52c Abs. 2 sei nicht praktikabel.

## **5.8 Artikel 52d**

#### *Kantone*

BL, NW, GL, JU, LU, VD und VS beantragt bei Weiterverfolgung der Vorlage den Eventualiter: «Der Versicherer muss der kantonalen Kontrollstelle übermitteln; a. (...)» für Art. 52d Abs. 2. Erhält die kantonale Kontrollstelle die Verträge erst im Falle einer Meldung, kann er die Qualität und Zweckmässigkeit der Versorgung nicht kontinuierlich überprüfen.

#### *Leistungserbringer*

ASPS, senesuisse und Spitex bezweifeln, ob Versicherte in der Lage sind, eine Unterversorgung zu erkennen. Sie beantragen, Art. 52d zu streichen. CURAVIVA schreibt, dass auf die

Revision verzichtet werden soll und Art. 52d gestrichen. Pharmasuisse bezweifelt die Kompetenz der versicherten Person, eine Unterversorgung festzustellen und beantragt die Streichung von Art. 52d.

#### *Versicherer*

Curafutura beantragt die Streichung von Art. 52d, da der Grundsatz der Versorgungssicherheit bereits in Art. 45 Abs. 2 (neu) festgehalten ist. Helsana und santésuisse schreiben, dass Art. 52d Abs. 1 «oder eine Abgabestelle» gestrichen werden soll, nur versicherte Personen sollen eine Unterversorgung melden können. MTK schreibt, dass Art. 52d zu unnötigem Mehraufwand führt, da Kantone mit Anfragen überhäuft werden. santésuisse beantragt mehrere Änderungen an Art. 52d. Die Kontrollstelle soll auf Bundesebene angesiedelt sein, die Versorgung soll nicht genauer definiert werden (Streichen des Wortlauts «keine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung») und die Liste der Versicherer soll nur die Abgabestellen beinhalten (Streichen des Wortlauts «und der pro Abgabestelle vergüteten»). Groupe Mutuel beantragt, dass die Kontrollstelle auf Bundesebene angesiedelt werden soll, und dass der Wortlaut «der pro Abgabestelle vergüteten» in Art. 52d Abs. 2 Bst. a gestrichen wird.

#### *Andere*

Swiss Diabetes Kids beantragt, Art. 52d zu streichen, da ein blosses Melderecht eingeführt wird.

## **5.9 Übergangsbestimmungen**

#### *Leistungserbringer*

CURAVIVA und senesuisse schreiben, dass eine Übergangsphase von 3 Jahren nicht ausreicht, um diesen Systemwechsel zu vollziehen und beantragt auf die Revision zu verzichten.

#### *Versicherer*

Curafutura und Helsana schreiben, dass die unterbreitete Übergangsbestimmung bereits heute existierende Verträge aushebeln würde, weshalb eine Präzisierung der Übergangsbestimmung notwendig ist. (Wortlaut «a. die mit einzelnen oder mehreren Versicherern vereinbarten Preise für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.», sowie die Streichung von «die der Untersuchung oder Behandlung dienen» im letzten Satz der Übergangsbestimmung).

## 6 Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmenden<sup>4</sup>

Abkürzung	Absender/in
<b>Kantone</b>	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo

<sup>4</sup> in alphabetischer Reihenfolge der Abkürzungen

SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
<b>Politische Parteien</b>	
CVP PDC PPD	Christlichdemokratische Volkspartei Parti démocrate-chrétien Partito popolare democratico
FPD PLR PLR.I	Die Liberalen Les Libéraux-Radicaux Liberali Radicali
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union Démocratique du Centre Unione Democratica di Centro
<b>Gesamtsschweizerische Dachverbände der Wirtschaft</b>	
CP	Centre patronal (Paudex)
HKBB	Handelskammer beider Basel
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse Unione sindacale svizzera
sgv	Schweizerischer Gewerbeverband

usam	Union suisse des arts et métiers
usam	Unione svizzera delle arti e mestieri
VPOD	Verband des Personals Öffentlicher Dienste
SSP	Syndicat Services publics
SSP	Sindacato dei servizi pubblici
<b>Interessierte Kreise</b>	
<b>Konsumentenverbände</b>	
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
<b>Organisationen des Gesundheitswesens</b>	
<b>Leistungserbringer</b>	
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen Association spitex privée Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne
BüAeV	Bündner Ärzteverein Ordine dei medici grigioni
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
diabetesschweiz diabètesuisse diabetesvizzera	Schweizerische Diabetesgesellschaft Association Suisse du Diabète Associazione Svizzera per il Diabete
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de suisse I laboratori medici della svizzera
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände
KKA CCM	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften Conférence des sociétés cantonales de médecine Conferenza delle società mediche cantonali
Lungenliga	Lungenliga Schweiz Ligue pulmonaire Lega polmonare
Mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
Optikschweiz Optiquesuisse	Der Verband für Optometrie und Optik L'association d'optométrie et d'optique
ORS	Ortho Reha Suisse
pharmalog.ch	Swiss pharma logistics association
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband

	Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
scienceindustrie	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecine interne générale
SGED SSED	Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie
SKED SEDC	Sektion für klinische Endokrinologie und Diabetologie Section d'endocrinologie et de diabétologie clinique Divisione di Endocrinologia Clinica e Diabetologia
Swiss Medtech	Schweizer Medizintechnikverband Association Suisse de la Technologie Médicale
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
VLSS AMDHS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri
<b>Versicherer</b>	
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe Mutuel	Groupe Mutuel
Helsana	Helsana
MTK CTM CTM	Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
<b>Andere</b>	
diabeteszürich	diabeteszürich
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
GFW PSV	Gesundheit Förderung Wallis Promotion santé Valais
LPNE	Ligue pulmonaire neuchâteloise
Lunge Zürich	Verein Lunge Zürich
Lungenliga Zentralschweiz	Lungenliga Zentralschweiz
SDS	Schweizerische Diabetes-Stiftung Fondation de l'Association Suisse du Diabète
Swiss Diabetes Kids	Swiss Diabetes Kids