

# **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung – Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug**

## **Zusammenfassung der Vernehmlassungser- gebnisse (Ergebnisbericht)**

Bern, April 2015

## Inhalt

A.	Einleitende Bemerkungen .....	4
1.	Ausgangslage.....	4
2.	Gegenstand der Anpassung der Bestimmungen mit internationalem Bezug.....	4
2.1.	Grenzüberschreitende Zusammenarbeit (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG) .....	5
2.2.	Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind (EU-Versicherte; Art. 49a KVG).....	5
2.3.	Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Art. 64a Abs. 9, zweiter Satz KVG) .....	5
2.4.	Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen für alle in der Schweiz versicherten Personen (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG).....	5
3.	Hauptergebnisse .....	6
3.1.	Grenzüberschreitende Zusammenarbeit (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG) .....	6
3.1.1.	Pro.....	6
3.1.2.	Kontra.....	7
3.2.	Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind (Art. 49a KVG) .	8
3.2.1.	Pro.....	8
3.2.2.	Kontra.....	9
3.3.	Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Art. 64a Abs. 9, zweiter Satz KVG).....	10
3.3.1	Pro.....	10
3.3.2.	Kontra.....	11
3.4.	Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen für alle in der Schweiz versicherten Personen (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG).....	11
3.4.1.	Pro.....	11
3.4.2.	Kontra.....	12
B.	Ergebnisse im Einzelnen .....	13
1.	Allgemeines.....	13
1.1.	Kantone und kantonale Konferenzen .....	13
1.2.	Politische Parteien, Dachverbände der Wirtschaft, Gemeinden, Städte und Regionen, Konsumentenverbände .....	13
1.3.	Leistungserbringer und Organisationen des Gesundheitswesens .....	14
1.4.	Versicherer und Versichererverbände.....	14
2.	Einzelne Bestimmungen.....	15
2.1.	Grenzüberschreitende Zusammenarbeit (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG) .....	15

2.1.1.	Pro.....	15
2.1.2.	Kontra.....	19
2.2.	Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind (Art. 49a KVG).....	25
2.2.1.	Pro.....	25
2.2.2.	Kontra.....	27
2.3.	Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Art. 64a Abs. 9 zweiter Satz KVG).....	29
2.3.1.	Pro.....	29
2.3.2.	Kontra.....	31
2.4.	Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG).....	33
2.4.1.	Pro.....	33
2.4.2.	Kontra.....	37
Anhang 1: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer.....		38

## **A. Einleitende Bemerkungen**

### **1. Ausgangslage**

Am 15. Oktober 2014 eröffnete der Bundesrat das Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10, Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug). Die Vernehmlassung dauerte bis zum 15. Februar 2015.

Die Kantone, die in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien, die gesamtschweizerischen Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete, die gesamtschweizerischen Dachverbände der Wirtschaft, die Konsumentenschutzorganisationen, die Verbände der Leistungserbringer, die Patientenorganisationen, die Versicherer sowie weitere interessierte spezialisierte Organisationen wurden eingeladen, sich zum Entwurf der Vorlage zu äussern. Die Vernehmlassungsvorlage wurde auch im Internet auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/14968/index.html?lang=de> veröffentlicht.

Das BAG erhielt insgesamt 66 Stellungnahmen. Sämtliche Kantone haben sich am Vernehmlassungsverfahren beteiligt und auch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat eine Stellungnahme eingereicht. Einige Kantone haben sich allerdings darauf beschränkt, sich der Stellungnahme der GDK anzuschliessen. Von den 12 einbezogenen politischen Parteien antworteten deren 5 (BDP, CVP, FDP, SVP und SP). Ferner antworteten der Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche (asd), das Centre Patronal, die Fédération des Entreprises Romandes (FER), der Schweizerische Gewerbeverband (sgv), der Schweizerische Gewerkschaftsbund, die Fédération romande des consommateurs (FRC), die Interessengemeinschaft eHealth und die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH). Von den Leistungserbringern gaben insbesondere die folgenden Organisationen eine Stellungnahme ab: Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), H+ die Spitäler der Schweiz, die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3, medswiss.net, l'OMCT (Ordine dei Medici del Cantone Ticino), der Schweizer Physiotherapie-Verband (physio swiss), die Schweizer Chiropraktoren Gesellschaft ChiroSuisse (SCG), die Schweizerische Kantonsapothekervereinigung (KAV), die Schweizer Belegärzte-Vereinigung (SBV), der Schweizerische Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker (labmed Schweiz), der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), The Swiss Leading Hospitals, der aargauische Gesundheitspartner VAKA, der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) und die Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz (SWISS REHA). Von den Versicherern gaben die CSS Versicherung und die Helsana Versicherungen AG eine Stellungnahme ab. Zudem äusserten sich die Versichererverbände curafutura, santésuisse und der Schweizerische Versicherungsverband (SVV). Auch die Gemeinsame Einrichtung KVG und die Abteilung Militärversicherung der SUVA gaben eine Stellungnahme ab. Die übrigen Stellungnahmen stammen von weiteren interessierten Stellen und Verbänden.

### **2. Gegenstand der Anpassung der Bestimmungen mit internationalem Bezug**

Der Entwurf der Revision des KVG kann in die folgenden vier Bereiche aufgeteilt werden und betrifft hauptsächlich Bestimmungen, welche einen internationalen Bezug haben.

## **2.1. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG)**

Seit dem Jahr 2006 können gestützt auf Artikel 36a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) zeitlich befristete Pilotprojekte für die Kostenübernahme für Leistungen im grenznahen Ausland unter klar definierten Voraussetzungen durchgeführt werden. Die bestehenden Pilotprojekte in den Regionen Basel/Lörrach und St. Gallen/Fürstentum Liechtenstein haben sich bewährt. Der Bundesrat hat deshalb mit der Gesetzesrevision vorgeschlagen, solche grenzüberschreitende Zusammenarbeit in allen Grenzregionen dauerhaft zu ermöglichen (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG).

## **2.2. Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind (EU-Versicherte; Art. 49a KVG)**

Der Bundesrat hat mit den neuen Bestimmungen in Artikel 49a KVG vorgeschlagen, die Kantone zu verpflichten, bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von denjenigen EU-Versicherten, die einen aktuellen Anknüpfungspunkt zur Schweiz haben (z.B. Grenzgängerinnen und Grenzgänger und ihre Familienangehörigen) den Kantonsbeitrag zu übernehmen, wie bei den Versicherten, die in der Schweiz wohnen. Bei den EU-Versicherten ohne aktuellen Anknüpfungspunkt an die Schweiz (Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen) werden die Kantone gemeinsam im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung verpflichtet, diesen Beitrag zu übernehmen.

## **2.3. Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Art. 64a Abs. 9, zweiter Satz KVG)**

Der Bundesrat hat zudem eine Ergänzung von Artikel 64a Absatz 9 KVG vorgeschlagen. Damit soll eine genügende gesetzliche Grundlage für die bereits bestehende differenzierte Regelung von Artikel 105m KVV geschaffen werden. Damit sollen die Folgen der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen bei den EU-Versicherten geregelt werden.

## **2.4. Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen für alle in der Schweiz versicherten Personen (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG)**

Ferner hat der Bundesrat eine Anpassung der Artikel 41 Absätze 1 und 2 KVG vorgeschlagen. Die beiden vom Parlament angenommenen Motionen 12.4224 und 12.4098 "Aufhebung einer praxisfremden und rechtsungleichen Bestimmung im KVG" werden mit diesem Vorschlag umgesetzt und Artikel 41 Absätze 1 und 2 KVG wird in dem Sinne angepasst, dass die Versicherten wie bisher für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen können und die Kosten von den Krankenversicherern neu in allen Fällen nach den jeweils für den entsprechenden Leistungserbringer geltenden Tarifen übernommen werden. Eine analoge Regelung in Artikel 17 des Bundesgesetzes über die Militärversicherung soll mit diesem Vorschlag ebenfalls angepasst werden.

### 3. Hauptergebnisse

Die meisten Vernehmlassungsteilnehmerinnen und Vernehmlassungsteilnehmer beschränken sich darauf, ihre Stellungnahmen zu den konkreten vier Revisionspunkten abzugeben. Deshalb sollen hier die Hauptergebnisse zu diesen vier Punkten aufgeteilt nach Pro und Kontra dargestellt werden.

#### 3.1. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG)

##### 3.1.1. Pro

Die **GDK** und die **Kantone AG, AR, BE, BL, BS, GE, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TG, TI, UR, ZG und ZH** sind dafür, dass der Bezug von grenzüberschreitenden Leistungen im bisherigen Rahmen definitiv im Gesetz verankert werden soll.

Bezüglich der konkreten Ausgestaltung einer solchen gesetzlichen Regelung hätten sich aber gemäss GDK noch verschiedenen Fragen gestellt. Deshalb hätten die GDK und das BAG vorgängig Fragen und Antworten ausgetauscht. Das BAG habe bestätigt, dass ohne den Willen eines Grenzkantons keine grenzüberschreitende Zusammenarbeit vereinbart werden könne, weil dazu immer ein entsprechender, vom Bundesrat zu genehmigender Vertrag zwischen Leistungserbringer, Versicherer und dem Grenzkanton bestehen müsse. Da auch vorgeschrieben werde, dass der Leistungsbezug in jedem Fall nur Versicherten, die in diesem Grenzkanton wohnen und bei einem beteiligten Versicherer versichert sind, offen stehen werde, könne ein Vertrag über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit keine Wirkung für die Versicherten eines anderen Kantons entfalten. Die GDK weist darauf hin, dass die Kantone heute nicht verpflichtet sind, für Spitalbehandlungen im Ausland einen finanziellen Beitrag (Kantonsanteil) zu entrichten. Dies wäre auch bei einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der Fall. Eine entsprechende Verpflichtung könnte gemäss Auskunft des BAG nicht auf Verordnungsstufe festgelegt werden. Auch seien gemäss den Auskünften des BAG die Leistungen aus einer Kooperation mit ausländischen Leistungserbringern nicht auf den kantonalen Spitallisten zu führen, da diese Leistungen nur für eine beschränkte Zielgruppe aus dem Grenzkanton zugänglich seien. Zudem müsse ein Kanton in jedem Fall im Inland ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot zur Verfügung stellen, weil – auch dies soll nach Auskunft des BAG in der Verordnung explizit festgeschrieben werden – die Versicherten in keinem Fall verpflichtet werden können, sich im Ausland behandeln zu lassen. Die Überprüfung der Einhaltung der WZW-Kriterien durch den ausländischen Leistungserbringer liege gemäss Auskunft des BAG bei den Vertragsparteien, also gemeinsam bei den Versicherern und den Kantonen

Die GDK und die Mehrheit der Kantone erwarten deshalb, dass die wesentlichen Elemente der vom Bundesrat vorgesehenen Umsetzungsbestimmungen, die sich am bisherigen Artikel 36a KVV orientieren, bereits in der Botschaft an das Parlament ausformuliert werden, damit bereits im parlamentarischen Prozess Sicherheit über die wichtigsten Aspekte einer Umsetzung geschaffen werden könnten. Unter diesen Voraussetzungen stimmen die GDK und die Mehrheit der Kantone zu. Einige Kantone stellen aber noch zusätzliche Fragen.

Die Parteien sind mehrheitlich für die Gesetzesänderung. Die **BDP** betont, durch die Lockerung des Territorialitätsprinzips steige die Versorgungssicherheit und zusätzlich werde die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt. Gleichzeitig lehnt die BDP einen Behandlungszwang im Ausland ab. Die **FDP** begrüsst die Lockerung des Territorialitätsprinzips unter klar definier-

ten Rahmenbedingungen. Dies würde den regulierten Wettbewerb im Gesundheitswesen generell beleben, was positive Auswirkungen auf das Preisniveau habe und auch den Druck, qualitativ hochstehende Leistungen anzubieten, erhöhen würde. Die **SVP** betont, die Massnahmen hätten das Potenzial, den Wettbewerb zu stärken. Der administrative Aufwand für die Versicherer müsse aber gegenüber der Pilotphase deutlich reduziert werden.

Die **IG eHealth** erachtet es als zentral, dass die geplante Anpassung der Bestimmungen im Kontext der Einführung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier erfolge und damit die aufgeworfenen Fragestellungen vorab geklärt werden. Die **Konferenz kantonale Krankenhausverbände** stimmt der Revision grundsätzlich zu, weist aber auf die Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen infolge ungleicher Regulierungsdichte und unterschiedlicher Versorgungsqualität hin. Mit Rahmenabkommen sollen die Wettbewerbsbedingungen harmonisiert werden.

**Curafutura** begrüsst die Lockerung des Territorialitätsprinzips, dies insbesondere mit Blick auf die Freizügigkeit der Versicherten sowie den Wettbewerb. Auch **santésuisse** begrüsst die Schaffung einer definitiven gesetzlichen Grundlage. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland würde sich in einem eng abgesteckten Rahmen sowohl in Bezug auf den Kreis der ausländischen Leistungserbringer als auch auf die betroffenen Versicherungsnehmer bewegen (geringer Projektumfang ohne grossen Preisdruck auf die Leistungserbringer und ohne grosse Kosteneinsparungen). Auch der **SVV** begrüsst die Lockerung mit Blick auf die Freizügigkeit der Versicherten sowie den Wettbewerb.

Die **Fédération romande des consommateurs** stimmen unter den gleichen Bedingungen zu.

### 3.1.2. Kontra

Einige Kantone verzichten in diesem Punkt auf eine Stellungnahme. Insbesondere die Kantone **AI, VD und VS** sind teilweise grundsätzlich für eine Prüfung der Öffnung, beantragen aber noch weitere Abklärungen und sind der vorgeschlagenen Revision gegenüber eher skeptisch eingestellt. Ihrer Ansicht nach wurden die Auswirkungen einer solchen Bestimmung noch nicht zufriedenstellend geklärt.

Die überwiegende Mehrheit der Leistungserbringerorganisationen ist gegen die neue Bestimmung. Es wird vor allem die schlechtere Qualität der Leistungserbringer im Ausland vorgebracht. Einige wenige der Leistungserbringerorganisationen befürworten die Bestimmung unter der Bedingung, dass die ausländischen Leistungserbringer die gleichen Auflagen wie die schweizerischen Leistungserbringer erfüllen müssen. Somit befürworten sie die konkret vorliegende Revision nicht. Die **FMH** betont, der Nutzen für die Versicherten und die Kostensenkung habe nicht aufgezeigt werden können. Alle Vorgaben und auch die Kriterien der Kantone müssten zwingend auch für ausländische Leistungserbringer gelten. Zudem lasse der Entwurf eine Reihe von Anwendungsfragen offen (z.B. 1. Was gilt als grenznahe Ausland? 2. Sind ausländische Leistungserbringer an dieselben Kriterien (WZW usw.) gebunden? 3. Welcher Richter ist zuständig?). Die **Spitäler der Schweiz H+** machen geltend, die ausländischen Leistungserbringer müssten die gleichen Auflagen erhalten und den gleichen Qualitätsstandards unterstellt werden, wie die schweizerischen (Schweizer Gesetzgebung, kantonale Auflagen und sozialpartnerschaftliche Vereinbarungen). Zudem sei alles Wichtige im Gesetz selbst zu regeln und nicht erst in der Verordnung. Auch **medswiss.net**, der **Schweizer Physiotherapie-Verband**, die **Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft**, die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung**, der **Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner**, **The Swiss Leading Hospitals**, der **Aargauische Gesundheitspartner VAKA**,

**der Verband Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte und die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH)** lehnen die Vorlage ab.

Die **Sozialdemokratische Partei (SP)** ist nicht von Grund auf gegen die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, wenn sie einen qualitativen Mehrwert beim Versorgungsangebot bringt. Es scheint jedoch, dass die Pilotprojekte die institutionelle Zusammenarbeit in den Grenzregionen nicht verstärkt gefördert haben, und dass sie nicht zu einer substanziellen Kostensenkung beigetragen haben. Zudem unterstützt die SP den Ansatz nicht, dass wir unsere Kapazitäten im Bereich der Versorgungsplanung reduzieren, weil die Versorgung auch ausserhalb unserer Grenzen erfolgen kann. Das könnte die Versicherer oder zuweisenden Leistungserbringer dazu verleiten, Schweizer Patientinnen und Patienten zu zwingen, sich im Ausland behandeln zu lassen. Ausserdem würde die vorgesehene Änderung darauf hinauslaufen, dass der Bund Kompetenzen im Bereich der Spitalplanung für die im Ausland erbrachten Leistungen erhält. Die SP ist der Ansicht, dass die Planung Sache der Kantone bleiben muss, vor allem, wenn man sie verpflichtet will, einen Teil der Behandlungen nach dem Modell der neuen Spitalfinanzierung zu tragen.

Der **schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB)** lehnt die Revision ab. Der SGB macht geltend, der positive Effekt auf die Kosten sei nicht eingetreten. Der Nutzen für die Patientinnen und Patienten habe nicht aufgezeigt werden können. Die Planungs- und Steuerungskompetenz soll bei den Kantonen angesiedelt bleiben, damit es nicht zu einer unkontrollierten Mengenausweitung komme.

Das **Centre Patronal** und der **Schweizerische Gewerbeverband (SGV)** lehnen die Revision ab. Das Gehaltsniveau in der Schweiz sei deutlich höher als im Ausland und auch die Rahmenbedingungen sowie die gesundheitspolitischen Vorgaben würden sich zum Teil erheblich von jenen im benachbarten Ausland unterscheiden. Alle Anbieter müssten mit gleich langen Spiessen antreten können.

### **3.2. Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind (Art. 49a KVG)**

#### **3.2.1. Pro**

Nur zwei **Kantone (Genf und Neuenburg)** unterstützen – unter Hinweis auf das Diskriminierungsverbot und die Auslastung der Spitäler - diesen Revisionspunkt.

Die Parteien stimmen der Gesetzesänderung mehrheitlich zu. Die **BDP** betont, bisher hätten EU-Versicherte höhere Prämien bezahlt, weil die Kosten ausschliesslich durch die Versicherung übernommen worden seien, anstatt dass sich die Kantone an den Kosten beteiligt hätten. Es sei aber sicherzustellen, dass Schweizer Rentnerinnen und Rentner gegenüber Rentnern, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, in Bezug auf mögliche Tariffdifferenzen durch die freie Spitalwahl nicht ungleich behandelt werden. Die **CVP** ist einverstanden. Die **FDP** betont, dass die vorgeschlagene Systemänderung konform mit dem heutigen Finanzierungsschlüssel (gem. neuer Spitalfinanzierung) im KVG für stationäre Behandlungen sei. Sie verhindere die von der EU kritisierte Diskriminierung von EU-Bürgern. Der **Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche** weist noch darauf hin, dass die schweizerische Krankenversicherung in allen Fällen, also auch in den Patientenkategorien von Artikel 49a Absatz 2 lit. b KVG, zwingende Voraussetzung sein müsse.

Die Leistungserbringer sind, wenn sie sich dazu äussern, mehrheitlich für die neue Bestimmung. Die **Spitäler der Schweiz H+** betonen, es sei wichtig, dass die Spitäler usw. ihre Tarife vollständig vergütet erhalten würden. Allfällige Defizite sollen nicht diese tragen müssen. **Medswiss.net, die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung und the Swiss Leading Hospitals** betonen, dass die schweizerische Krankenversicherung in allen Fällen Voraussetzung sein müsse. Der **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte** unterstützt die Kostenübernahme durch die Kantone bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern, analog zu den Versicherten, die in der Schweiz wohnen.

Die Versichererverbände **Curafutura, santésuisse und SVV** begrüßen (unter Hinweis auf das Diskriminierungsverbot) diesen Revisionspunkt. Santésuisse macht zwei Änderungsvorschläge. Die Diskriminierung der Schweizer Rentnerinnen und Rentner gegenüber den EU-Rentnerinnen und Rentner müsse aufgehoben werden. Zudem müsse noch geregelt werden, welche Tarife bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Grenzgängerinnen und Grenzgängern von den Versicherern übernommen werden müssen.

Die **Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)** beschränkt ihre Stellungnahme auf diejenigen Änderungen, die die GE KVG direkt betreffen. Sie ist mit der Übernahme der neuen Aufgaben einverstanden. Sie wendet aber ein, dass einzelne Punkte bereits jetzt auf Gesetzesstufe geregelt werden sollten (z.B. die Finanzierung und der Datenschutz).

### 3.2.2. Kontra

Alle **Kantone** (ausser **GE** und **NE**) und die **GDK** sind gegen die vorgeschlagene Bestimmung. Die GDK und die Kantone bezweifeln, dass die bestehende Bestimmung das Diskriminierungsverbot des Freizügigkeitsabkommens verletze, da nach der bisherigen Regelung die vollen Spitalkosten von den Krankenversicherern übernommen werden müssten. Die Durchführung der neuen Bestimmung wäre problematisch und administrativ aufwändig. Die Vorlage führt zu einer Kostenverlagerung der Krankenpflegeversicherung auf die Kantone von rund 11,5 Millionen Franken. Eine versorgungspolitische Zuständigkeit der Kantone für Personen, die im Ausland leben, sei nicht gegeben. Deshalb ergebe sich auch keine Mitfinanzierungspflicht der Kantone.

Die **SVP** betont, sie lehne die Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von EU-Versicherten aus grundsätzlichen Überlegungen ab, da damit ein heute durch Prämienaufschläge, also eigenverantwortlich finanzierter Kostenanteil, auf die Allgemeinheit überwältzt werde. Es entstünde zudem eine neue Ungleichbehandlung zu Lasten der Schweizer Steuerzahler.

Nach Ansicht der **SP**, welche die Änderung des KVG bezüglich Spitalfinanzierung bekämpft hatte, stellt die vorgesehene Revision faktisch eine Erweiterung dieses Finanzierungsmodells auf die Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus der EU/EFTA dar. Die Versicherer konnten dank der Einführung dieser neuen Finanzierungsweise grosse Gewinne bei den Zusatzversicherungen erzielen, was die SP bedauert. Dennoch ist es nicht richtig, die Versicherten aus der EU/EFTA auf diese Weise zu diskriminieren. Die SP lehnt die Bestimmungen zur Übernahme der Spitalbehandlungen in der Schweiz durch die Kantone und Versicherer nicht ab, heisst sie aber auch nicht gut.

Das **Centre Patronal** ist der Ansicht, dass die vorgebrachte Diskriminierung rechtlich fragwürdig ist und dass die Mitfinanzierungspflicht nicht fundiert ist. Es ist nicht überzeugt, dass es unbedingt notwendig ist, dass die Kantone 55% der Kosten übernehmen, damit es keine Dis-

kriminierung der betroffenen Versicherten gibt. Zu diesem Punkt werden Präzisierungen erwartet. Es teilt die Meinung des Kantons Waadt bezüglich finanzieller Auswirkungen und seiner Zweifel betreffend Mitfinanzierungspflicht. Es hält auch das Problem der ausserkantonalen Spitalaufenthalte fest. In Bezug auf den ambulanten Bereich ist es auch der Meinung, dass die vorgenommene Änderung keine Auswirkungen auf die anderen Finanzierungsanteile, insbesondere die Restfinanzierung, haben darf.

Auch der **Schweizerische Gewerbeverband (SGV)** spricht sich gegen die vorgeschlagenen Anpassungen aus.

Die **FMH** macht geltend, die Revision werde insbesondere von den Ärztesgesellschaften der Grenzkantone abgelehnt.

### **3.3. Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Art. 64a Abs. 9, zweiter Satz KVG)**

#### **3.3.1 Pro**

Die **GDK** betont, bei diesem Revisionspunkt handle es sich eher um ein formelles Anliegen, da lediglich die notwendige, zurzeit mangelhafte Gesetzesgrundlage (der geltende Art. 64a Abs. 9 KVG) für die auf Verordnungsstufe getroffene und bereits umgesetzte Regelung (Art. 105m KVV) geschaffen werden soll. Der Vorstand der GDK stimmt der vorgeschlagenen Anpassung zu.

Die **Kantone AI, AR, BL, GL, GR, JU, NE, OW, SH, SO, TG, VD, VS und ZH** unterstützen die vorgesehene Revision analog der GDK. Der Kanton BS stimmt der Schaffung einer formellen gesetzlichen Grundlage in Artikel 64a Absatz 9 KVG für die bestehende differenzierte Regelung von Artikel 105m KVV mit der Einschränkung zu, dass zukünftig in Analogie zur faktischen, beschränkten Staatsgarantie, welche die Kantone für ihre Einwohnerinnen und Einwohner übernehmen, eine gleichartige Garantie durch den Wohnortstaat anzustreben sei.

Die Parteien **BDP, CVP, FDP** und **SVP** stimmen der Gesetzesänderung zu. Die **BDP** betont, es müsse zwingend die Möglichkeit eines Leistungsaufschubs geschaffen werden.

Der **Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche (asd)** weist noch besonders darauf hin, dass das „Delkredere-Risiko“ nicht beim Spital liegen bleiben dürfe. Umso mehr werde das Spital auf Kostengutspracheverfahren Wert legen müssen.

Auch der **Schweizerische Gewerbeverband (SGV)** und das **Centre Patronal** stimmen zu.

Die Leistungserbringerorganisationen unterstützen diesen Revisionspunkt grossmehrheitlich. Die **FMH** betont, die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage in diesem Bereich werde grossmehrheitlich unterstützt, mindestens eine Ärztesgesellschaft eines Grenzkantons lehne die Lösung aber ab. In jedem Fall sei sicherzustellen, dass nicht die Spitäler für allfällige Ausstände eintreten müssten. Auch **medswiss, die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung, The Swiss Leading Hospitals und der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)** stimmen zu. Einige dieser Leistungserbringerorganisationen weisen noch darauf hin, dass dem Kostengutspracheverfahren eine wichtige Bedeutung beigemessen werden müsse.

**Curafutura, santésuisse und der SVV** stimmen dieser Gesetzesänderung zu.

Die **Krankenversicherer CSS** und **Helsana** unterstützen grundsätzlich diesen Revisionspunkt. Sie weisen aber auf Umsetzungsschwierigkeiten bei der Verordnungsregelung (Artikel 105 Absatz 1 lit. b KVV) von säumigen Zahlern in Deutschland und Österreich hin. In diesem Bereich sei es möglich ohne Prämienzahlungen Leistungen zu beziehen. Sie schlagen einen Leistungsaufschub vor und die Aufnahme in eine Liste bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Sie machen einen Gesetzesvorschlag zur Ergänzung der entsprechenden Bestimmung.

### **3.3.2. Kontra**

Die **Kantone AG, GE, LU, SZ, UR, TI und ZG** sind gegen die Bestimmung. Sie möchten, dass Artikel 105m KVV in dem Sinne revidiert wird, dass bei allen EU-Versicherten bei Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen die Leistungen aufgeschoben werden. Zudem äussern sie sich gegen die Bestimmung von Artikel 105m Absatz 1 Buchstabe a KVV, nach der die Kantone in gewissen Fällen 85% der Verlustscheine übernehmen müssen. Zudem würden drei Kategorien von Personengruppen geschaffen, die nicht gleich behandelt würden. Es müsste für alle Versicherten, die unter Artikel 64a Absatz 9 KVG fallen, eine einfache, klare, einheitliche und rechtsgleiche Regelung geschaffen werden.

## **3.4. Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen für alle in der Schweiz versicherten Personen (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG)**

### **3.4.1. Pro**

Die **GDK** weist darauf hin, dass nach dem geltenden Artikel 41 Absatz 1 KVG der Versicherer für ambulante Behandlungen die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen müsse, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person gelte. Neu soll der jeweils für den gewählten Leistungserbringer geltende Tarif zur Anwendung kommen; eine Verrechnung aufgrund differierender kantonaler Taxpunktwerte soll somit künftig entfallen.

Diese Änderung betreffe den interkantonalen Leistungsbezug. Die bestehende Lösung führe zu unnötigem administrativem Aufwand für die Leistungserbringer und die Krankenversicherer. Sicherzustellen sei bei einer solchen Gesetzesänderung jedoch in jedem Fall, dass durch diese keine Präjudizen für andere Finanzierungssysteme (Spitalfinanzierung, Restfinanzierung Pflege) geschaffen werde.

In der Botschaft zum Gesetzesentwurf sollte klar gestellt werden, dass die revidierte Bestimmung von Artikel 41 Absatz 1 KVG die kantonale Restfinanzierung bei den Pflegeleistungen nicht tangiere, da in dieser Bestimmung lediglich von einer Kostenübernahme durch den "Versicherer", nicht aber durch die Kantone die Rede ist. Da der Versicherer gemäss Artikel 25a KVG einen schweizweit einheitlichen Beitrag an die Pflegeleistungen zu bezahlen habe, ergäben sich bezüglich Pflegefinanzierung keine Differenzen zwischen heutigem und künftigem Artikel 41 Absatz 1 KVG. Auch bezüglich weiteren ambulanten Bereichen (z.B. Tageskliniken Psychiatrie) sei die Kostenübernahme auf die "Versicherer" zu beziehen und nicht auf allfällige Kantonsbeiträge.

Der Vorstand der GDK stimme der vorgeschlagenen Anpassung unter der Bedingung zu, dass in der Botschaft explizit festgehalten werde, dass die Änderung lediglich die Finanzierungspflicht der Versicherer, nicht aber die Beiträge der Kantone betreffe.

In einem analogen Sinne äussern sich grundsätzlich praktisch alle **Kantone**, die zu diesem Punkt eine Vernehmlassung abgegeben haben. Einige Kantone stimmen vorbehaltlos zu und einige Kantone heben noch die folgenden zwei Bedingungen besonders hervor: 1. Der Tatsache, dass alle Bewohner von kantonsübergreifenden Versorgungsregionen einen gleichberechtigten Zugang zu allen ambulanten Leistungsanbietern der Region haben, sei bei künftigen Strategien und Entscheiden zur Tarifgestaltung von allen involvierten Parteien angemessenen Rechnung zu tragen. 2. Es sei klarzustellen, dass mit der vorgesehenen Gesetzesänderung für die ambulanten Leistungen keine Präjudizen für andere Finanzierungssysteme (insbesondere Spitalfinanzierung und Restfinanzierung der Pflege) geschaffen werden.

Der **Kanton NW** äussert sich analog der Stellungnahme der GDK macht aber ergänzend noch darauf aufmerksam, dass Artikel 79 a Bst. a KVG (i.V.m. Art. 72 ATSG) ergänzt werden sollte. Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG müsse sinngemäss auch für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach den Artikeln 25a, 41 und 49a KVG geleistet habe, gelten.

Die **Parteien**, die eine Vernehmlassung zu diesem Revisionspunkt abgegeben haben, stimmen der Änderung zu. Auch **der Schweizerische Gewerbeverband (SGV), das Centre Patronal und die FRC** stimmen zu. Der **Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche (asd)** unterstützt nur Absatz 1 (zum Vorbehalt bezüglich Absatz 2, vgl. unten folgend bei 3.4.2. Kontra).

Die Leistungserbringerorganisationen (**FMH, Die Spitäler der Schweiz H+, The Swiss Leading Hospitals, die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV), die Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG) und der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)**), die sich zu dieser Bestimmung äussern, stimmen ihr zu. Die **FMH** weist noch ergänzend darauf hin, dass sie auch der Revision des Militärgesetzes zustimme. Einige machen aber noch einen Vorbehalt zu Absatz 2 (vgl. unten folgend bei 3.4.2. Kontra).

**Curafutura** unterstützt den Vorschlag. Auch **santésuisse** begrüsst, dass die Kosten bei ambulanten Behandlungen neu nach dem jeweils für den gewählten Leistungserbringer geltenden Tarif übernommen werden. **Santésuisse** macht aber in ihrer Stellungnahme noch konkrete Vorschläge zur Verbesserung des Gesetzestextes. Auch der **SVV** stimmt zu.

### 3.4.2. Kontra

Einige Organisationen (wie zum Beispiel **der Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche (asd), Medwiss.net, The Swiss Leading Hospitals und die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)**) machen einen Vorbehalt bezüglich Artikel 41 Absatz 2 KVG. Es entstünden mit dem Vorschlag der Wahlfreiheit des Listenspitals für Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Art. 41 Abs. 2 KVG), eine Rechtsungleichheit gegenüber dem Schweizer Patienten, der eine Listenspitalwahlfreiheit nur bezüglich Wohnkanton oder Standortkanton ohne finanzielle Konsequenzen habe. Deshalb würden diese es begrüssen, wenn eine solche beabsichtigte Regelung zunächst ohne neue Gesetzesnormen während einer beschränkten Zeit in einem Pilotversuch auf ihre möglichen Auswirkungen getestet würde.

## **B. Ergebnisse im Einzelnen**

### **1. Allgemeines**

Nur wenige Vernehmlassungsteilnehmerinnen und Vernehmlassungsteilnehmer haben sich allgemein zu den vier Revisionspunkten geäußert. Viele haben sich darauf beschränkt, ihre Stellungnahmen zu den hinten folgenden konkreten Punkten abzugeben.

#### **1.1. Kantone und kantonale Konferenzen**

Der **Kanton SO** betont, dass die Förderung bzw. Regelung einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung weiter zu verfolgen sei. Damit verbunden unterstütze er auch Anpassungen im Krankenversicherungsgesetz. Allerdings erscheine ihm die aktuell unterbreitete Vorlage noch zu wenig ausgereift. Er beantrage deshalb, die offenen Fragen zu klären und den sich daraus ergebenden Normierungsbedarf aufzuarbeiten.

Der **Kanton ZH** weist darauf hin, dass das zentrale Anliegen darin bestehe, dass die Revision keine zusätzlichen Belastungen der Kantone mit sich bringe.

Der **Kanton NE** betont, er begrüße als Grenzkanton Gesetzesänderungen, welche die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erleichtern würden.

#### **1.2. Politische Parteien, Dachverbände der Wirtschaft, Gemeinden, Städte und Regionen, Konsumentenverbände**

Die **BDP** teilt mit, sie unterstütze die Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und damit die Lockerung des Territorialprinzips, wenn dadurch kein Behandlungszwang im Ausland eingeführt werde. In Bezug auf die Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen von EU-Versicherten verlangt die BDP mehr Informationen über die zukünftigen Kostenfolgen für die Kantone. Zudem bleibe unklar, welche volkswirtschaftlichen Auswirkungen die Anpassungen haben werden. Die BDP möchte Auskunft darüber, ob die Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen von EU-Versicherten auf Grenzgängerinnen und Grenzgänger und Rentnerinnen und Rentner beschränkt werden könne, um zusätzliche Kosten bei der Behandlung von Familienangehörigen von EU-Versicherten im Gesundheitswesen zu verhindern. Zudem bestehe für die BDP kein Zweifel, dass als Folge der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, zwingend die Möglichkeit eines Leistungsaufschubs geschaffen werden müsse.

Die **SVP** betont, sie unterstütze die Vorlage nur teilweise. Es sei geradezu ein Hohn, dass für ein einziges Mal in einer solch unbedeutenden Vorlage der Abbau von administrativem Aufwand und die Stärkung der Wahlfreiheit im Vordergrund stünden, während ansonsten in den wichtigen gesundheitspolitischen Dossiers heute leider der Zentralismus und die Tendenz zur Verstaatlichung dominieren würden. Wettbewerb und Eigenverantwortung sollten aber auch unbedingt in den grossen Gesundheitsthemen gestärkt werden.

Das **Centre Patronal** stellt sich gegen die Vorlage und verlangt, dass darin Änderungen und Ergänzungen angebracht werden, bevor man weitergeht.

### 1.3. Leistungserbringer und Organisationen des Gesundheitswesens

Der **Verband Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte (VSAO)** lehnt von den vier vorgeschlagenen Gesetzesänderungen die erste (grenzüberschreitende Zusammenarbeit) ab und unterstützt die übrigen Vorschläge.

### 1.4. Versicherer und Versichererverbände

Die **CSS Versicherung und die Helsana Versicherungen AG** unterstützen grundsätzlich die vorgeschlagenen Anpassungen der Bestimmungen mit internationalem Bezug. Sie machen aber noch Vorschläge zu Detailanpassungen bei einzelnen Punkten.

**Curafutura** begrüsst grundsätzlich die vier zentralen Punkte der Revision.

**santésuisse** unterstützt grundsätzlich die vorgeschlagenen Anpassungen der Bestimmungen mit internationalem Bezug. Sie macht aber noch Vorschläge zu Detailanpassungen bei einzelnen Punkten. Beim Bereich betreffend Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen seien noch folgende Anpassungen vorzunehmen, bevor **santésuisse** der Revision in diesem Teilbereich uneingeschränkt zustimmen könne: Die Schaffung von neuen Ungleichbehandlungen zwischen Rentnern aus einem EU-/EFTA-Staat und von in der Schweiz wohnhaften Rentnern sei zu vermeiden. **santésuisse** schlage deshalb eine Alternativlösung vor, damit auch Versicherte aus EU-/EFTA-Staaten Tariffdifferenzen mittragen. Diese Alternative sei zu prüfen. Der Wortlaut von Artikel 41 Absatz 1bis KVG und Artikel 49a Absatz 2 Buchstabe b KVG sei ferner dahingehend zu präzisieren, dass sich die anteilmässige Übernahme der Vergütung von EU-/EFTA-Versicherten mit Anknüpfungspunkt an einen Kanton auf den geltenden Tarif im Erwerbskanton beschränke.

Der **Schweizerische Versicherungsverband (SVV)** begrüsst alle vier Punkte dieser Teilrevision.

Die **Abteilung Militärversicherung der Suva** betont, die vorgeschlagenen Änderungen des KVG würden hauptsächlich Bestimmungen betreffen, welche einen internationalen Bezug hätten. Soweit diese Bestimmungen keinen Einfluss auf das Militärversicherungsgesetz (MVG) hätten, würden sich weitere Ausführungen erübrigen. Gemäss Seite 17 des erläuternden Berichtes wurde die Unterscheidung zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung mit der Revision des KVG vom 21.12.2007 aufgehoben, womit dies auch in der Militärversicherung berücksichtigt werden soll. Folglich müssten in Artikel 16 Absatz 2 erster Satz, Artikel 17 Sachüberschrift und in Absatz 3 erster Satz sowie in Artikel 71 Absatz 1 MVG der Ausdruck teilstationäre Behandlung gestrichen und es müssten die notwendigen grammatikalischen Anpassungen gemacht werden. Die Abteilung Militärversicherung der Suva habe die Sachlage geprüft und sei mit diesem Änderungsvorschlag einverstanden. Die Abteilung Militärversicherung der Suva unterstütze auch das Anliegen der Revision des KVG, wonach neu der Leistungserbringer im ambulanten Bereich frei in der Schweiz gewählt werden könne, ohne dass dem Versicherten Mehrkosten durch die unterschiedlichen kantonalen Tarife entstehen würden. Ein Änderungsbedarf im Militärversicherungsgesetz bestehe jedoch – entgegen den Ausführungen im Bericht auf Seite 12 – nicht. Folglich dürfe Artikel 17 Absätze 2 und 4 MVG hier nicht wie vorgeschlagen angepasst werden.

## **2. Einzelne Bestimmungen**

### **2.1. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit (Art. 34 Abs. 2 und 3 KVG)**

#### **2.1.1. Pro**

Die **GDK** weist darauf hin, dass die bestehenden Pilotprojekte der Kantone BS, BL und des Landkreises Lörrach sowie des Kantons SG und dem Fürstentum Liechtenstein von den beteiligten Akteuren und den bisher behandelten Versicherten insgesamt positiv bewertet wurden. Die dauerhafte Weiterführung und die allfällige Ausdehnung auf weitere Grenzregionen werden deshalb von verschiedenen grenznahen Kantonen durch die Schaffung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage als sinnvoll erachtet.

Bezüglich der konkreten Ausgestaltung einer solchen gesetzlichen Regelung hätten sich aber der GDK verschiedene Fragen gestellt und die GDK und das BAG hätten deshalb darüber vorgängig Fragen und Antworten ausgetauscht. Das BAG habe der GDK bestätigt, dass die noch zu erarbeitenden Verordnungsbestimmungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit vorsehen werden, dass ohne den Willen eines Grenzkantons keine grenzüberschreitende Zusammenarbeit vereinbart werden kann, weil dazu immer ein entsprechender, vom Bundesrat zu genehmigender Vertrag zwischen Leistungserbringer, Versicherer und dem Grenzkanton bestehen muss. Da auch vorgeschrieben werde, dass der Leistungsbezug in jedem Fall nur Versicherten, die in diesem Grenzkanton wohnen und bei einem beteiligten Versicherer versichert sind, offen stehen werde, könne ein Vertrag über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit keine Wirkung für die Versicherten eines anderen Kantons entfalten. Die GDK weist darauf hin, dass die Kantone heute nicht verpflichtet sind, für Spitalbehandlungen im Ausland einen finanziellen Beitrag (Kantonsanteil) zu entrichten. Dies wäre auch bei einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der Fall. Eine entsprechende Verpflichtung könnte gemäss Auskunft des BAG nicht auf Verordnungsstufe festgelegt werden. Auch seien gemäss den Auskünften des BAG die Leistungen aus Kooperation mit ausländischen Leistungserbringern nicht auf den kantonalen Spitallisten zu führen, da diese Leistungen nur für eine beschränkte Zielgruppe aus dem Grenzkanton zugänglich seien. Zudem müsse ein Kanton in jedem Fall im Inland ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot zur Verfügung stellen, weil – auch dies soll nach Auskunft des BAG in der Verordnung explizit festgeschrieben werden – die Versicherten in keinem Fall verpflichtet werden können, sich im Ausland behandeln zu lassen. Die Überprüfung der Einhaltung der WZW-Kriterien durch den ausländischen Leistungserbringer liege gemäss Auskunft des BAG bei den Vertragsparteien, also gemeinsam bei den Versicherern und den Kantonen.

Die GDK macht aber darauf aufmerksam, dass die Gesetzesbestimmung zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sehr offen formuliert ist. Sie delegiere die Festlegung aller wesentlichen Eckwerte der Ausgestaltung an den Verordnungsgeber. Gemäss Bericht zur Vernehmlassung sei der Bundesrat bestrebt, sich am bisherigen Artikel 36a KVV für die befristeten Pilotprojekte zu orientieren.

Die GDK erwartet, dass die oben dargestellten, wesentlichen Elemente der vom Bundesrat vorgesehenen Umsetzungsbestimmungen bereits in der Botschaft an das Parlament ausformuliert werden, damit bereits im parlamentarischen Prozess Sicherheit über die wichtigsten Aspekte einer Umsetzung geschaffen werden könnten. Unter diesen Voraussetzungen stimmt die GDK der vorgesehenen Gesetzesänderung zu.

Viele Kantone bringen in ihren Vernehmlassungsantworten zum Ausdruck, dass sie sich der Stellungnahme der GDK anschliessen. Einige geben eine Stellungnahme ab, die der Stellungnahme der GDK praktisch entspricht. In diesem Sinne äussern sich die Kantone AG, AR, BE, BL, GL, GR, LU, SH, TG, UR und ZH. Weitere Kantone begrüssen grundsätzlich die Schaffung

einer gesetzlichen Grundlage für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, verweisen teilweise zusätzlich auf die Korrespondenz der GDK, stellen aber noch zusätzliche Fragen (OW, SO und ZG). Der Kanton SG unterstützt die vorgeschlagene KVG-Änderung, mit welcher eine dauerhafte Weiterführung des Pilotprojekts ermöglicht werden soll.

Der **Kanton BS** betont, seit dem 1. Januar 2007 führe er gestützt auf die KVV zusammen mit dem Kanton Basel-Landschaft und dem Landkreis Lörrach ein zeitlich befristetes, binationales Pilotprojekt zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch. Deutschland habe im Hinblick auf die grenzüberschreitende Zusammenarbeit seine Gesetzgebung so angepasst, dass in der Schweiz bezogene Leistungen durch deutsche Krankenversicherungen – bis zu den Kosten, die die Behandlung in Deutschland gekostet hätte – übernommen würden. Ferner könnten deutsche Krankenkversicherer Verträge mit Schweizer Leistungserbringer abschliessen. Somit sei die Schweiz diesbezüglich den EU-/EFTA-Staaten gleichgestellt.

Bei der Umsetzung des Pilotprojekts habe es sich bewährt, dass die gesetzlichen Anforderungen des Standortlandes für die Zulassung zum Pilotprojekt ausschlaggebend seien (zum Beispiel in Bezug auf die Betriebsbewilligung, Qualitätsnachweis etc.). Die somit erreichten Anforderungen würden für Patienten aus der Schweiz genügen und würden eine ausreichende Rechtsicherheit schaffen. Infolge der vorbildlichen und teilweise höheren Qualitätsanforderungen in Deutschland und den deutlich tieferen Preisen könne ohne vertiefte Prüfung von einer Einhaltung der WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich) ausgegangen werden.

Auf Grund der bisher geringen Patientenzahlen sei eine Berücksichtigung der Patientenströme bei der kantonalen Versorgungsplanung bisher nicht notwendig gewesen. Sollten die Patientenzahlen markant zunehmen, müsste ein Einbezug in Betracht gezogen werden. Bei der Begleituntersuchung des Pilotprojekts durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN) sei das grenzüberschreitende Angebot als sinnvolle Ergänzung gewertet, und es sei eine hohe Patientenzufriedenheit festgestellt worden. Wie den vorstehenden Ausführungen zu entnehmen sei, seien im Rahmen des Pilotprojekts der Region Basel/Lörrach betreffend die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bereits gute Erfahrungen gemacht worden. Die vorliegende KVG-Revision sei demzufolge zu begrüssen.

Zusammenfassend betont der Kanton BS, dass er der vorgesehenen Gesetzesänderung grundsätzlich zustimme, mit einer Ergänzung: Die Gesetzesbestimmung zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sei sehr offen formuliert. Sie delegiere die Festlegung aller wesentlichen Eckwerte der Ausgestaltung an den Verordnungsgeber. Gemäss Bericht zur Vernehmlassung sei der Bundesrat bestrebt, sich am bisherigen Artikel 36a KVV für die befristeten Pilotprojekte zu orientieren. Der Kanton BS erwartet, dass die der GDK mit Schreiben vom 8. Januar 2015 bestätigten, wesentlichen Elemente der vom Bundesrat vorgesehenen Umsetzungsbestimmungen bereits in der Botschaft an das Parlament ausformuliert werden, damit bereits im parlamentarischen Prozess Sicherheit über die wichtigsten Aspekte einer Umsetzung geschaffen werden könne.

Der **Kanton Genf** ist der Meinung, dass mehr Klarheit in die Vorlage gebracht werden muss, namentlich in Bezug auf die Umsetzung dieser Zusammenarbeit. Man müsste insbesondere präzisieren, inwieweit die Gesundheitsplanung der Kantone die Kapazität der ausländischen Spitäler berücksichtigen kann - oder soll - und ob Gegenseitigkeitsregeln angewendet werden können, um Bürgerinnen und Bürgern der Europäischen Union (EU) Zugang zu den Schweizer Spitälern zu gewähren. Die Aufhebung gewisser Hemmnisse für die Weiterentwicklung einer grenzüberschreitenden Gesundheitspolitik ist im Hinblick auf die Schaffung eines echten französisch-genferischen Gesundheitsraums unerlässlich. Vor diesem Hintergrund sind die vorgeschlagenen administrativen Vereinfachungen willkommen. Allgemeinere Erwägungen müss-

ten sich jedoch auch mit der Möglichkeit befassen, die für die nicht KVG-versicherten Bewohnerinnen und Bewohner des französischen Grenzgebiets sehr realen Tarifhürden zu überwinden, sowie mit der Implementierung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsplanung. So könnte das Universitätsspital Genf (HUG) in einem erweiterten Einzugsgebiet Leistungen erbringen und damit seine kritische Masse erhöhen, was günstig für die Weiterentwicklung der Leistungen in der Spitzenmedizin ist.

Als direkt von der vorgeschlagenen Gesetzesrevision betroffener Grenzkanton ist der **Kanton Jura** besonders daran interessiert, eine dauerhafte grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit den angrenzenden Regionen aufbauen zu können. Man muss jedoch eine präzise Reglementierung zur Umsetzung dieser Zusammenarbeit festlegen, so dass die betroffenen Kantone direkt einbezogen werden. Die Präzisierungen im Schreiben des BAG vom 8. Januar 2015 an die GDK sind für die jurassische Regierung durchaus befriedigend. Es ist jedoch wichtig, dass die wesentlichen Elemente, die mittels Verordnung klargestellt werden müssen, in der Botschaft an das Parlament präzisiert werden.

Der **Kanton Neuenburg** befürwortet den Vorschlag zur Änderung von Artikel 36a KVV sehr, der die Weiterführung oder den Aufbau einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen im Allgemeinen und im Spitalbereich im Besonderen ermöglicht. Auch wenn im Rahmen des geltenden Artikels 36a KVV noch keine solche Zusammenarbeit zwischen dem Kanton Neuenburg und der Region Franche-Comté entstanden ist, besteht auf beiden Seiten der Grenze der starke Wille, diesen Weg einzuschlagen, vor allem beim städtischen Ballungsgebiet Doubs (Agglomération Urbaine du Doubs, AUD), aber auch beim Neuenburger Spital (HNE). Jeder Ansatz, der die Hürden für die Umsetzung einer solchen Zusammenarbeit beseitigt oder abbaut, muss daher unterstützt werden. Es besteht ein Potenzial zur Zusammenlegung gewisser Gesundheitsdienste und Ausrüstungen im Gesundheitswesen. Der Entwurf zur Revision von Artikel 36a KVV muss die Ausschöpfung dieses Potenzials im Interesse der in den Grenzgebieten lebenden Bevölkerung ermöglichen. Offensichtliche Hemmnisse für eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit werden jedoch nicht aufgehoben. Auf die Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die in Frankreich versichert sind und in der Schweiz behandelt werden, wird nicht eingegangen. Das könnte die Zusammenarbeit im Bereich Onkologie beeinträchtigen, die in Zukunft im Kanton Neuenburg entstehen könnte, denn im Nordwesten des Kantons gibt es an einem Standort des HNE Kompetenzzentren für Onkologie und Senologie, welche die Gesundheitsbehörden von Franche-Comté und AUD interessieren würden.

Der **Kanton Tessin** unterstützt die Gesetzesänderung aufgrund der vom BAG abgegebenen Zusicherungen, die in der Umsetzungsverordnung konkretisiert werden. Die Änderung bietet Tessiner Patientinnen und Patienten, die für bestimmte spezifische Leistungen auf die andere Seite des Gotthards fahren müssen, interessante Alternativen in der an das Tessin angrenzenden Lombardei.

Die **BDP** betont, für sie sei die regionale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wichtig. Obwohl die Teilnahme an den bestehenden Pilotprojekten zur Förderung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit noch tief gewesen sei, unterstütze sie die Absicht, eine solche grenzüberschreitende Zusammenarbeit in allen Grenzregionen dauerhaft zu ermöglichen. Aus Sicht der BDP steige durch die Lockerung des Territorialprinzips die Versorgungssicherheit und zusätzlich werde die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt. Gleichzeitig lehnt die BDP einen Behandlungszwang im Ausland für die Versicherten ab.

Die **CVP** weist darauf hin, dass sie eine unbefristete und grenzüberschreitende Zusammenarbeit in den grenznahen Regionen unterstütze. Daher seien sie mit der Lockerung des Territorialitätsprinzips einverstanden. Die regionale Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik habe die CVP stets unterstützt und gefordert. So habe die CVP bereits 2006 die ersten Pilotprojekte dazu befürwortet.

Die **FDP** macht darauf aufmerksam, dass sie, wie bereits in ihrer Stellungnahme vom 16. März 2006, die Lockerung des Territorialprinzips im KVG begrüsse. Aus freisinniger Sicht sollte der Schweizer Gesundheitsmarkt mittelfristig schrittweise geöffnet werden. Die zunehmende Marktintegration sollte beim Gesundheitswesen nicht an der Grenze gestoppt werden. Eine Aufhebung des Territorialitätsprinzips unter klar definierten Rahmenbedingungen würde den regulierten Wettbewerb im Gesundheitswesen generell beleben, was positive Auswirkungen auf das Preisniveau hätte und auch den Druck, qualitativ hochstehende Leistungen anzubieten, erhöhen würde. Insofern unterstütze die FDP die Schaffung einer definitiven gesetzlichen Grundlage, damit die laufenden Pilotprojekte in den Grenzregionen weitergeführt werden können.

Die **SVP** betont, dass die geplante Verstetigung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zur Kostenübernahme für Leistungen im grenznahen Ausland das Potenzial, den Wettbewerb zu stärken, habe. Die Hoffnung sei, dass dies mittelfristig auch zu einem Kostendruck gegenüber den Leistungserbringern in der Schweiz führen werde. Der administrative Aufwand für die Versicherer müsse aber gegenüber der Pilotphase deutlich reduziert werden.

Die **Fédération des entreprises romandes (FER)** unterstützt diese Änderung, sofern ausländische Leistungserbringer denselben Qualitätsstandards unterliegen wie schweizerische.

Die **Fédération romande des consommateurs (FRC)** unterstützt eine gut durchdachte grenzüberschreitende Zusammenarbeit, sofern keine versicherte Person jemals gezwungen wird, sich im Ausland behandeln zu lassen, wenn sie das nicht möchte, und sofern auf beiden Seiten der Grenze dieselbe Versorgungsqualität gewährleistet ist. Die FRC wünscht, dass der Staat dafür sorgt, dass die Krankenkassen nicht das Recht haben, besondere Versicherungsformen anzubieten, bei denen die Versicherten sich dazu verpflichten müssen, sich auf der anderen Seite der Grenze behandeln zu lassen. Die derzeitige Entwicklung der Wechselkurse und der aufgesetzte Druck zur Bekämpfung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen könnten verschiedene Akteure früher oder später dazu verleiten, dieses Verbot zu umgehen.

Die **Interessengemeinschaft (IG) eHealth** betont, sie nehme nur zur geplanten Revision im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Kontext einer Einführung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) Stellung. Da die geplante Revision des KVG eine Verbesserung des Versorgungsangebots in den Grenzregionen anstrebe, begrüsse die IG eHealth mit Fokus auf die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen grundsätzlich die grenzüberschreitende Zusammenarbeit auch im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung. Allerdings weist die IG eHealth darauf hin, dass sich diesbezüglich und im Zusammenhang mit dem absehbaren Inkrafttreten des EPDG aus der Sicht der IG eHealth noch wesentliche Fragen stellen würden. Deshalb erachte die IG eHealth es als zentral, dass die geplante Anpassung der Bestimmungen mit internationalem Bezug im KVG im Kontext der Einführung des EPDG erfolge und damit die aufgeworfenen Fragestellungen vorab geklärt würden.

Die **Konferenz kantonale Krankenhausverbände** stimmt der Revision grundsätzlich zu, weist aber auf die Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen infolge ungleicher Regulierungsdichte und unterschiedlicher Versorgungsqualität hin. Es sollte deshalb mit Rahmenabkommen die Kooperationen mit grenznahen Regionen und Institutionen geregelt werden. Damit soll auf eine Harmonisierung der Wettbewerbsbedingungen hingewirkt werden.

**Curafutura** erinnert daran, dass im Rahmen der OKP das Territorialitätsprinzip gelte. Es würden nur jene Leistungen übernommen, die in der Schweiz erbracht werden. Mit der vorgeschlagenen Änderung von Artikel 34 KVG werde dieses Prinzip gelockert. Neu sei dauerhaft auch die Kostenübernahme von Leistungen möglich, die im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit für in der Schweiz wohnhafte Versicherte im Ausland erbracht würden.

curafutura begrüsst die Lockerung des Territorialitätsprinzips, insbesondere mit Blick auf die Freizügigkeit der Versicherten sowie den Wettbewerb.

**Santésuisse** begrüsst die Schaffung einer definitiven gesetzlichen Grundlage, damit die laufenden Pilotprojekte in den Grenzregionen Basel/Lörrach und St. Gallen/Liechtenstein weitergeführt und neue Formen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit entstehen können.

Die Weiterführung der Pilotprojekte sei sinnvoll, denn die in grenznahen Gebieten wohnhaften Versicherten schätzen die Wahlmöglichkeit einer Behandlung im grenznahen Ausland. Zudem sei angesichts der zunehmenden Marktintegration in anderen Wirtschaftssektoren die grenzüberschreitende Zusammenarbeit auch im Gesundheitswesen zu fördern. Dabei müsse die medizinische Behandlungsqualität sichergestellt und die Wahlfreiheit der Patienten gewahrt bleiben. Niemand dürfe zu einer Behandlung im Ausland gezwungen werden.

Die Erfahrungen hätten gezeigt, dass der Monitoringaufwand für die Versicherer, die bei den Pilotprojekten mitwirkten, relativ zur geringen Anzahl Pilotprojektfälle gross sei. Im Hinblick auf die spätere Verordnungsbestimmung sei darauf zu achten, dass bei der dauerhaften Durchführung der Projekte und bei künftigen grenzüberschreitenden Kooperationen der administrative Aufwand für die Krankenversicherer im Vergleich zur Pilotphase deutlich reduziert werde.

In diesem Zusammenhang gleich von einer Lockerung des Territorialprinzips zu sprechen, sei aus Sicht von santésuisse unangemessen. Wie der Bundesrat im erläuternden Bericht erkläre, werde sich die zu erlassende Verordnung stark am geltenden Artikel 36a KVV orientieren. Damit bewegen sich die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland in einem eng abgesteckten Rahmen sowohl in Bezug auf den Kreis der ausländischen Leistungserbringer als auch die betroffenen Versicherungsnehmer. Daher ist angesichts des voraussichtlich geringen Projektumfangs auch in Zukunft nicht mit einem Preisdruck auf die Leistungserbringer und mit Kosteneinsparungen zu rechnen.

Der **SVV** betont, dass insbesondere die in grenznahen Gebieten wohnhaften Versicherten die Möglichkeit einer medizinischen Behandlung im grenznahen Ausland schätzen würden. Das in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltende Territorialitätsprinzip, wonach nur Leistungen zu vergüten sind, die in der Schweiz erbracht werden, soll eine gewisse Lockerung erfahren. Der SVV begrüsst die Lockerung des im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Territorialitätsprinzips, insbesondere mit Blick auf die Freizügigkeit der Versicherten sowie den Wettbewerb. Innovative Formen der Zusammenarbeit im Interesse der Versicherer und der Patientinnen und Patienten sind unter Einhaltung der WZW-Kriterien unabhängig von der Landesgrenze zu fördern. Ein wichtiger Punkt stellt für den SVV die Sicherstellung der medizinischen Behandlungsqualität und die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten dar. Einen Zwang zur Behandlung im Ausland darf es aus Sicht des SVV nicht geben. Des Weiteren ist es für den SVV wichtig, dass sich bei künftigen grenzüberschreitenden Kooperationen der administrative Aufwand für die Krankenversicherer in Grenzen hält.

### 2.1.2. Kontra

Der **Kanton AI** ist gegenüber diesem Revisionspunkt aufgrund verschiedener Unklarheiten eher skeptisch. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit sei zwar grundsätzlich zu prüfen. Sie sei aber nur dann zu begrüssen, wenn die Auswirkungen solcher Zusammenarbeit auf die direkt beteiligten und die übrigen Kantone zufriedenstellend geklärt werden können. Nach Erachten des Kantons AI reichen die aktuell vorliegenden Informationen über die Ausgestaltung und die Auswirkungen einer solchen gesetzlichen Grundlage dazu nicht aus. Auch der **Kanton SZ** macht geltend, die aktuell vorliegenden

Informationen über die Ausgestaltung und die Auswirkungen einer solchen gesetzlichen Grundlage (und darauf basierende Verordnungsbestimmungen) würden nicht ausreichen und es würden sich noch viele Fragen stellen. Deshalb bestehe noch Klärungsbedarf.

Der **Kanton Waadt** ist der Ansicht, dass man im erläuternden Bericht vertieft auf die allfälligen finanziellen Risiken solcher Formen der Zusammenarbeit eingehen müsste. Die derzeit verfügbaren Informationen zu den Modalitäten und Auswirkungen einer solchen gesetzlichen Grundlage (und die diesbezüglichen Verordnungsbestimmungen) sind klar ungenügend.

Der Kanton Waadt stellt sich auch folgende Fragen:

- Müssen die Kapazitäten der ausländischen Spitäler in die Gesundheitsplanung der Kantone einbezogen werden?
- Haben die zugelassenen ausländischen Spitäler dieselben Pflichten wie die Schweizer Spitäler (Datenschutz, Submissionsrecht usw.)?
- Müssen ausländische Spitäler dieselben Kriterien bezüglich Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (WZW) erfüllen wie die Schweizer Spitäler, und wer kontrolliert das?
- Gilt Gegenseitigkeit (ähnlicher Zugang zu Schweizer Spitälern für EU-Bürgerinnen und -Bürger)?
- Wie steht es mit dem Rahmenabkommen mit Frankreich (siehe Seite 3 des erläuternden Berichts) und mit seiner Verknüpfung mit Artikel 34 des Änderungsentwurfs zum KVG?

Der **Kanton Wallis** ist der Meinung, dass die derzeit verfügbaren Informationen zu den Modalitäten und Auswirkungen einer solchen gesetzlichen Grundlage sowie die diesbezüglichen Verordnungsbestimmungen ungenügend sind. Die möglichen finanziellen Risiken, die solche Formen der Zusammenarbeit bergen, müssen klargestellt werden und ebenso die Wirtschaftlichkeits-, Zweckmässigkeits-, Wirksamkeits- und Kontrollkriterien. In Erwartung der verlangten Klärungen lehnt der Kanton Wallis den Änderungsvorschlag ab.

Der **Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche (asd)** weist darauf hin, dass sich das bisherige System bewährt habe. Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Sinne der einseitigen Öffnung zugunsten ausländischer Leistungserbringer sei für den asd insbesondere dann unannehmbar, wenn der Versicherer seine Versicherten zu derartigen ausländischen Versorgungen anhalten könnte. Sollte der Bundesrat eine derartige grenzüberschreitende Öffnung befürworten, müsste er aber auch die Möglichkeit ausländischer Versicherungsabschlüsse im Sozialversicherungsbereich zulassen.

Nach Ansicht der **SP** hat die grenzüberschreitende Zusammenarbeit nicht zu einer substanziellen Kostensenkung beigetragen. Die SP will wissen, ob die in Deutschland erfolgten Behandlungen (in den meisten Fällen handelt es sich um Rehabilitationsbehandlungen in Deutschland, die durchschnittlich 3,5-mal billiger sind als in der Schweiz) tatsächlich zu tieferen Preisen verrechnet wurden. Sie möchte auch wissen, wem diese Einsparungen zugute kommen. Sie verlangt, dass die Kostenunterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz vollständig transparent gemacht werden. In der Schweiz ist die Anzahl Vollzeitplätze pro Pflage-tag durchschnittlich 2,2-mal höher als in Deutschland. Es ist daher zu befürchten, dass das deutsche Personal stärker unter Druck gesetzt wird. Zudem scheinen die Pilotprojekte die institutionelle Zusammenarbeit in den Grenzregionen nicht verstärkt gefördert zu haben. Die SP ist nicht von Grund auf gegen die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, wenn sie einen qualitativen Mehrwert beim Versorgungsangebot bringt. Allgemein unterstützt die SP den Ansatz nicht, dass wir unsere Kapazitäten im Bereich der Versorgungsplanung aufgrund des Prinzips reduzieren, dass die Versorgung auch ausserhalb unserer Grenzen erfolgen kann. Das könnte die Versicherer oder zuweisenden Leistungserbringer dazu verleiten, Schweizer Patientinnen und Patienten zu zwingen, sich im Ausland behandeln zu lassen, auch wenn sich der Bundesrat in seinem erläuternden Bericht vorsichtig zeigt und diese Möglichkeit ausschliesst. Ausserdem

würde die vorgesehene Änderung darauf hinauslaufen, dass der Bund Kompetenzen im Bereich der Spitalplanung für die im Ausland erbrachten Leistungen erhält. Die Planung muss Sache der Kantone bleiben, vor allem, wenn man sie verpflichten will, einen Teil der Behandlungen nach dem Modell der neuen Spitalfinanzierung zu tragen. Aus all den oben genannten Gründen ruft die SP zur Vorsicht auf und bittet den Bundesrat, seinen Revisionsentwurf noch einmal zu prüfen.

**Der Schweizerische Gewerbeverband (SGV)** lehnt die beantragte Lockerung des Territorialitätsprinzips ab. Das Gehaltsniveau in der Schweiz sei deutlich höher als im Ausland und auch die Rahmenbedingung sowie die gesundheitspolitischen Vorgaben würden sich zum Teil erheblich von jenen im benachbarten Ausland unterscheiden. Aus diesem Grunde könne es nicht angehen, dass in der obligatorischen Grundversicherung die einheimischen Leistungserbringer durch solche aus dem grenznahen Ausland konkurrenziert werden sollen. Eine solche Öffnung käme für den SGV höchstens dann in Frage, wenn sichergestellt würde, dass alle Anbieter mit gleich langen Spiessen antreten können.

**Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB)** lehnt die vorgeschlagene Gesetzesänderung betreffend grenzüberschreitende Zusammenarbeit ab. Er betont, er habe sich bereits 2006 - als auf Verordnungsstufe Bestimmungen für Pilotprojekte zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit geschaffen wurden - gegen eine Lockerung des Territorialprinzips geäußert. Die Evaluation der Pilotversuche zeige, dass der von den Initianten erwartete positive Effekt auf die Kosten in der Grundversicherung nicht eingetreten sei. Es sei schon deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb an der Lockerung des Territorialprinzips festgehalten werde. Zudem habe der Nutzen der Pilotprojekte, insbesondere für die Patientinnen und Patienten nicht aufgezeigt werden können. Der SGB lehne jedoch die vorgeschlagene Gesetzesbestimmung insbesondere aus folgenden Gründen ab: Die Kantone seien für die Versorgungssicherheit zuständig. Es sei deshalb richtig, dass die Planungs- und Steuerungskompetenz bei den Kantonen angesiedelt sei. Dieses Instrument sei wichtig, um einer unkontrollierten Mengenausweitung entgegenzuwirken. Mit der vorgeschlagenen Gesetzesbestimmung seien sowohl die Kantone wie der Bund bei der Spitalplanung involviert. Für eine wirkungsvolle Planung und Steuerung könne aber die Zuständigkeit nicht geteilt werden.

Das **Centre Patronal** teilt im Wesentlichen die Meinung des Kantons Waadt und stellt sich dieselben Fragen. Es ist der Ansicht, dass beim derzeitigen Stand der Dinge eine solche Änderung des KVG nicht unterstützt werden kann.

Nach Ansicht der **Ärztenschaft des Kantons Tessin (OMCT)** gibt es nicht genügend Indikatoren, mit denen die positiven Auswirkungen einer verstärkten grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf das Schweizer Gesundheitswesen (Kosten und Qualität) nachgewiesen werden können. Neben dem Umstand, dass sie nicht zu den gewünschten Einsparungen geführt haben, liefern die beiden Pilotprojekte, an denen nur einige hundert Personen teilgenommen haben, keine ausreichenden Anhaltspunkte und können nicht als Grundlage für eine definitive Bestimmung dienen. Die OMCT hält fest, dass der erläuternde Bericht keine Angaben macht, die es ermöglichen, die umgekehrte Wirkung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit, d.h. das Interesse der im Grenzgebiet Italiens wohnhaften Patientinnen und Patienten, sich in der Schweiz behandeln zu lassen, zu untersuchen. Ohne diese Angaben und ohne die Gewähr, dass eine vermehrte Öffnung von Seiten der Schweiz die Nachfrage zugunsten der Tessiner Ärztinnen und Ärzte erhöht, erachtet es die OMCT als nicht angebracht, einen weiteren Schritt Richtung Öffnung des Schweizer Gesundheitssystems zuzulassen und zu unterstützen. Das Territorialitätsprinzip gewährleistet nämlich ein qualitativ gutes Gesundheitssystem dank strikter Bedingungen und Kriterien (z.B. Weiterbildungspflicht der Ärztinnen und Ärzte), welche die Leistungserbringer im Ausland derzeit nicht ausreichend erfüllen.

Die **Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)** betont, dass der Pilotversuch 2006 einen „positiven Effekt auf die Kosten der Krankenversicherung“ ausüben wollte. Die Evaluation der Pilotversuche zeige nun klar, dass dieser positive Effekt auf die Kosten in der Grundversicherung nicht aufgetreten sei.

1. Der Nutzen der Pilotprojekte insbesondere für die Patientinnen und Patienten habe nicht aufgezeigt werden können. Nur wenige Patienten hätten sich im Ausland behandeln lassen. Offenbar bestehe kein nennenswertes Bedürfnis. Dies decke sich mit den im Obsan-Bericht erwähnten europäischen Forschungsergebnissen, wonach Patientinnen und Patienten grenzüberschreitende Angebote in der Regel nur nutzen, wenn sie einen Nutzen daraus ziehen. [...] „All case studies involving patient mobility show how cross-border arrangements are dependent on whether the local population sees a need to cross the boarder – usually a type of treatment not available at proximity within then home system“. Die Forschung zeige aber auch, dass nicht die Patientinnen und Patienten die treibenden Kräfte hinter der Nachfrage nach Behandlungen im grenznahen Ausland seien, sondern die Akteure des Gesundheitswesens. Die Behandlung im Ausland diene also typischerweise nicht dem Patienten, sondern Dritten wie beispielsweise den Versicherern. Aus Schaffhausen wird von Patienten berichtet, denen nach der Operation in der Schweiz der Reha-Aufenthalt in Deutschland mit Ehepartner bewilligt wurde, hingegen wurde eine Reha in der Schweiz abgelehnt.

2. Es habe auch keine Kostensenkung aufgezeigt werden können.

3. Das Territorialitätsprinzip bezwecke die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und bedarfsgerechten Versorgung. Eine Aufhebung müsste sicherstellen, dass nicht nur fokussiert die Behandlungskosten als Kriterium herbeigezogen werden, sondern die Qualität und das langfristige Outcome als Parameter in den Vordergrund gestellt werden. Das Betreuungsangebot in Schweizer Rehabilitationskliniken sei wesentlich höher als in Kliniken im Ausland. Die intensivere Betreuung (z. B. Therapiedichte) habe eine höhere Qualität der Behandlung und damit geringere indirekte Kosten (z.B. raschere berufliche Wiedereingliederung) zur Folge, was volkswirtschaftlich sehr sinnvoll sei. Viele Kantone hätten die SWISS Reha-Kriterien für die Spitalplanung und die Erteilung von Leistungsaufträgen übernommen. Die gleichen Kriterien der Kantone müssten zwingend auch für ausländische Leistungserbringer gelten.

4. Bei einer Aufhebung des Territorialitätsprinzips müssten für die ausländischen Leistungserbringer dieselben Auflagen (Einhaltung von Gesamtarbeitsverträgen oder Ähnlichem, Verpflichtung zur Aus- und Weiterbildung, Einhaltung der Schweizer Gesetzgebung, Erfüllen der Spitalplanungskriterien für Leistungsaufträge, etc.) gelten, was der vorliegende Gesetzesentwurf nicht vorsehe. Insbesondere sei die Weiterbildung der jungen Ärztinnen und Ärzte in Schweizer Grenzkantonen nur gewährleistet, wenn sie genügend Fälle behandeln könnten. Entstehe der Druck, die Behandlung aus Kostengründen im grenznahen Ausland durchführen zu lassen, so entgehe jungen Medizinerinnen und Mediziner die Möglichkeit, sich entsprechend weiterzubilden. Dies wäre ein falsches Signal, da die Schweiz zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus- und weiterbildet.

5. Es erscheine nicht nachvollziehbar, inwiefern der Pilotversuch zu einer „Verbesserung des Versorgungsangebots in der Grenzregion“ geführt haben soll. Das Rehabilitationsangebot in der Schweiz sei umfassend, und die Qualität der Behandlungen im Ausland sei gar nicht untersucht worden.

6. Nicht überzeugen könne ferner die vorgeschlagene Zuständigkeit des Bundesrats für die Ausgestaltung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auf Verordnungsstufe. Die betroffenen Kantone sollten ein Mitsprache- oder Vetorecht haben.

7. Der Gesetzesentwurf lasse zudem eine Reihe weiterer Anwendungsfragen offen: a. Was gilt als grenznahe Ausland? b. Sind ausländische Leistungserbringer an dieselben Kriterien (WZW, etc.) gebunden, wie Schweizerische? c. Vor welchem Gericht würde ein Rückforderungsprozess durchgeführt? d. Welcher Richter ist zuständig bei allfälligen Schadenersatzprozessen infolge von Behandlungsfehlern? e. Gemäss Entwurf des Bundesgesetzes für das Elektronische Patientendossier müssen sich Schweizer Spitäler einer zertifizierten Gemeinschaft anschliessen, wenn sie Leistungen im Rahmen des KVG erbringen wollen. Wären die ausländischen Kliniken davon befreit?

Fazit: Die vorgeschlagene Revision führe zu keinen erkennbaren Vorteilen für die Patienten. Sie habe aber negative Auswirkungen auf die Trägerkantone der Listenspitäler und die Wettbewerbsbedingungen der ambulanten Leistungserbringer.

Die **Spitäler der Schweiz H+** stimmen nur unter der Voraussetzung zu, dass die ausländischen Leistungserbringer gleiche Auflagen erhalten und den gleichen Qualitätsstandards unterstellt werden, wie die schweizerischen. Deshalb sei es zwingend, dass bei einer Aufhebung des Territorialitätsprinzips auch diese Auflagen (Schweizer Gesetzgebung, kantonale Auflagen und sozialpartnerschaftliche Vereinbarungen) für die ausländischen Leistungserbringer gelten würden. Zudem sei eine umfassende Gesetzesdelegation an den Bundesrat abzulehnen. Alles Wichtige sei im Gesetz zu regeln und nicht erst in der Verordnung.

**medswiss.net** weist darauf hin, dass sich das bisherige System bewährt habe. Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Sinne der einseitigen Öffnung zugunsten ausländischer Leistungserbringer sei für medswiss insbesondere dann unannehmbar, wenn der Versicherer seine Versicherten zu derartigen ausländischen Versorgungen anhalten könnte. Wenn der Bundesrat eine derartige grenzüberschreitende Öffnung befürworte, soll er aber auch die Möglichkeit ausländischer Versicherungsabschlüsse im Sozialversicherungsbereich zulassen.

Der **Schweizer Physiotherapie-Verband (Physoswiss)** lehnt die Revision in seiner Stellungnahme, die in der Argumentation noch ausführlicher als diejenige der FMH ist, klar ab. Das Territorialitätsprinzip soll in der OKP weiterhin gelten.

Die **Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG)** weist darauf hin, dass die Qualität der Aus- und Weiterbildung von Chiropraktorerinnen und Chiropraktoren in der Schweiz weltweit führend sei und von jener in europäischen Ländern beträchtlich abweiche.

Die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** macht darauf aufmerksam, dass sich das bisherige System bewährt habe. Eine grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Sinne der einseitigen Öffnung zugunsten ausländischer Leistungserbringer sei für die SBV insbesondere dann unannehmbar, wenn der Versicherer seine Versicherten zu derartigen ausländischen Versorgungen anhalten könnte. Wenn der Bundesrat eine derartige grenzüberschreitende Öffnung befürworte, soll er aber auch die Möglichkeit ausländischer Versicherungsabschlüsse im Sozialversicherungsbereich zulassen.

Von solchen Überlegungen auszunehmen seien ausdrücklich "Selbstzahler", also Privatversicherte, die aus eigenem Antrieb und Motiv das schweizerische Gesundheitswesen nicht zuletzt aufgrund des hohen Standards in der medizinischen Versorgung, der Pflege, Kommunikation und Hotellerie bevorzugen. Unbesehen um den OKP-Sockel würden diese Selbstzahler-Patienten weder die Staatskassen, noch die Sozialversicherungen belasten.

Im Zusammenhang mit der Reziprozität grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Spitalleistungsbereich sei darauf hinzuweisen, dass die Pflegeprofile im umliegenden Ausland nicht mit dem schweizerischen Pflegeangebot, speziell im Reha-Bereich, verglichen werden könnten.

Daher seien auch auf Grenzregionen beschränkte Zusammenarbeitsmodelle grenzüberschreitenden Inhalts vorsichtig zu prüfen.

Der **Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)** widersetzt sich mit aller Entschiedenheit jeder Auflockerung des Territorialitätsprinzips in der OKP. Dabei erwähnt der SBK, dass es gute Gründe für den Preis der Gesundheitsversorgung in der Schweiz gebe. Die Leistungserbringer müssten bezüglich Qualität von Gesetzes wegen (sowohl seitens der eidgenössischen Krankenversicherungs- und Berufsbildungsgesetzgebung als auch seitens der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung) hohen Anforderungen genügen. Ausländische Leistungserbringer unterstünden weder der schweizerischen Gesetzgebung, noch der Aufsicht schweizerischer Organe. Dies gelte übrigens auch hinsichtlich der Arbeitsbedingungen der von ausländischen Anbietern beschäftigten Angestellten. Die Aufweichung des Territorialitätsprinzips berge somit das reale und inakzeptable Risiko einer Unterbietung oder Aushebelung hiesiger Standards und "good practices". Sollte der Bundesrat Ausnahmen vom Territorialitätsprinzip zulassen, sei unbedingt auszuschliessen, dass die Versicherten irgendeinem - direkten oder (über Prämienanreize) indirekten - Druck ausgesetzt werden, Leistungen im Ausland zu beziehen.

**The Swiss Leading Hospitals** betont, das bisherige System habe sich bewährt. Die Stellungnahme ist im Übrigen grundsätzlich analog der Stellungnahme der Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung SBV.

Der **Aargauische Gesundheitspartner VAKA** weist darauf hin, dass das KVG einige Ordnungsprinzipien vorsehe, die in direkten Abhängigkeiten zueinander stünden. Zu erwähnen seien namentlich die Planungspflicht der Kantone, die Finanzierung, die Tarifgestaltung und eben das Territorialitätsprinzip. Bei jeglicher Veränderung dieser tragenden Säulen, müssten die Auswirkungen auf das Gesamtsystem geprüft und sichergestellt werden. Dem angedachten Konzept des regulierten Wettbewerbs sei angemessen Rechnung zu tragen. Dabei gelte es, die wesentlichsten Grundsteine für einen fairen Wettbewerb einzuhalten. Unter diesem Blickwinkel scheine die Vorlage unvollständig, unausgegoren und nicht wettbewerbsneutral. Aus diesem Grund lehne VAKA den Vorschlag zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der vorliegenden Form ab.

Der **Verband Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)** spricht sich mit ähnlichen Argumenten wie die FMH gegen die Gesetzesrevision aus. Dabei macht der VSAO darauf aufmerksam, dass er einer Lockerung des Territorialitätsprinzips nur für Behandlungen zustimmen könnte, welche in der Schweiz nicht angeboten werden. Eine Auslagerung von medizinischen Leistungen, welche genau so gut (respektive besser) in der Schweiz erbracht werden können, lehnt der VSAO ab. Sollte der Bundesrat dennoch an der Weiterführung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der geplanten Form festhalten, so beantragt der VSAO ausdrücklich, dass Versicherte nicht gezwungen werden dürfen, sich im Ausland behandeln zu lassen. Um auch in der Praxis sicherzustellen, dass kein Druck ausgeübt wird, wären entsprechende Kontrollen bei den Krankenkassen aus Sicht des VSAO zwingend notwendig

Die **medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH)** bringen vor, sie möchten am Territorialitätsprinzip - ein zentrales Prinzip im Schweizer Gesundheitswesen - festhalten. Die geplante Institutionalisierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit gefährde die Qualität der medizinischen Versorgung, ohne einen Vorteil auf monetärer Seite zu bringen.

Zusammengefasst sei die FAMH der Meinung, dass bei den geplanten Änderungen, welche eine dauerhafte grenzüberschreitende Zusammenarbeit ermöglichen wollen, die negativen Aspekte bei Weitem überwiegen. Es würden sich aus der Optik der FAMH schlicht keine positiven Auswirkungen ausmachen lassen. Besonders verheerend sei die Tatsache, dass mit der

Aushebelung des Territorialitätsprinzips die heute hochstehende Qualität des Schweizer Gesundheitswesens gefährdet werde. Dies umso mehr, als der Bundesrat keine Massnahmen vorsehe, welche die Qualität der Leistungen von ausländischen Leistungserbringern sicherstelle. Deshalb lehne die FAMH die Vorlage in dieser Form ab.

## **2.2. Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind (Art. 49a KVG)**

### **2.2.1. Pro**

Nach Ansicht des **Kantons Genf** hat die Bestimmung, wie sie in der Gesetzesänderung vorgesehen ist, den Nachteil, dass sie die Kantone stärker belastet. Genf ist dennoch dafür, denn damit kann der Zugang zu den Schweizer Spitälern für die betroffenen Versicherten erhöht werden.

Der **Kanton NE** stellt fest, dass die KVG-Revision in diesem Punkt eine Ungleichbehandlung beseitigt, weil die Schweizer Versicherungen, die Grenzgängerinnen und Grenzgänger versichern, dabei denselben Rückerstattungsbedingungen unterstellt werden wie bei ihren in der Schweiz wohnhaften Versicherten. Diesbezüglich ist die Revision zu unterstützen. In finanzieller Hinsicht könnten daraus einige zusätzliche Kosten zulasten des Kantons entstehen, die jedoch dadurch wieder ausgeglichen werden sollten, dass die verfügbaren Ressourcen, vor allem in den Spitälern, deren Kosten zu einem grossen Teil vom Kanton getragen werden, dank der Verbesserung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit rationeller genutzt werden können.

Die **BDP** weist darauf hin, dass sie die Notwendigkeit sehe, die Kostenübernahme durch die Kantone bei Grenzgängerinnen und -gängern analog zu den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, zu regeln. Die bisherige Regelung habe dazu geführt, dass EU-Versicherte höhere Prämien bezahlen als Schweizerinnen und Schweizer, weil die Kosten ausschliesslich durch die Grundversicherung übernommen wurden, anstatt dass sich die Kantone an den Kosten beteiligt haben. Um zu verhindern, dass EU-Versicherte mit einem aktuellen Anknüpfungspunkt zur Schweiz diskriminiert werden, begrüsse die BDP die Neuregelung der Kostenübernahme. Gleichzeitig beantragt die BDP Auskunft darüber, ob der Anspruch zur Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen auf die Grenzgängerinnen und Grenzgänger und Rentnerinnen und Rentner beschränkt werden kann. In diesem Zusammenhang ist gleichzeitig sicherzustellen, dass Schweizer Rentnerinnen und Rentner gegenüber Rentnern, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, in Bezug auf mögliche Tariffdifferenzen durch die freie Spitalwahl nicht ungleich behandelt werden.

Die **CVP** ist mit den zwei Bestimmungen betreffend der Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind, einverstanden.

Die **FDP** betont, dass die vorgeschlagene Systemänderung konform mit dem heutigen Finanzierungsschlüssel (gem. neuer Spitalfinanzierung) im KVG für stationäre Behandlungen sei. Sie verhindere die von der EU kritisierte Diskriminierung von EU-Bürgern. Dies werde positiv gewertet. Die FDP macht aber darauf aufmerksam, dass grundsätzlich eine monistische Finanzierung der stationären Behandlungen, egal ob für Grenzgänger oder für Inländer, der zielführendere Weg wäre, da so gleichzeitig wichtige Fehlanreize im Gesundheitssystem beseitigt würden.

Der **Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche (asd)** weist darauf hin, dass in der Schweiz versicherte Ausländer, die aus bestimmten Gründen ihren Wohnsitz im Ausland haben, in der Tat Spitalversorgungen in der Schweiz in Anspruch nehmen können sollen. Die schweizerische Krankenversicherung müsse in allen Fällen, also auch in den Patientenkategorien von Artikel 49a, Absatz 2 Buchstabe b, KVG, zwingende Voraussetzung sein. Allein eine schweizerische Krankenversicherungsprämie des Familienoberhauptes könnte nicht genügen, die anteilige kantonale Spitalkostenübernahme der Behandlung seines nicht versicherten Kindes zu übernehmen. Ferner dürften aufgrund solcher neuer Bestimmungen anerkannte und bislang praktizierte Kostengutspracheverfahren nicht nur bei in der Schweiz wohnhaften Versicherten zur Anwendung gelangen. Dieser Überlegung sei jedenfalls in der Verordnung Rechnung zu tragen. Medswiss.net, die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** und **The Swiss Leading Hospitals** geben eine analoge Stellungnahme ab.

Die **Fédération des entreprises romandes (FER)** heisst gut, dass die Kantone den kantonalen Kostenanteil von mindestens 55 % tragen müssen, wenn Versicherte aus der EU, die einen Bezug zur Schweiz haben (z.B. Grenzgänger und Grenzgängerinnen und ihre Familienangehörigen), in der Schweiz hospitalisiert werden. Bei europäischen Versicherten ohne aktuellen Bezug zur Schweiz (z.B. Rentner und Rentnerinnen und ihre Familienangehörigen) heisst die FER ebenfalls gut, dass die Kantone die Behandlung gemeinsam im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung übernehmen müssen.

Die **Spitäler der Schweiz H+** weisen darauf hin, dass die Neuregelung der Kostenübernahme für EU-Versicherte mit Bezug (Grenzgänger und ihre Angehörigen) oder ohne Anknüpfungspunkt an die Schweiz (Rentnerinnen und Rentner und deren Angehörige) für H+ in Ordnung sei. Wichtig sei, dass die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen ihre Tarife vollständig vergütet erhalten würden. Es dürfe nicht sein, dass die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen allfällige Defizite tragen müssten.

Der **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)** unterstützt die Kostenübernahme durch die Kantone bei Grenzgängerinnen und -gängern analog zu den Versicherten, die in der Schweiz wohnen.

**Curafutura** begrüsst die Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von Versicherten, die in einem EU-/EFTA- Staat wohnen und in der Schweiz versichert sind. Das mit dem EU-Koordinationsrecht übernommene Diskriminierungsverbot verlange, dass Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, nicht anders behandelt werden dürfen als Versicherte, die in der Schweiz wohnhaft sind. curafutura begrüsse es, dass mit den neuen Bestimmungen betreffend Artikel 49a KVG die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen werde, dass sich die Kantone neu an den Kosten von stationären Behandlungen in der Schweiz von EU-Versicherten beteiligen müssen, so wie dies für Versicherte gelte, die in der Schweiz wohnen.

Die **Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG)** beschränkt ihre Stellungnahme auf diejenigen Änderungen, die die GE KVG direkt betreffen. Das sind die Anpassungen gemäss Artikel 18 Absatz 2sexies, Artikel 49a Absatz 3bis sowie Artikel 79a Absatz 2 KVG. Dabei betont die GE KVG, dass sie im Grundsatz gerne die ihr in den oben erwähnten Artikeln 18 Absätze 2sexies und 2septies KVG sowie Artikel 79a Absatz 2 KVG zugewiesenen Aufgaben übernehme. Dem Kommentar sei zu entnehmen, dass die Abläufe im Detail auf Verfahrensstufe geregelt würden. Je nach Ausgestaltung des Verfahrens könnte es sich jedoch als notwendig erweisen, einzelne Punkte bereits auf Gesetzesstufe zu regeln. Dies betreffe insbesondere die Finanzierung und den Datenschutz, welche einer klaren gesetzlichen Grundlage bedürfen. Die GE KVG weist daher in ihrer Stellungnahme genau auf diejenigen Aspekte hin, welche auf Verordnungsstufe möglicherweise nicht befriedigend geregelt werden können.

**santésuisse** betont, sie unterstütze die Kostenübernahme der Kantone zu mindestens 55 Prozent bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in der Schweiz versichert seien. Bisher habe die Grundversicherung für die in der Schweiz versicherten aber in einem EU-/EFTA-Staat wohnhaften Personen die gesamten Behandlungskosten bei einem Spitalaufenthalt übernommen. Dementsprechend würden diese Versicherungsnehmer Prämien bezahlen, welche diese zusätzlichen (vom Kanton nicht übernommenen) Kosten decken (Art. 61 Abs. 4 KVG). Die Krankenversicherer gehen mit dem Bundesrat einig, dass dieser Nachvollzug von internationalem Recht notwendig sei, um eine Gleichbehandlung aller Versicherten zu erreichen. Gleichzeitig müsse der Gesetzesentwurf in zwei Punkten angepasst werden, bevor **santésuisse** diesem Teil der Gesetzesrevision uneingeschränkt zustimmen könne.

Die Gesetzesrevision verursache eine Ungleichbehandlung zwischen Rentnern aus einem EU-/EFTA-Staat und von in der Schweiz wohnhaften Rentnern, die zu vermeiden sei. Denn Rentner, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, könnten unter den Spitälern frei wählen, ohne aber allfällige Tariffdifferenzen selber zu tragen. Dies ganz im Gegensatz zu den in der Schweiz wohnhaften Rentnern, welche einen Tarifunterschied zwischen dem Wohnkanton und dem Standortkanton selber übernehmen müssten. Alternativ sei daher eine Variante zu prüfen, bei der ein schweizerischer Durchschnittstarif berechnet werde. Liege der Tarif des vom Versicherten gewählten Spitals über dem Durchschnitt, habe der Versicherte den Differenzbetrag selber zu tragen.

Aus Sicht **santésuisse** sei der Gesetzesentwurf bezüglich Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in einem weiteren Punkt noch ungenau und deshalb anpassungsbedürftig. So könnten die EU-/EFTA-Versicherten mit Anknüpfungspunkt an einen Kanton zwar das Spital frei (aus den Listenspitälern) wählen. Es gehe aus dem Wortlaut aber zu wenig explizit hervor, dass sich die anteilmässige Übernahme der Vergütung auf den geltenden Tarif im Erwerbskanton beschränke. **santésuisse** macht in ihrer Stellungnahme konkrete Vorschläge für die Formulierung des Gesetzestextes.

Der **SVV** weist darauf hin, dass das mit dem EU-Koordinationsrecht übernommene Diskriminierungsverbot verlange, dass Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, nicht anders zu behandeln seien als Versicherte, die in der Schweiz wohnhaft sind. Der SVV begrüsst deshalb eine diesbezügliche gesetzliche Grundlage, welche vorsieht, dass sich die Kantone neu an den Kosten von Spitalbehandlungen in der Schweiz von EU-Versicherten beteiligen müssen. Diese Regelung gelte heute nur für Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz. Die neue Regelung schaffe hier eine Gleichbehandlung der Versicherten und sei somit im Sinne des Diskriminierungsverbotes zu begrüssen.

### 2.2.2. Kontra

Die **GDK** weist darauf hin, dass die Regelung betreffend Übernahme der Kosten für stationäre Behandlungen für Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, von der Regelung für in der Schweiz wohnhafte Versicherte abweiche, indem die Krankenversicherer für Erstere die vollen Kosten übernehmen müssen (Art. 37a KVV). Die Gesetzesrevision von Artikel 49a KVG sehe nun vor, dass die Kosten für stationäre Leistungen in der Schweiz auch bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, sowohl von den Krankenversicherern als auch von den Kantonen im gleichen Verhältnis wie bei den in der Schweiz wohnhaften Versicherten übernommen werden müssten, damit eine Diskriminierung von EU-Versicherten verhindert werden könne.

Die GDK bestreitet, dass das mit dem europäischen Koordinationsrecht übernommene Diskriminierungsverbot durch die heutige Regelung tangiert werde, da die Kosten der stationären Behandlungen auch für Versicherte, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, vollumfänglich (durch die Krankenversicherung) gedeckt würden.

Die in der Vorlage vorgeschlagene Gesetzesrevision führe ohne zwingenden Grund zu einer Kostenverlagerung von der OKP auf die Kantone von rund 11,5 Millionen Franken. Eine versorgungspolitische Zuständigkeit der Kantone für die nicht im Kanton lebenden Personen, aus welcher sich eine Mitfinanzierungspflicht ableiten könnte, sei nicht gegeben.

Der Vorstand der GDK lehnt aus diesen Gründen die entsprechende Gesetzesanpassung ab.

Nur die **Kantone GE und NE** stimmen der Revision in diesem Punkt zu. **Alle anderen Kantone** lehnen die vorgeschlagene Revision von Artikel 49a KVG ab. Die Argumentation erfolgt analog der oben dargestellten Stellungnahme der GDK. Einige Kantone weisen noch genauer auf die fehlenden Kontrollmöglichkeiten der Kantone, den hohen administrativen Aufwand und allgemein auf diverse Fragen bei der konkreten Umsetzung hin. Einzelne Kantone betonen, allfällige Reformen in diesem Bereich müssten kostenneutral zusammen mit anderen Reformen oder die Finanzierung müsse durch den Bund erfolgen.

Die **SVP** betont, sie lehne die Kostenübernahme bei Spitalbehandlungen in der Schweiz von EU-Versicherten aus grundsätzlichen Überlegungen ab, da damit ein heute durch Prämienaufschläge, also eigenverantwortlich finanzierter Kostenanteil auf die Allgemeinheit überwältigt werde. Es entstünde zudem eine neue Ungleichbehandlung zu Lasten der Schweizer Steuerzahler.

Die **SP** hatte die Änderung des KVG bezüglich Spitalfinanzierung bekämpft. Die vorgesehene Revision stellt faktisch eine Erweiterung dieses Finanzierungsmodells auf die Grenzgängerinnen und Grenzgänger aus der EU/EFTA dar. Die Versicherer konnten dank der Einführung dieser neuen Finanzierungsweise grosse Gewinne bei den Zusatzversicherungen erzielen, was die SP bedauert. Dennoch ist es nicht richtig, die Versicherten aus der EU/EFTA auf diese Weise zu diskriminieren. Die SP lehnt die Bestimmungen zur Übernahme der Spitalbehandlungen in der Schweiz durch die Kantone und Versicherer nicht ab, heisst sie aber auch nicht gut.

Das **Centre Patronal** ist der Ansicht, dass die vorgebrachte Diskriminierung rechtlich fragwürdig ist und dass die Mitfinanzierungspflicht nicht fundiert ist. Es ist nicht überzeugt, dass es unbedingt notwendig ist, dass die Kantone 55% der Kosten übernehmen, damit es keine Diskriminierung aus Sicht der betroffenen Versicherten gibt. Es erwartet Präzisierungen zu diesem Punkt. Es teilt die Meinung des **Kantons VD** bezüglich finanzieller Auswirkungen und seine Zweifel betreffend Mitfinanzierungspflicht. Es hält auch das Problem der ausserkantonalen Spitalaufenthalte fest. In Bezug auf den ambulanten Bereich ist es auch der Meinung, dass die vorgenommene Änderung keine Auswirkungen auf die anderen Finanzierungsanteile, insbesondere die Restfinanzierung, haben darf.

Der **Schweizerische Gewerbeverband (SGV)** spricht sich gegen die vorgeschlagenen Anpassungen aus. Zur Umsetzung der Masseneinwanderungsinitiative würden der Schweiz schwierige Verhandlungen mit der EU im Bereich der Personenfreizügigkeit bevor stehen. Deshalb wäre es aus der Sicht des SGV taktisch unklug, die beantragten Anpassungen vor dem Abschluss dieser Verhandlungen vorzunehmen. Damit würde ein Pfand preisgegeben, das zwar nicht allzu gewichtig sein dürfte, das man aber unter Umständen doch noch gewinnbringend einsetzen könnte. Hinzu komme, dass die Kosten der vorgeschlagenen Massnahmen nicht unerheblich seien. Die Kantone sollten solange wie nur möglich von diesen zusätzlichen Belastungen verschont bleiben.

Die **FMH** betont, die Kostenübernahme durch die Kantone bei Grenzgängerinnen und -gängern analog zu den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, werde insbesondere von Ärztesellschaften der Grenzkantone abgelehnt.

Gemäss **OMCT** kann das Diskriminierungsverbot nicht einen Systemwechsel rechtfertigen, da die Grundversicherung die Leistungen übernimmt, welche die Versicherten aus der EU in der Schweiz gleichermassen und unter denselben Voraussetzungen beziehen wie die in der Schweiz wohnhaften Versicherten. Zudem können und sollen die Kantone gegenüber den Versicherten aus der EU keine besonderen Verantwortungen übernehmen, die ihre Beteiligung an den Behandlungskosten dieser Versicherten rechtfertigen würde, wie das bei den in der Schweiz wohnhaften Versicherten der Fall ist. Sonst müssten die grenznahen Kantone zusätzliche Kosten tragen, die ausschliesslich auf ihre geografische Lage zurückzuführen sind.

### **2.3. Folgen der Nichtbezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Art. 64a Abs. 9 zweiter Satz KVG)**

#### **2.3.1. Pro**

Die **GDK** betont, bei diesem Revisionspunkt handle es sich eher um ein formelles Anliegen, da lediglich die notwendige, zurzeit mangelhafte Gesetzesgrundlage (der geltende Art. 64a Abs. 9 KVG) für die auf Verordnungsstufe getroffene und bereits umgesetzte Regelung (Art. 105m KVV) geschaffen werden soll. Der Vorstand der GDK stimmt der vorgeschlagenen Anpassung zu.

Die **Kantone AI, AR, BL, GL, GR, JU, OW, SH, SO, TG, VS und ZH** unterstützen die vorgesehene Revision analog der GDK. Der **Kanton BS** stimmt der Schaffung einer formellen gesetzlichen Grundlage in Artikel 64a Absatz 9 KVG für die bestehende differenzierte Regelung von Artikel 105m KVV mit der Einschränkung zu, dass zukünftig in Analogie zur faktischen, beschränkten Staatsgarantie, welche die Kantone für ihre Einwohnerinnen und Einwohner übernehmen, eine gleichartige Garantie durch den Wohnortstaat anzustreben sei.

Der **Kanton NE** heisst die Ergänzungen und Präzisierungen in Artikel 64a Absatz 9 KVG gut, mit denen die Folgen der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen durch in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA wohnhafte Versicherte geregelt werden können. Er unterstützt den Aufschub der Leistungsübernahme bei Versicherten, die in einem Staat wohnen, wo das Recht die Eintreibung unbezahlter Forderungen nicht zulässt. Er ist der Ansicht, dass es aus Gerechtigkeits- und Solidaritätsgründen vollumfänglich gerechtfertigt ist, dass die Gesamtheit der Versicherten nicht für Kosten von rückerstatteten KVG-Leistungen, die nicht durch Prämieinnahmen gedeckt sind, aufkommen muss.

Nach Ansicht des **Kantons VD** wären finanzielle Auswirkungen nur dann wahrscheinlich, wenn ein Betreibungsabkommen mit Frankreich abgeschlossen würde, aber nach seiner Kenntnis sind keine derartigen Bestrebungen im Gange.

Die **BDP** betont, dass die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage in diesem Bereich dringend nötig sei und werde entsprechend von ihr unterstützt. Es bestehe aber für die BDP kein Zweifel, dass als Folge der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen bei Versicherten, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, zwingend die Möglichkeit eines Leistungsaufschubs geschaffen werden müsse.

Die **CVP** macht geltend, sie erachte die Ergänzung von Artikel 64a Absatz 9 KVG, womit die Folgen der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen bei EU-Versicherten geregelt werden, als sinnvoll.

Die **FDP** weist darauf hin, dass die vorgeschlagene Gesetzesänderung eine (nun genügende) gesetzliche Grundlage für die bereits bestehende Regelung in Artikel 105m KVV schaffe. Bis die heute geltende Regelung im Jahr 2011 in Kraft gesetzt wurde, habe man lange nach einem Kompromissvorschlag zwischen GDK, Krankenversicherern und Bundesrat gesucht. Die FDP unterstütze, dass die Regelung nun eine genügende gesetzliche Grundlage erhalte.

Die **SVP** betont, die nachträgliche gesetzliche Legitimierung der Verordnungsregelung bei Nichtbezahlen von Prämien und Kostenbeteiligung bei EU-Versicherten hinterlasse zwar staatspolitisch einen fahlen Nachgeschmack, könne aber materiell unterstützt werden.

Der **Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche (asd)** macht geltend, dass er hierzu keine formalrechtlichen Einwendungen habe, jedoch praktische Bedenken hinsichtlich der Auswirkungen. So sei namentlich im Artikel 64a Absatz 9, dritter Satz KVG zu vermuten, dass in solchen Fällen das "Delkredere-Risiko" beim Spital liegen bleibe. Umso mehr werde das Spital auf Kostengutspracheverfahren Wert legen müssen. Im gleichen Sinne äussern sich auch **medswiss.net**, die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** und **The Swiss Leading Hospitals**.

Der **Schweizerische Gewerbeverband (SGV)** stimmt den vorgeschlagenen Anpassungen zu.

Wie der **Kanton VD** stellt das **Centre Patronal** fest, dass finanzielle Auswirkungen nur dann wahrscheinlich wären, wenn ein Betreibungsabkommen mit Frankreich abgeschlossen würde, aber nach seiner Kenntnis sind keine derartigen Bestrebungen im Gange.

Die **FER** ist der Ansicht, dass die Folgen bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen auch für in einem europäischen Staat wohnhafte Versicherte gelten müssen.

Die **FMH** betont, die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage in diesem Bereich werde grossmehrheitlich unterstützt, mindestens eine Ärztesgesellschaft eines Grenzkantons lehne die Lösung ab. In jedem Fall sei sicherzustellen, dass nicht die Spitäler für allfällige Ausstände von Grenzgängern einstehen müssten, indem ihre Rechnungen durch die Krankenkassen nicht bezahlt würden.

Der **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)** betont, die Kostenübernahme durch die Kantone bei Grenzgängerinnen und -gängern analog zu den Versicherten, die in der Schweiz wohnen, erscheine dem VSAO sinnvoll und konsequent und werde deshalb unterstützt.

**curafutura** weist darauf hin, dass der bestehenden Verfahrensregelung (Artikel 105m KVV) heute eine genügende gesetzliche Grundlage fehle. curafutura begrüsse es, dass diese Rechtsunsicherheit mit der vorgeschlagenen Änderung von Artikel 64a Absatz 9 KVG behoben und damit die notwendige rechtliche Durchsetzungskraft geschaffen werde. Das sei wichtig, denn ohne Konsequenzen dürfte der Anreiz, die Prämie und Kostenbeteiligung nicht zu bezahlen, gross sein.

**santésuisse** macht darauf aufmerksam, dass von dieser Gesetzesanpassung Krankenversicherer betroffen seien, die in Grenzregionen und Tourismusgebieten mit EU-/EFTA-Arbeitnehmern tätig seien. santésuisse habe sich bereits beim Verordnungsentwurf zur Umsetzung von Artikel 64a KVG (Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen) dafür eingesetzt,

dass für die EU-/EFTA-Versicherten zwingend die Möglichkeit eines Leistungsaufschubs gegeben sein müsse. Dieser Forderung sei der Bundesrat damals mit Artikel 105m Absatz 2 KVV nachgekommen. Aus Sicht der Krankenversicherer sei es daher nur konsequent für diese Verordnungsbestimmung eine genügende gesetzliche Grundlage zu schaffen.

Der **SVV** betont, dass es konsequent sei, für die bereits heute geltende Verordnungsbestimmung (Art. 105m KVV) eine gesetzliche Regelung zu schaffen. Die neue gesetzliche Grundlage diene eindeutig der Rechtssicherheit. Die Gesetzesänderung schaffe die notwendige rechtliche Durchsetzungskraft, wenn eine versicherungspflichtige Person, die in einem EU-/EFTA-Staat wohne, ihre Prämie oder Kostenbeteiligung nicht bezahle. Somit falle der Anreiz weg, Prämie und/oder Kostenbeteiligung nicht zu begleichen.

Die **CSS Versicherung** betont, dass sie die vorgeschlagenen Anpassungen der Bestimmungen mit internationalem Bezug unterstütze. Sie habe ihre zustimmende Haltung bereits durch die Stellungnahme von curafutura vom 23. Januar 2015 kundgetan. Es sei der CSS Versicherung indes ein Anliegen, das BAG im Rahmen dieses Vernehmlassungsverfahrens auf Umsetzungsschwierigkeiten bei der Verordnungsregelung von säumigen Zahlern in Deutschland und Österreich hinzuweisen. Unter dem geltenden Recht sei es den Krankenversicherern nicht möglich, die Leistungen von Rentnerinnen und Rentnern sowie deren Familienangehörigen, welche in Deutschland und Österreich wohnhaft seien, aufzuschieben (vgl. Art. 105m, Abs. 1 lit. b KVV). Dieser Umstand habe zur Folge, dass besagte Personen bei Mittellosigkeit ohne Prämienzahlungen Leistungen beziehen könnten. Denn die Versicherer hätten in diesem Falle keine Aussicht auf Erfolg im Rahmen eines Betreibungsverfahrens. Die fehlende Möglichkeit eines Leistungsaufschubs berge ein Missbrauchspotenzial zu Lasten der Solidargemeinschaft in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Durch eine Ergänzung der entsprechenden Bestimmung in Artikel 105m Absatz 1 Buchstabe b KVV liesse sich dieser stossende Umstand ändern. Deshalb macht die CSS Versicherung in ihrer Stellungnahme einen entsprechenden Gesetzesvorschlag.

In einem analogen Sinne äussert sich auch die **Helsana Versicherungen AG**.

### 2.3.2. Kontra

Der Regierungsrat des **Kantons AG** lehnt die geltende Regelung in der Verordnung und die geplante Gesetzesänderung klar ab und beantragt, dass die Versicherer in diesen Fällen die Leistungen aufschieben können, wenn die Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bezahlt werden.

Auch der **Kanton LU** beantragt, dass die Versicherer bei ausstehenden Forderungen gegenüber Personen mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat generell einen Leistungsaufschub verfügen. Die Pflicht der Kantone, wonach sie in bestimmten Fällen (Länder, wo es nach dem Recht des Landes möglich ist, dass die Versicherer betreiben können; also v.a. Deutschland) die Verlustscheine übernehmen müssen, sei aufzuheben. Aufwand und Ertrag eines solchen Verfahrens würden nicht in einem vernünftigen Verhältnis stehen.

Der **Kanton SZ** lehnt die vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 64a Absatz 9 KVG klar ab. Auch beantragt er, die in Artikel 105m KVV statuierte Pflicht der Kantone, die Verlustscheine von versicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat zu übernehmen, sei aufzuheben. Umgekehrt seien die Versicherer neu zu verpflichten, bei ausstehenden Forderungen in jedem Fall einen Leistungsaufschub vorzunehmen. Dieser Antrag basiere auf der Begründung, dass die neue Gesetzesregel, die schon in Artikel 105 m KVV geschaffenen drei Kategorien von Personengruppen zu ungleich behandelt, und dass diese Regeln auch zu

einer Inländerdiskriminierung führen würden. Folgende drei Kategorien von Personen würden somit nicht gleich behandelt: 1. Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat, in dem das Betreibungsverfahren durchgeführt werden kann (z.Z. Deutschland, in Zukunft auch Österreich) und aktuellem Anknüpfungspunkt an einen Kanton: Hier habe der „Anknüpfungskanton“ 85 Prozent der ausstehenden Forderungen zu übernehmen. Je nach kantonaler Regelung sei ein Leistungsaufschub möglich. 2. Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat, in dem das Betreibungsverfahren durchgeführt werden kann und die eine Rente aus der Schweiz beziehen: Hier hätten die zuständigen Krankenversicherer die ausstehenden Forderungen zu übernehmen. Ein Leistungsaufschub sei nicht möglich. 3. Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat, in dem kein Betreibungsverfahren durchgeführt werden könne: Hier sei bei ausstehenden Forderungen ein Leistungsaufschub vorgesehen. Diese Ungleichbehandlung widerspreche klar dem Gleichbehandlungsgebot. Es müssten für alle Versicherten, die unter Artikel 64a Absatz 9 KVG fallen, eine einfache, klare, einheitliche und rechtsgleiche Regelung geschaffen werden. Nachdem Artikel 64a Absatz 7 KVG die Möglichkeit des Leistungsaufschubs vorsehe, sollen Versicherte mit Wohnsitz im Ausland überdies nicht besser gestellt sein als Inländer. Vielmehr soll auch bei diesen Druck gemacht werden, ihre Prämien und Kostenbeteiligungen zu zahlen. Es sei stossend, wenn Personen mit Wohnsitz in Deutschland (künftig auch Österreich), die eine Rente aus der Schweiz beziehen und ihre Prämien nicht bezahlen, weiterhin ungehindert Leistungen in der Schweiz auf Kosten der OKP beziehen könnten. Hier sei eine klare Inländerdiskriminierung gegeben. Die Zuständigkeit liege ferner allein bei den Versicherern, da diese Versicherten keinen Wohnsitz in der Schweiz hätten und die Kantone für nicht im Kanton wohnhafte Personen nicht zuständig seien.

In einem vergleichbaren Sinn äussern sich auch die **Kantone UR und ZG**.

Der **Kanton GE** ist dagegen, dass die Kantone den Versicherern allfällige Ausstände von im Ausland wohnhaften Versicherten rückerstatten müssen. Er ist der Ansicht, dass die Versicherer dieses Risiko weiterhin selbst tragen müssen, da sie die Möglichkeit haben, die Leistungen bei Nichtbezahlung der Prämien auszusetzen, was sie bei in der Schweiz wohnhaften Versicherten nicht tun dürfen. Er hält fest, dass internationale Betreibungsverfahren besonders komplex und kostspielig werden können.

Nach Ansicht des **Kantons TI** macht die Gesetzesänderung eine Unterscheidung, wenn die Kantone 85 % der ausstehenden Forderungen übernehmen müssen. Bei Versicherten mit einem Anknüpfungspunkt an die Schweiz, im vorliegenden Fall den Grenzgängerinnen und Grenzgängern, werden die Kosten vom Kanton getragen, in dem die versicherte Person ihre Erwerbstätigkeit ausübt, während bei Rentnerinnen und Rentnern, die keinen Anknüpfungspunkt an die Schweiz mehr haben, die Krankenversicherer für die Kosten aufkommen. Der Kanton Tessin ist der Ansicht, dass eine solche Unterscheidung unzulässig ist und verlangt, dass die Lösung, die für Versicherte ohne Anknüpfungspunkt an die Schweiz gilt, gesetzlich auf alle Versicherten aus den EU-/EFTA-Staaten angewendet wird.

Die **OMCT** stellt sich ebenfalls gegen diese Gesetzesänderung und zwar aus denselben Gründen wie unter Punkt 2.2.2. angegeben (Übernahme der Spitalkosten für EU-Versicherte).

## 2.4. Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen (Art. 41 Abs. 1 und 2 KVG)

### 2.4.1. Pro

Die **GDK** weist darauf hin, dass nach dem geltenden Artikel 41 Absatz 1 KVG der Versicherer für ambulante Behandlungen die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen müsse, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person gelte. Neu soll der jeweils für den gewählten Leistungserbringer geltende Tarif zur Anwendung kommen; eine Verrechnung aufgrund differierender kantonaler Taxpunktwerte soll somit künftig entfallen.

Diese Änderung betreffe den interkantonalen Leistungsbezug. Die bestehende Lösung führe zu unnötigem administrativem Aufwand für die Leistungserbringer und die Krankenversicherer. Sicherzustellen sei bei einer solchen Gesetzesänderung jedoch in jedem Fall, dass durch diese keine Präjudizen für andere Finanzierungssysteme (Spitalfinanzierung, Restfinanzierung Pflege) geschaffen werde.

In der Botschaft zum Gesetzesentwurf sollte klar gestellt werden, dass die revidierte Bestimmung von Artikel 41 Absatz 1 KVG die kantonale Restfinanzierung bei den Pflegeleistungen nicht tangiere, da in dieser Bestimmung lediglich von einer Kostenübernahme durch den "Versicherer", nicht aber durch die Kantone die Rede ist. Da der Versicherer gemäss Artikel 25a KVG einen schweizweit einheitlichen Beitrag an die Pflegeleistungen zu bezahlen habe, ergeben sich bezüglich Pflegefinanzierung keine Differenzen zwischen heutigem und künftigem Artikel 41 Absatz 1 KVG. Auch bezüglich weiteren ambulanten Bereiche (z.B. Tageskliniken Psychiatrie) sei die Kostenübernahme auf die "Versicherer" zu beziehen und nicht auf allfällige Kantonsbeiträge.

Der Vorstand der GDK stimme der vorgeschlagenen Anpassung unter der Bedingung zu, dass in der Botschaft explizit festgehalten werde, dass die Änderung lediglich die Finanzierungspflicht der Versicherer, nicht aber die Beiträge der Kantone betreffe.

In einem analogen Sinne äussern sich die **Kantone BL, BS, BE, FR, GE, GL, GR, TG, VD** und **ZH**.

Der **Kanton AG** betont, diese Änderung sei zu begrüßen. Sie entspreche vermutlich der bereits heute gängigen Praxis vieler Versicherungen, da diese in der Regel den Arbeitsort ihrer Kunden nicht kennen.

Der **Kanton AI** macht darauf aufmerksam, dass diese Änderung den interkantonalen Leistungsbezug betreffe. Die Anpassung der Regelung zur Kostenübernahme bei ambulanten Leistungen durch die Krankenversicherer sei sinnvoll und zu unterstützen. Die bestehende Lösung führe zu unnötigem administrativem Aufwand für die Leistungserbringer und die Krankenversicherer.

Den vorgeschlagenen Neuregelungen könne jedoch nur unter zwei Bedingungen zugestimmt werden. Erstens: Der Tatsache, dass alle Bewohner von kantonsübergreifenden Versorgungsregionen einen gleichberechtigten Zugang zu allen ambulanten Leistungsanbietern der Region haben, sei bei künftigen Strategien und Entscheiden zur Tarifgestaltung von allen involvierten Parteien angemessenen Rechnung zu tragen. Zweitens sei klarzustellen, dass mit der vorgesehenen Gesetzesänderung für die ambulanten Leistungen keine Präjudizen für andere Finanzierungssysteme (insbesondere Spitalfinanzierung und Restfinanzierung der Pflege) geschaffen werden.

In der Botschaft zum Gesetzesentwurf sollte klargestellt werden, dass die revidierte Bestimmung von Artikel 41 Absatz 1 KVG die kantonale Restfinanzierung bei den Pflegeleistungen nicht tangiere, da in dieser Bestimmung lediglich von einer Kostenübernahme durch den Versicherer, nicht aber durch die Kantone die Rede sei. Da der Versicherer gemäss Artikel 25a KVG einen schweizweit einheitlichen Beitrag an die Pflegeleistungen zu bezahlen habe, ergeben sich bezüglich Pflegefinanzierung keine Differenzen zwischen dem heutigen und dem künftigen Artikel 41 Absatz 1 KVG. Auch bezüglich weiteren ambulanten Bereichen (z.B. Tageskliniken Psychiatrie) sei die Kostenübernahme auf die Versicherer zu beziehen und nicht auf allfällige Kantonsbeiträge.

Die **Kantone AR und LU** sind mit der vorgeschlagenen Regelung einverstanden.

Der **Kanton NW** äussert sich analog der Stellungnahme der GDK macht aber ergänzend noch darauf aufmerksam, dass Artikel 79 a B a KVG (i.V.m. Art. 72 ATSG) ergänzt werden sollte. Das Rückgriffsrecht nach Artikel 72 ATSG müsse sinngemäss auch für den Wohnkanton für die Beiträge, die er nach den Artikeln 25a, 41 und 49a KVG geleistet habe, gelten.

Der **Kanton NE** hält fest, dass diese Vorlage Grenzgängerinnen und Grenzgängern, die ihre Krankenversicherung in der Schweiz abgeschlossen haben, ermöglichen würde, das Spital, in dem sie behandelt werden möchten, auf der Liste der in der kantonalen Spitalplanung anerkannten Einrichtungen zu wählen.

Der **Kanton SH** betont, dass die Änderung für seinen Kanton bedeutsam sei, da die Versorgungsregion Schaffhausen erhebliche Überlagerungen insbesondere mit dem Nachbarkanton Zürich aufweise, wo für ambulante Arzt-, Spital- und Therapieleistungen teilweise markant höhere Taxpunktwerte gelten würden. Die Schaffung einer uneingeschränkten Freizügigkeit über alle Tarifräume könnte somit den heute schon bestehenden Trend zur Ansiedlung von ambulanten Leistungsanbietern im tarifarisch begünstigten Nachbarkanton weiter verstärken. Ein solcher Trend hätte für die Bevölkerung im eigenen Kanton erhebliche Nachteile (erhöhte Taxen bei weiteren Wegen und erschwerter Zugang zu den Leistungserbringern).

Der Kanton SH betont, er sei sich bewusst, dass die bisherige Regelung formell allzu komplex sei und in der Praxis ohnehin kaum noch durchgesetzt worden sei. Die vorgesehene Neuregelung erscheine vor diesem Hintergrund nahe liegend und sinnvoll. Gleichwohl könne der Kanton SH der vorgeschlagenen Neuregelung nur unter zwei Bedingungen zustimmen.

1. Der Tatsache, dass alle Bewohner von kantonsübergreifenden Versorgungsregionen einen gleichberechtigten Zugang zu allen ambulanten Leistungsanbietern der Region hätten, sei bei künftigen Strategien und Entscheiden zur Tarifgestaltung von allen involvierten Parteien angemessen Rechnung zu tragen.

2. Es sei klarzustellen, dass mit der vorgesehenen Gesetzesänderung für die ambulanten Leistungen keine Präjudizen geschaffen werden für andere Finanzierungssysteme (insb. Spitalfinanzierung und Restfinanzierung der Pflege).

In der Botschaft zum Gesetzesentwurf sollte klar gestellt werden, dass die revidierte Bestimmung von Artikel 41 Absatz 1 KVG die kantonale Restfinanzierung bei den Pflegeleistungen nicht tangiere, da in dieser Bestimmung lediglich von einer Kostenübernahme durch den Versicherer, nicht aber durch die Kantone die Rede sei. Da der Versicherer gemäss Artikel 25a KVG einen schweizweit einheitlichen Beitrag an die Pflegeleistungen zu bezahlen habe, ergäben sich bezüglich Pflegefinanzierung keine Differenzen zwischen heutigem und künftigen Artikel 41 Absatz 1 KVG. Auch bezüglich weiteren ambulanten Bereichen (z.B. Tageskliniken Psychiatrie) sei die Kostenübernahme auf die Versicherer zu beziehen und nicht auf allfällige Kantonsbeiträge.

Der **Kanton SO** begrüsst die neue Regelung. Allerdings sei sicherzustellen, dass die Beiträge der Kantone durch diese Regelung nicht tangiert würden.

Die **Kantone OW, SG, SZ, UR und ZG** betonen, die vorgeschlagene Änderung werde befürwortet. Die heutige Regelung führe zu unnötigem administrativem Aufwand für die Leistungserbringer und die Krankenversicherer. Die vorgeschlagene Änderung werde daher befürwortet. In der Botschaft müsse jedoch klar festgehalten werden, dass von dieser neuen Regelung nur die Finanzierungspflicht der Versicherer betroffen sei und damit kein Präjudiz für Beiträge der Kantone bei anderen Finanzierungssystemen (Spitalfinanzierung, Restfinanzierung Pflege) geschaffen werde.

Der **Kanton Tessin** ist der Meinung, dass die geltende Gesetzgebung den Versicherern viel administrative Arbeit aufbürdet, denn sie müssen jeden Fall einzeln prüfen, um den korrekten Tarif anzuwenden. Das ist besonders diskriminierend für Versicherte, die leicht auf kostengünstigere Pflegeleistungen in den benachbarten Kantonen zugreifen könnten, aber aufgrund der wachsenden Mobilität auch für die anderen Versicherten. Die Aufhebung der Deckungslimite würde den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern der verschiedenen Kantone verschärfen, was die gewünschte Angleichung der kantonalen Tarife, die noch sehr unterschiedlich sind, fördern würde. Der Kanton Tessin fordert, dass in der Botschaft präzisiert wird, welche Vorkehrungen vorgesehen sind, damit die vorgeschlagene Anpassung nur auf die Finanzierungspflicht der Versicherer angewendet wird, ohne die anderen Finanzierungssysteme, insbesondere die kantonale Finanzierung für ausserkantonale Hospitalisierungen, zu verändern. Ansonsten unterstützt er die vorgeschlagene Gesetzesänderung.

Die **BDP** begrüsst die Gesetzesänderung. Dank diesen Anpassungen könne der bürokratische Aufwand reduziert und gleichzeitig interkantonale Hürden abgebaut werden.

Die **CVP** teilt mit, sie begrüsse die Umsetzung der Motion 12.4224 ihrer Nationalrätin Ruth Humbel.

Die **FDP** betont, sie habe die beiden Motionen 12.4224 und 12.4098 "Aufhebung einer praxisfremden und rechtsungleichen Bestimmung im KVG" in den Räten unterstützt. Die Einzelfallprüfung sei administrativ für die Versicherer aufwendig und stehe nicht im Verhältnis zu den Kosten. Die beantragte Änderung sei somit billiger, baue Bürokratie ab, sei für die Patienten einfacher und fördere gleichzeitig den Wettbewerb zwischen den ambulanten Leistungserbringern.

Die **SVP** betont, die Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen für alle in der Schweiz versicherten Personen stärke die Wahlfreiheit und verringere den bürokratischen Aufwand.

Der **Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche (asd)** bringt vor, der vorgeschlagenen Regelung (Streichung) im zweiten Satz von Artikel 41 Absatz 1 könne zugestimmt werden. Immerhin entstehe mit dem Vorschlag der Wahlfreiheit des Listenspitals für Rentnerinnen und Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen (Art. 41 Abs. 2 KVG) eine Rechtsungleichheit gegenüber dem Schweizer Patienten, der eine Listenspitalwahl-freiheit nur bezüglich Wohnkanton oder Standortkanton ohne finanzielle Konsequenzen habe. Der asd würde es daher begrüssen, wenn eine solche beabsichtigte Regelung zunächst ohne neue Gesetzesnormen während einer beschränkten Zeit in einem Pilotversuch auf ihre möglichen Auswirkungen getestet würde. Im gleichen Sinne äussern sich auch **medswiss.net**, die **Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV)** und **The Swiss Leading Hospitals**.

Der **Schweizerische Gewerbeverband (SGV)** stimmt diesen Änderungen zu.

Das **Centre Patronal** heisst die vorgeschlagene Änderung gut, welche die Leistungen auf interkantonaler Ebene betrifft. Die derzeitige Lösung bringt einen sinnlosen administrativen Aufwand für Leistungserbringer und Krankenversicherer mit sich.

Die **FER** unterstützt diese neue Regelung. Sie sorgt für eine Förderung des Wettbewerbs unter den Erbringern von ambulanten Leistungen.

Die **FRC** begrüsst die neue Regelung. Sie ist der Ansicht, dass die neue Formulierung die Kostenübernahme durch den Versicherer unabhängig vom Leistungserbringer klarstellt.

Die **Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)** teilt mit, sie begrüsse diese Änderung, die die freie Arztwahl unterstütze. Dass Versicherte sich neu in jedem Kanton behandeln lassen könnten, ohne allfällige Kosten befürchten zu müssen, sei sowohl aus Patienten- wie auch aus Arztsicht zu befürworten. Die bisherige Regelung habe nicht nur zu einem bürokratischen Aufwand bei den Krankenkassen geführt, sondern auch zu einer Verunsicherung bei Leistungserbringern und –nehmern. Was die Revision des Militärgesetzes betreffe, stimme die FMH der Streichung der teilstationären Behandlungen im MVG zu. Die FMH begrüsse die freie Wahl des ambulanten Leistungserbringers, die die freie Arztwahl unterstütze.

Die **Spitäler der Schweiz H+** betonen, sie würden die Gleichstellung aller ambulanten Leistungserbringer mit der Übernahme der Tarife der gewählten Leistungserbringer (Art. 41 Abs. 1 KVG und Art. 17 Abs. 2 und 4 MVG) begrüssen.

Die **Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse (SCG)** unterstützt insbesondere die freie Wahl des Leistungserbringers.

Der **Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzte (VSAO)** teilt mit, er befürworte die freie Arztwahl und unterstütze deshalb die geplante Gesetzesvorlage in dieser Hinsicht sehr. Dass Versicherte sich neu in jedem Kanton behandeln lassen könnten, ohne allfällige Kosten befürchten zu müssen, sei sowohl aus Patienten- wie auch aus Arztsicht zu befürworten. Die bisherige Regelung habe nicht nur zu einem bürokratischen Aufwand bei den Krankenkassen geführt, sondern auch zu einer Verunsicherung bei Leistungserbringern und –nehmern.

Die **OMCT** heisst die Abschaffung einer Bestimmung gut, die eine unzeitgemässe Deckungslimite vorsah, die weder gerechtfertigt war noch wirklich angewendet wurde.

Betreffend die Wahl des Leistungserbringers und die Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen für alle in der Schweiz versicherten Personen unterstützt **curafutura** den Vorschlag, wonach alle Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ihren Arzt in der ganzen Schweiz ohne finanzielle Nachteile frei wählen können. Der Revisionsvorschlag sei zeitgemäss und mit Blick auf die Wahlfreiheit der Versicherten begrüssenswert.

**santésuisse** betont, wie der erläuternde Bericht richtig feststelle, führe die Gesetzesbestimmung, wonach die Kostenübernahme bei ambulanten Behandlungen höchstens nach dem Tarif am Wohn- oder Arbeitsort erfolge, zu einer aufwändigen Einzelfallprüfung. **santésuisse** unterstütze daher, dass die Kosten bei ambulanten Behandlungen neu nach dem jeweils für den gewählten Leistungserbringer geltenden Tarif übernommen würden. Diese Regelung vereinfache die administrativen Abläufe, führe damit zu Einsparungen bei den Verwaltungskosten und fördere darüber hinaus den Wettbewerb unter den ambulanten Leistungserbringern.

Der **SVV** unterstützt den Vorschlag. Die «alte» Regelung ziehe einen hohen administrativen Aufwand nach sich und verunmögliche eine automatisierte Abrechnung, welche helfe, Verwaltungskosten zu senken. Der Wegfall des finanziellen Nachteils stärke zudem die Freizügigkeit der Versicherten, was der SVV aus wettbewerblicher Sicht sehr begrüsse.

#### **2.4.2. Kontra**

Es gibt keine Stellungnahmen, die sich gegen die vorgeschlagene Regelung äussern.

**Anhang 1: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer**  
**Annexe 1 : Liste des participants à la consultation**  
**Allegato 1 : Elenco dei partecipanti alla consultazione**

**1. Kantone und kantonale Konferenzen / Cantons et conférences cantonales /  
 Cantoni e conferenze cantonali**

<b>Abk. / Abrév. Abbrev.</b>	<b>Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione</b>
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'Etat du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'Etat du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'Etat du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'Etat du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'Etat du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'Etat du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'Etat du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'Etat du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'Etat du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'Etat du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'Etat du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'Etat du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo

OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'Etat du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'Etat du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'Etat du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'Etat du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'Etat du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'Etat du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'Etat du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'Etat du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'Etat du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'Etat du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'Etat du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'Etat du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK CDS CDS	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

**2. In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale**

<b>Abk. / Abrév. Abbrev.</b>	<b>Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione</b>
BDP PBD PBD	Bürgerlich-Demokratische Partei Parti bourgeois-démocratique Partito borghese democratico
CVP PDC PPD	Christlichdemokratische Volkspartei Parti démocrate-chrétien Partito popolare democratico
FDP PLR PLR	Die Liberalen Les Libéraux-Radicaux I Liberali Radicali

SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti Socialiste Suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro

**3. Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft, der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières de l'économie, des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dell'economia, dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna**

<b>Abk. / Abrév. Abbrev.</b>	<b>Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione</b>
asd	Arbeitgeberverband der Schweizer Dentalbranche Association patronale suisse de la branche dentaire Centre Patronal
FER	Fédération des entreprises romandes
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband
UPS	Union patronale suisse
USI	Unione svizzera degli imprenditori
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USS	Union syndicale suisse
USS	Unione sindacale svizzera
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
USAM	Union suisse des arts et métiers
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri
SSV	Schweizerischer Städteverband
UVS	Union des villes suisses
UCS	Unione delle città svizzere

**4. Organisationen für Konsumentenschutz / Organisations de protection des consommateurs / Organizzazioni per la protezione dei consumatori**

<b>Abk. / Abrév. Abbrev.</b>	<b>Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione</b>
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori

**5. Organisationen des Gesundheitswesen und Leistungserbringer  
Organisations de santé publique et fournisseurs de prestations  
Organizzazioni della sanità pubblica e fornitori di prestazioni**

<b>Abk. / Abrév. Abbrev.</b>	<b>Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione</b>
CURAVIVA	CURAVIVA Schweiz - Verband Heime und Institutionen Schweiz CURAVIVA Suisse - Association des homes et institutions sociales suisses CURAVIVA Svizzera - Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri

FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse 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
IG eHealth	eHealth Interessengemeinschaft
KAV APC APC	Schweizerische Kantonsapothekervereinigung Association des pharmaciens cantonaux Associazione dei farmacisti cantonali
	Konferenz kantonale Krankenhausverbände
labmed Schweiz labmed Suisse	Schweizerischer Berufsverband der biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker Association professionnelle suisse des techniciennes et techniciens en analyses biomédicales
labmed Sviz- zera	Associazione professionale svizzera delle tecniche e dei tecnici in analisi biomediche
medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione delle reti di medici
omct	Ordine dei medici del cantone Ticino
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia
SBK ASI ASI	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
SBV ASMI ASMI	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private
SCG ASC ASC	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse Associazione delle cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera
	The Swiss Leading Hospitals
VAKA	Der Aargauische Gesundheitspartner
VSAO ASMAC AS- MAC	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica

## 6. Versicherer / Assureurs / Assicuratori

<b>Abk. / Abrév. Abbrev.</b>	<b>Vernehmlassungsteilnehmer / Participant à la consultation Partecipante alla consultazione</b>
CSS	CSS Versicherung

	CSS Assurance CSS Assicurazione
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
GE KVG IC LAMal IC LAMal	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal
	Helsana Versicherungen AG Helsana Assurances SA Helsana Assicurazioni SA
santésuisse	Die Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses
Suva	Suva Abteilung Militärversicherung Suva Division Assurance militaire Suva Divisione Assicurazione militare
SVV ASA ASA	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni