



17.480

**Parlamentarische Initiative**  
**Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotaufnahme**  
**Erläuternder Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates**

vom 15. August 2024

---

---

## Übersicht

*Mit dieser Vorlage sollen die Kantone die Kompetenz erhalten, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehalts bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme um 50 Franken zu erhöhen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Schwangere und Kinder sowie Personen mit einer Überweisung durch einen Arzt oder eine Ärztin, ein Zentrum für Telemedizin oder einen Apotheker oder eine Apothekerin. Durch das finanzielle Lenkungelement sollen die Versicherten davon abgehalten werden, bei leichten Fällen die Spitalnotaufnahme aufzusuchen. Die Stärkung des Kostenbewusstseins und der Eigenverantwortung wird aus Sicht der Kommission zu einer Entlastung der Notaufnahmen der Spitäler führen.*

### Ausgangslage

Die Inanspruchnahmerate von Spitalnotaufnahmen steigt regelmässig an, was die Arbeitslast des Medizinal- und Pflegepersonals erhöht und die Wartezeiten verlängert. Aufgrund dieser Feststellungen ist die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) der Ansicht, dass gehandelt werden muss, um die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten. Die parlamentarische Initiative (Weibel) Bäumle «Gebühr für Bagatellfälle in der Spitalnotfallaufnahme» (17.480) verlangt die Einführung einer «Gebühr» für Bagatellfälle, um eine abschreckende Wirkung zu erzielen, damit Bagatellfälle nicht in der Notaufnahme behandelt, sondern einer angemesseneren und kostengünstigeren Versorgung zugeführt werden. Die Kommission hat die Vereinbarkeit einer solchen Lösung mit den Verfassungsbestimmungen analysiert und mehrere Umsetzungsoptionen geprüft. Nach eingehenden Beratungen hat sie in einer gezielten Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten eine pragmatische und effiziente Lösung gefunden.

### Inhalt der Vorlage

Diese Vorlage sieht vor, dass der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts zulasten der versicherten Person um 50 Franken erhöht wird, wenn diese eine Spitalnotaufnahme ohne schriftliche Überweisung von einem Arzt bzw. einer Ärztin, von einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker bzw. einer Apothekerin aufsucht. Von dieser Regelung ausgenommen sind Schwangere sowie Kinder. Ausserdem gilt sie nur für Personen, die der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unterstellt sind. Der Entscheid über die Einführung einer solchen Erhöhung des Selbstbehalts wird den Kantonen überlassen.

Für die Umsetzung dieser Regelung muss ein neuer Artikel 64 Absatz 3<sup>bis</sup> ins Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)<sup>1</sup> aufgenommen werden.

<sup>1</sup> SR 832.10

---

# Bericht

## 1 Entstehungsgeschichte

Am 27. September 2017 hat Nationalrat Thomas Weibel (GLP, ZH) die parlamentarische Initiative 17.480 eingereicht, wonach die gesetzlichen Grundlagen so anzupassen sind, dass Patientinnen und Patienten, welche die Notaufnahme eines Spitals aufsuchen, vor Ort eine Gebühr von beispielsweise 50 Franken bezahlen müssen. Diese Gebühr wäre nicht an die Franchise oder Kostenbeteiligung anrechenbar. Davon ausgenommen werden könnten Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren sowie Patienten und Patientinnen mit ärztlicher Zuweisung oder einer nachfolgenden stationären Behandlung.

Die Initiative wird damit begründet, dass in den vergangenen Jahren die Zahl der Konsultationen in der Spitalnotaufnahme stark zugenommen hat, was eine Überlastung der Notfallorganisation zur Folge hat. Es gibt verschiedene Gründe für diese Entwicklung. Jedoch weist der Initiator darauf hin, dass viele Fälle sich als Bagatellfälle entpuppen. Die Überlastung der Notaufnahme bedeutet mehr Stress für das Medizinal- und Pflegepersonal sowie lange Wartezeiten für echte Notfälle, was gefährliche Folgen haben kann. Die Einführung einer Gebühr hätte eine abschreckende Wirkung, so dass Bagatellfälle nicht in der Notaufnahme, sondern in erster Linie in den Hausarztpraxen, die eine bewährte und kostengünstigere Versorgung bieten, behandelt würden. Eine solche Massnahme würde zur Entlastung der Spitalnotaufnahmen beitragen und könnte auch den Anstieg der Gesundheitskosten eindämmen.

Nach dem Ausscheiden von Thomas Weibel aus dem Nationalrat wurde die parlamentarische Initiative von Nationalrat Martin Bäumle (GLP, ZH) übernommen.

Am 6. Juli 2018 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) der parlamentarischen Initiative mit 17 zu 7 Stimmen Folge gegeben. An ihrer Sitzung vom 15. April 2019 gab die Schwesterkommission des Ständerats (SGK-S) mit 7 zu 5 Stimmen keine Zustimmung zu diesem Beschluss.

Die Initiative wurde daher noch einmal von der SGK-N geprüft, die ihrem Rat am 15. November 2019 mit 16 zu 6 Stimmen beantragte, der Initiative Folge zu geben. Am 3. Dezember 2019 befasste sich der Nationalrat mit der Frage und beschloss mit 108 zu 85 Stimmen bei 1 Enthaltung, dem Antrag seiner Kommission zu folgen und der parlamentarischen Initiative Folge zu geben.

Nachdem der Nationalrat grünes Licht gegeben hatte, wurde das Geschäft der SGK-S zur erneuten Prüfung vorgelegt. Am 14. April 2021 beantragte die Kommission mit 6 zu 0 Stimmen bei 5 Enthaltungen, dem Beschluss des Nationalrats nicht zuzustimmen. Am 16. Juni 2021 unterstützte der Ständerat einen von Ständerat Jakob Stark eingereichten Einzelantrag und schloss sich mit 17 zu 15 Stimmen bei 2 Enthaltungen dem Beschluss des Nationalrats an, der parlamentarischen Initiative Folge zu geben.

Um das weitere Vorgehen festzulegen, hat die SGK-N, die einen Gesetzesentwurf zur Umsetzung der Anliegen der parlamentarischen Initiative ausarbeiten sollte, an

ihrer Sitzung vom 19. Mai 2022 Vertreter und Vertreterinnen von Spitälern, Ärzteschaft, Krankenversicherern, Patienten und Patientinnen sowie Konsumenten und Konsumentinnen angehört. Aufgrund dieser Anhörung kam die Kommission zum Schluss, dass die vorgeschlagene Gebühr weniger Nutzen hätte als erwartet, eine erhebliche Arbeitslast mit sich brächte und eine Quelle der Unsicherheit darstellen würde. Daher beantragte sie mit 12 zu 11 Stimmen bei 1 Enthaltung, die Initiative abzuschreiben. Am 30. September 2022 ging die Initiative daher noch einmal an den Nationalrat zurück, der mit 114 zu 71 Stimmen bei 6 Enthaltungen den Antrag seiner Kommission auf Abschreibung ablehnte.

Am 3. Februar 2023 nahm die Kommission die Behandlung der parlamentarischen Initiative wieder auf, um die Leitlinien des Projekts zu ihrer Umsetzung festzulegen. Gestützt auf Artikel 112 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Bundesversammlung (ParlG)<sup>2</sup>, hat die Kommission Sachverständige des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) hinzugezogen. So beauftragte sie die Verwaltung mit der Ausarbeitung von zwei Varianten: Die erste sollte die Einführung einer nationalen Gebühr von 50 Franken vorsehen, die zweite eine Erhöhung des Selbstbehaltes um 50 Franken für jede Konsultation in der Notaufnahme (vgl. auch Ziff. 2.3). Am 31. August 2023 nahm die Kommission von den Arbeiten der Verwaltung Kenntnis und prüfte die beiden Vorentwurfsvarianten. Aufgrund der Feststellung zahlreicher verfassungsrechtlicher und umsetzungstechnischer Schwierigkeiten wurde die erste Variante fallengelassen. Die Kommission wünschte, die Analyse der zweiten Variante fortzuführen. Dazu beauftragte sie die Verwaltung, das Einsparpotenzial dieser Variante zu prüfen, und verlangte zudem weitere statistische Informationen zur Inanspruchnahme der Spitalnotaufnahme. Am 17. November 2023 legten die Sachverständigen des BAG der Kommission die Schlussfolgerungen ihrer Analysen dar. Am 11. April 2024 wurden der Kommission wiederum zwei Vorentwurfsvarianten vorgelegt: Die erste sah vor, den maximalen jährlichen Selbstbehalt bei jeder ungerechtfertigten Inanspruchnahme der Spitalnotaufnahme um 50 Franken zu erhöhen. In der zweiten, einschneidenderen Variante wurde die Kostenbeteiligung als 50-fränkiger Zuschlag zum Selbstbehalt ausgestaltet, der somit schon zum Tragen käme, bevor die versicherte Person die Obergrenze des jährlichen Selbstbehalts erreicht hat. Mit 13 zu 12 Stimmen unterstützte die Kommission die erste Variante, und mit 13 zu 11 Stimmen bei 1 Enthaltung nahm sie den entsprechenden Vorentwurf in der Gesamtabstimmung an. An ihrer Sitzung vom 15. August 2024 hat die Kommission schliesslich den vorliegenden erläuternden Bericht im Hinblick auf das Vernehmlassungsverfahren bereinigt.

## **2 Ausgangslage**

### **2.1 Überlastung der Spitalnotaufnahme**

Die Notaufnahmen der Spitäler sind ein wesentlicher Bestandteil des Schweizer Gesundheitssystems. Sie bieten raschen und direkten Zugang zu medizinischen Spitzenleistungen und gewährleisten eine schnelle und effiziente Behandlung von medizinischen Notfällen. Sie bilden auch eine wichtige Drehscheibe zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Einerseits lassen sich manche Fälle zügig

<sup>2</sup> SR 171.10

ambulant behandeln, andererseits können Patienten und Patientinnen, die eine stationäre Behandlung benötigen, umgehend an die zuständigen Abteilungen innerhalb desselben Spitalkomplexes überwiesen werden. Dieser Querschnittszugang zum Gesundheitswesen muss gewahrt und gewährleistet werden, insbesondere durch die Vermeidung von Überlastung und Engpässen. Die Inanspruchnahme der Notaufnahme muss in ein breiteres Spektrum von Zugängen zum Gesundheitswesen eingebettet sein, so dass eine gezielte und rationelle Behandlung der verschiedenen medizinischen Fälle möglich ist. Das System muss in der Lage sein, leichte oder weniger schwere Fälle an andere Versorgungseinrichtungen, wie zum Beispiel Hausarztpraxen, weiterzuleiten, so dass die Ressourcen und die Aufnahmekapazität der Spitalnotaufnahmen erhalten bleiben und die echten medizinischen Notfälle bewältigt werden können.

In den letzten Jahren haben die betroffenen Akteure wiederholt auf eine zunehmend angespannte Situation in den Spitalnotaufnahmen hingewiesen. Diese Feststellung wird durch die vorliegenden statistischen Daten bestätigt. Die Arbeitsüberlastung stellt die medizinischen Teams auf eine harte Probe und verlängert die Wartezeiten.

Gemäss den im Dossier 64 «Inanspruchnahme von Notfalldiensten» des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan)<sup>3</sup> präsentierten Zahlen suchten 2016 14 Prozent der Wohnbevölkerung mindestens einmal eine Notfallstation eines Schweizer Spitals auf. Insgesamt wurden 1,7 Millionen Aufnahmen verzeichnet, was rund 4500 Aufnahmen pro Tag entspricht. Dabei zeigte sich, dass die Zahl der Konsultationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner je nach Kanton sehr unterschiedlich war. Sie reichte von einem Minimum von 53 (AI) bis zu einem Maximum von 296 Konsultationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner (TI). Gesamtschweizerisch wurden pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner durchschnittlich 197 Konsultationen verzeichnet. Die neusten vorliegenden Zahlen stammen aus dem Jahr 2022 und zeigen eine leichte Zunahme: 2022 betrug die Rate 248 Konsultationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner, mit einer Spitze von 357 Konsultationen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Jura<sup>4</sup>.

Am häufigsten werden die Notfallstationen von Kindern unter sechs Jahren in Anspruch genommen (2016: 418 Konsultationen pro 1000 Einwohner/-innen, 2021: 412<sup>5</sup>). Am zweithöchsten ist die Inanspruchnahmerate bei den 19- bis 25-Jährigen (2016: 263 pro 1000 Einwohner/-innen, 2021: 266). Bei den folgenden Altersklassen sinkt die Rate und erreicht bei den 46- bis 85-Jährigen den tiefsten Stand (2016: ca. 140 pro 1000 Einwohner/-innen, 2021: 150).

Was die Kosten der Konsultationen in den Spitalnotaufnahmen betrifft, so beliefen sich die Rechnungen im Jahr 2016 auf insgesamt 624 Millionen Franken, was 2,2 Prozent der gesamten Spitalkosten entspricht. Im Schweizer Durchschnitt betrug der 2016 für eine Konsultation verrechnete Betrag 382 Franken. 2021 lag der Durchschnittsbetrag bei 371 Franken. Rund 79 Prozent der in den Spitalnotaufnahmen

3 Merçay, C., «Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales» (Obsan Dossier 64), Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2018.

4 Daten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums: <https://ind.obsan.admin.ch> > Gesundheitssystem > Ambulante Gesundheitsversorgung > Inanspruchnahmerate von Notfalldiensten.

5 Daten 2021: Obsan-Analyse für das BAG vom 28. Februar 2023.

erbrachten Leistungen gingen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)<sup>6</sup>.

### *Erwägungen zu den Bagatellfällen*

Es ist schwer zu beziffern, wie viele der Konsultationen in den Spitalnotaufnahmen als «Bagatellfälle» eingestuft werden können. Da es sich um einen gängigen Begriff handelt, der weder im Gesetz noch in der medizinischen Praxis definiert ist, ist es nach wie vor unmöglich, entsprechende Daten zu erheben. Daher gibt es derzeit keine Statistik zu den Bagatellfällen in Spitalnotaufnahmen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass insbesondere in gewissen Kantonen eine beträchtliche Anzahl von Bagatellfällen in den Spitalnotaufnahmen behandelt wird.

Das Obsan hat einen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahmerate und den durchschnittlichen Konsultationskosten festgestellt<sup>7</sup>. Es zeigt sich, dass der durchschnittliche Rechnungsbetrag pro Konsultation mit steigender Inanspruchnahmerate sinkt. In Kantonen mit hoher Inanspruchnahmerate sind die durchschnittlichen Kosten pro Konsultation tendenziell tiefer. Das lässt sich teilweise mit einer höheren Zahl von kostengünstigeren Bagatellen oder einfachen Fällen erklären.

Im Rahmen seiner Analyse hat das Obsan auch festgestellt, dass eine hohe Inanspruchnahmerate meistens auf Mehrfachnutzerinnen und -nutzer zurückzuführen ist<sup>8</sup>. Die 1,7 Millionen Notfallkonsultationen im Jahr 2016 verteilten sich auf 1,2 Millionen Patientinnen und Patienten, was durchschnittlich 1,3 Konsultationen pro Person entspricht. Vier von fünf Patienten und Patientinnen (78 %) nutzten die Notfallstationen punktuell (sie wurden im Lauf des Jahres nur einmal registriert). Auf sie entfallen allerdings nur etwas mehr als die Hälfte der Konsultationen (59 %). Werden Personen ab vier Konsultationen als häufige Nutzerinnen und Nutzer definiert, so machen diese nur einen geringen Patientenanteil aus (2 %), sind aber nahezu für jede zehnte Konsultation (9 %) verantwortlich.

## **2.2 Handlungsbedarf und Ziele**

Aufgrund der in den obigen Abschnitten dargelegten Feststellungen ist die Kommission der Ansicht, dass gehandelt werden muss, um die Überlastung der Spitalnotaufnahmen zu reduzieren und damit den reibungslosen Betrieb eines wesentlichen Bestandteils des schweizerischen Gesundheitssystems zu gewährleisten.

Der Zugang zum Gesundheitssystem muss rationell und gezielt organisiert sein. In leichten bzw. nicht schwerwiegenden Fällen sollte die Inanspruchnahme der Spitalnotaufnahme eine Option sein, die als *Ultima Ratio* in Betracht kommt, wenn keine andere Versorgungsmöglichkeit vorhanden ist. Prioritär sollte eine Hausarztpraxis aufgesucht oder ein ärztlich geleitetes Zentrum für Telemedizin in Anspruch genommen werden. Leichtere Fälle könnten sogar durch eine Beratung in einer Apotheke gelöst werden. Diese Feststellung wird im Übrigen von den Patientinnen und Patienten selbst bestätigt: In einer vom Obsan durchgeführten Umfrage gab mehr als ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die einen Notfalldienst in Anspruch

6 Patientendaten Spital ambulant (PSA 2019), Analyse des BAG.

7 Merçay, C., Ibidem, Ziff. 5.4 Relation entre le coût de la consultation et le recours aux urgences.

8 Merçay, C., Ibidem, Ziff. 4.3 Relation entre la part d'utilisateurs multiples et le recours aux urgences.

genommen hatten, an, dass ihr Fall von ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin hätte behandelt werden können, wenn dieser oder diese verfügbar gewesen wäre<sup>9</sup>.

Die Kommission ist der Ansicht, dass es besser wäre, die Patientinnen und Patienten an die am besten geeigneten medizinischen Leistungserbringer zu verweisen. Die Hauptfunktion der Spitalnotaufnahmen sollte darin bestehen, eine rasche und effektive Behandlung der schlimmsten Fälle zu ermöglichen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, wenn andere Optionen nicht möglich oder ausreichend sind. Der in der vorliegenden parlamentarischen Initiative gewählte Ansatz hat den Vorzug, eine abschreckende Wirkung zu erzielen, indem er Patienten und Patientinnen mit Bagatellfällen vom Gang in die Notaufnahme abhält und sie einer angemesseneren und gleichzeitig kostengünstigeren Behandlung zuführt. Die Zielgruppe der vorliegenden Initiative sind in erster Linie Mehrfachnutzerinnen und -nutzer, die mehrmals im Jahr die Notaufnahme aufsuchen.

Das verfolgte Ziel ist die Entlastung der Notaufnahmen; eine Lösung soll also nicht über schwerfällige administrative Prozesse oder zusätzliche Aufgaben für das Medizinial- und Pflegepersonal erreicht werden.

### 2.3 Geprüfte Ansätze und gewählte Lösung

#### *Verfassung und Geltungsbereich des KVG*

Die parlamentarische Initiative verlangt die Einführung einer Gebühr für Personen, welche die Notaufnahme eines Spitals aufsuchen. Diese «Gebühr» kann nicht als Verwaltungsgebühr im üblichen Sinne betrachtet werden. Der angestrebte Zuschlag soll zusätzlich zu den Konsultationskosten verrechnet werden und wird nicht kostenbasiert berechnet. Es handelt sich hierbei nicht um eine Verwaltungsgebühr, die im üblichen Sinne dazu dient, eine staatliche Ausgabe zu decken. Da der Zweck des Zuschlags darin besteht, das Verhalten der Bevölkerung zu beeinflussen und dafür zu sorgen, dass Bagatellfälle in erster Linie anderen medizinischen Leistungserbringern zugeführt werden, sollte er eher als Lenkungsabgabe interpretiert werden.

Zu beachten ist auch, dass die von der parlamentarischen Initiative angestrebte «Gebühr» nicht in den Geltungsbereich des KVG fällt. Der Zuschlag bezieht sich nämlich nicht auf eine Leistung, Kostenübernahme, Kostenbeteiligung oder Schandenminderungspflicht.

Zudem ist es gemäss Artikel 117 Absatz 1 der Bundesverfassung (BV)<sup>10</sup> nicht zulässig, eine über den Geltungsbereich der Krankenversicherung hinausgehende Regelung in das KVG aufzunehmen. Mit der Initiative wird die Einführung einer Gebühr für alle Konsultationen in der Spitalnotaufnahme angestrebt. Es sind jedoch nicht alle Personen, die eine Notaufnahme aufsuchen, nach KVG versichert (z. B. Touristinnen und Touristen, nach dem Unfallversicherungsgesetz [UVG]<sup>11</sup> oder dem Militärversicherungsgesetz [MVG]<sup>12</sup> versicherte Personen).

9 Dom, M., «Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CFW)» im Auftrag des BAG, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan Bericht 10/2023.

10 SR 101

11 SR 832.20

12 SR 833.1

Aufgrund dieser rechtlichen und verfassungsmässigen Überlegungen hat die Kommission zwei mögliche Ansätze für die Umsetzung der parlamentarischen Initiative vertieft.

Ein erster Ansatz, der näher am Initiativtext lag, beinhaltete die Einführung einer Lenkungsabgabe von 50 Franken für alle Bagatellfälle, welche die Spitalnotaufnahme aufsuchen. Dies hätte bedeutet, dass der derzeitige Geltungsbereich des KVG durch eine Änderung der Bundesverfassung ausgeweitet wird.

Ein zweiter Ansatz beruhte hingegen auf der Idee, die im Initiativtext beschriebene Lenkungsabgabe durch eine Erhöhung des Selbstbehalts um 50 Franken für Versicherte, welche die Notaufnahme aufsuchen, zu ersetzen. Die Einführung eines Zuschlags im Sinne einer Anhebung der Kostenbeteiligung des Patienten oder der Patientin würde dem Geltungsbereich des KVG sowie den Verfassungsbestimmungen entsprechen. Dieser Zuschlag würde jedoch nur für Personen gelten, die der OKP unterstehen.

### *Begriffe Notfall und Bagatellfall*

Eine weitere Schwierigkeit liegt bei den Begriffen «Notfall» und «Bagatellfall». Die Initiative soll eine abschreckende Wirkung erzielen, durch die «Bagatellfälle» anderen Versorgungseinrichtungen zugeführt werden, so dass die Aufnahmekapazitäten der Notfallstationen in den Spitälern für echte «Notfälle» gewahrt bleiben. Der Begriff «Bagatellfall» ist jedoch weder im Gesetz noch in der medizinischen Praxis definiert.

Der Begriff Notfall<sup>13</sup> wurde hingegen im Rahmen einer KVG-Revision zur Umsetzung der Standesinitiative des Kantons Thurgau 16.312 «Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten» definiert. Im neuen Artikel 64a Absatz 7 KVG, der am 1. Januar 2024 in Kraft getreten ist, wird ein Notfall wie folgt definiert:

*Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn die Behandlung nicht aufgeschoben werden kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person ohne sofortige Behandlung gesundheitliche Schäden oder den Tod befürchten muss oder die Gesundheit anderer Personen gefährden kann.*

Wenn das Ziel ist, «Bagatellfälle» vom Gang in die Spitalnotaufnahme abzuhalten, besteht ein möglicher Ansatz darin, sich auf eine Negativdefinition zu stützen und somit die Entrichtung des Zuschlags für jeden Fall vorzusehen, bei dem es sich *nicht um einen Notfall* im Sinne von Artikel 64a Absatz 7 KVG handelt. Diese Variante hätte den Vorteil, dass ein Unterschied gemacht würde zwischen Personen, die wegen eines echten Notfalls die Spitalnotaufnahme aufsuchen, und solchen, die dies wegen eines Bagatellfalls tun, denn nur im zweiten Fall wäre die Entrichtung einer Gebühr von 50 Franken vorgesehen. Gleichzeitig würde diese Regelung die Gesundheitsfachpersonen stärker belasten, denn diese müssten beurteilen, ob eine Person die Notaufnahme wegen eines echten Notfalls aufgesucht hat oder ob es sich um einen Bagatellfall handelt. Eine solche Beurteilung wäre für das Personal vor Ort

13 Die Begriffe «Notfall» und «Notfallbehandlungen» sind schon zuvor im KVG benutzt worden (z. B. Art. 41 Abs. 3 und 3<sup>bis</sup> KVG).

mit zusätzlichen Aufgaben und administrativen Formalitäten verbunden, was dem eigentlichen Ziel zuwiderlaufen würde, und könnte für die Betroffenen sogar zu Rechtsunsicherheit führen.

Die Kommission hat daher die Möglichkeit geprüft, sich von der Unterscheidung zwischen «Notfall» und «Bagatellfall» zu entfernen und die Einführung eines systematischen Zuschlags für jede Konsultation in der Spitalnotaufnahme vorzusehen. Die Ausnahmen von diesem Zuschlag könnten abschliessend definiert werden. Durch Vermeidung einer subjektiven Einschätzung von «Notfällen» liesse sich die Rechtssicherheit dieser Massnahme gewährleisten, und es würde kaum zusätzlicher administrativer Aufwand für das Notfallpersonal anfallen.

### *Gewählte Lösung*

Nachdem die Kommission zwei verschiedene Ansätze zur Umsetzung der Initiative geprüft hatte, entschied sie sich aufgrund der obigen Feststellungen für eine Lösung, die sich mit den aktuellen Verfassungsbestimmungen und dem Geltungsbereich des KVG vereinbaren lässt. So schlägt sie vor, die von der parlamentarischen Initiative angestrebte Lenkungsabgabe mittels einer gezielten Erhöhung des Selbstbehalts der Patientinnen und Patienten bei jeder Konsultation in einer Spitalnotaufnahme umzusetzen. Nach Auffassung der Kommission handelt es sich dabei um eine pragmatische Lösung, die einen klaren und einheitlichen Anwendungsrahmen gewährleistet. Die Kommission hat zwei Varianten geprüft: Die erste sieht vor, den maximalen jährlichen Selbstbehalt bei jeder ungerechtfertigten Inanspruchnahme der Spitalnotaufnahme um 50 Franken zu erhöhen. In der zweiten, einschneidenderen Variante ist die Kostenbeteiligung als 50-fränkiger Zuschlag zum Selbstbehalt ausgestaltet, der somit schon zum Tragen käme, bevor die versicherte Person die Obergrenze des jährlichen Selbstbehalts erreicht hat. Mit 13 zu 12 Stimmen entschied sich die Kommission für die erste Variante.

Die Kommission wollte auch auf eine Unterscheidung zwischen echten «Notfällen» und «Bagatellfällen» verzichten. Ein solcher Ansatz hätte Rechtsunsicherheit bedeutet und die Arbeitslast des Medizinal- und Pflegepersonals erhöht. Die Bestimmung muss daher als Grundmechanismus eine systematische Anhebung des Selbstbehalts bei jeder Konsultation in der Spitalnotaufnahme vorsehen, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen Notfall oder einen Bagatellfall handelt. Nachdem dieses Grundprinzip feststand, bestimmte die Kommission die Ausnahmen von diesem Zuschlag, die abschliessend definiert sind. Ausgenommen von der Erhöhung des Selbstbehalts sind Personen, die in die Notaufnahme kommen, nachdem sie vorher eine Arztpraxis, ein Zentrum für Telemedizin oder eine Apotheke aufgesucht haben. In all diesen Fällen hätten die Patienten und Patientinnen im Vorfeld einen anderen Leistungserbringer kontaktiert, was dem Ziel der Initiative entspricht, Bagatellfälle anderen medizinischen Versorgungseinrichtungen zuzuführen. Zusätzlich sind Kinder unter 18 Jahren und Schwangere von dieser zusätzlichen Kostenbeteiligung befreit. Die Kommission möchte dieses System nicht in der ganzen Schweiz einführen, sondern zieht es vor, diese Möglichkeit auf Bundesgesetzebene vorzusehen und dann den einzelnen Kantonen die Wahl zu überlassen. Diese Lösung ist mit der Ausgestaltung des schweizerischen Gesundheitssystems, das den Kantonen weitreichende Kompetenzen bei der Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung gewährt,

vereinbar und ermöglicht die Berücksichtigung der grossen Unterschiede zwischen den Kantonen in Bezug auf die Inanspruchnahme der Notaufnahme.

### 3 Grundzüge der Vorlage

#### 3.1 Kompetenz der Kantone zur Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts bei der Konsultation einer Spitalnotaufnahme

Die Kostenbeteiligung einer versicherten Person besteht gemäss geltendem Recht aus einem festen Jahresbeitrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt)<sup>14</sup>. Sie ist gemäss geltendem Recht nach oben begrenzt, d.h. sie darf die Summe von Franchise<sup>15</sup> und Selbstbehalt grundsätzlich nicht überschreiten<sup>16</sup>. Für den Selbstbehalt setzt der Bundesrat einen jährlichen Höchstbetrag fest<sup>17</sup>. Er beträgt zurzeit für Erwachsene und junge Erwachsene 700 Franken<sup>18</sup>. Die versicherte Person muss sich gemäss geltendem Recht folglich maximal in der Höhe der gewählten Franchise plus 700 Franken Selbstbehalt an den von der OKP übernommenen Kosten beteiligen.

Die Vorlage schafft die rechtliche Grundlage, um den Höchstbetrag des Selbstbehalts von zurzeit 700 Franken zulasten der versicherten Person für jedes Aufsuchen einer Notaufnahme im Spital ohne schriftliche Überweisung von einem Arzt bzw. einer Ärztin, einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker bzw. einer Apothekerin um 50 Franken zu erhöhen. Diese Erhöhung des Selbstbehaltes soll das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Die Aussicht, je nach Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen während des laufenden Jahres einen erhöhten Beitrag als Selbstbehalt beisteuern zu müssen, wird Versicherte in den Augen der Kommission davon abhalten, bei leichten Fällen ohne schriftliche Überweisung die Spitalnotaufnahme aufzusuchen. Im Jahr 2021 haben ungefähr 10 Prozent der versicherten Personen die Franchise (300, 500, 1000, 1500, 2000 oder 2500 Franken) und den maximalen Selbstbehalt von 700 Franken erreicht<sup>19</sup>. Bei diesen Personen wäre eine Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbe-

14 Art. 64 Abs. 2 Bst. a und b KVG

15 Die Franchise der ordentlichen Versicherung für Erwachsene und junge Erwachsene beträgt 300 Franken (vgl. Art. 103 Abs. 1 der Verordnung über die Krankensicherung (SR **832.102**; KVV). Wahlweise kann die Franchise auch 500, 1000, 1500, 2000 oder 2500 Franken betragen (vgl. Art. 93 Abs. 1 KVV).

16 Basler Kommentar zum KVG/KVAG, 2020, Art. 64 N 6. Die Kostenbeteiligung umfasst zusätzlich noch einen Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten von 15 Franken pro Tag (vgl. Art. 64 Abs. 5 KVG).

17 Art. 64 Abs. 3 KVG

18 Art. 103 Abs. 2 KVV. Für bestimmte Leistungen kann der Bundesrat eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen (Art. 64 Abs. 6 KVG). Ein höherer Selbstbehalt von 40 % ist gemäss geltendem Recht einzig für Originalpräparate vorgesehen, wenn es ein Generikum oder Biosimilar dazu gibt. (Art. 104a Abs. 1<sup>bis</sup> KVV i.V.m. Art. 38a Abs. 1 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, SR **832.112.31** [KLV]). Ist ein höherer Selbstbehalt zu entrichten, wird der den gesetzlichen Ansatz übersteigende Betrag nur zur Hälfte an den Höchstbetrag von 700 Franken angerechnet (Art. 104a Abs. 2 KVV). Somit beträgt die maximale Kostenbeteiligung bei einer Franchise von 300 Franken im Kalenderjahr 1000 Franken. Bei einer Franchise von 2500 Franken beträgt die maximale Kostenbeteiligung im Kalenderjahr 3200 Franken.

19 Berechnung basierend auf der Individualdatenerhebung 2021 (EFIND2021, Leistungen nach Behandlungsdatum, [www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html)

halts finanziell unmittelbar zum Tragen gekommen. Durch den Verzicht auf eine Konsultation oder durch das Aufsuchen eines anderen Leistungserbringers können aus Sicht der Kommission die Spitalnotaufnahmen entlastet und die Gesundheitsleistungen bei weniger schwerwiegenden Fällen effizienter und kostengünstiger erbracht werden.

Der Entscheid über die Einführung einer Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts wird den Kantonen überlassen. Eine solche Lösung ist mit dem Konzept des schweizerischen Gesundheitssystems vereinbar, das den Kantonen weitgehende Kompetenzen bei der Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung einräumt<sup>20</sup>. Sie ermöglicht es, den grossen Unterschieden zwischen den Kantonen bei der Inanspruchnahme von Spitalnotaufnahmen Rechnung zu tragen. Mit Informationskampagnen seitens der Kantone soll sichergestellt werden, dass die neue Regelung sowie die allfälligen Unterschiede je nach Kanton von den Versicherten gut verstanden werden.

Die neue Regelung soll für die Inanspruchnahme aller Notaufnahmen von in der Schweiz zugelassenen Spitälern gemäss Artikel 39 Absatz 1 KVG gelten.

Zur Veranschaulichung der Auswirkungen vgl. Berechnungsbeispiele anhand konkreter Szenarien im Kapitel 4 der Kurznotiz des BAG vom 26. März 2024 «Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge» (Variante 1)<sup>21</sup>.

### **3.2 Geltungsbereich und Ausnahmen von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts bei der Konsultation einer Spitalnotaufnahme**

Die vorgeschlagene Regelung gilt nur für Personen, die der OKP unterstellt sind. Patienten und Patientinnen, die die Spitalnotaufnahme gestützt auf eine Versicherung nach dem UVG oder nach dem MVG aufsuchen, sind von der Regelung nicht betroffen.

Von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts ausgenommen sind Schwangere bis acht Wochen nach der Geburt, Kinder bis 18 Jahre sowie die von einem Arzt oder einer Ärztin, einem Zentrum für Telemedizin oder von einem Apotheker oder einer Apothekerin schriftlich in den Spitalnotfall überwiesenen Personen.

#### **3.2.1 Schwangere**

Schwangere sollen von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts befreit sein. Leistungen der Mutterschaft nach Artikel 29 Absatz 2 KVG sind gemäss Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe a KVG ab Beginn der Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung befreit. Auf Leistungen zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten darf im geltenden Recht keine Kostenbeteiligung erhoben werden, die ab der 13.

<sup>20</sup> Beispielsweise wenden nicht alle Kantone die in Art. 64a KVG vorgesehenen Listen bei Nichtbezahlung der Prämien an. Die Kantone haben gemäss Art. 64a Abs. 7 KVG die Möglichkeit, Versicherte, die ihrer Prämienzahlungspflicht trotz einer Betreuung nicht nachkommen, auf einer Liste zu erfassen. Für die Betroffenen schieben die Krankenversicherer die Kostenübernahme von Leistungen auf, sofern es sich nicht um Notfallbehandlungen handelt.

<sup>21</sup> Verfügbar via Curia Vista >17.480 > Öffentliche Kommissionsunterlagen/Weitere Berichte > [Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge - Notiz des BAG vom 26 März 2024.pdf](#) (parlament.ch)

Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden (Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG). Im Rahmen der KVG-Änderung<sup>22</sup> betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (KP2) soll diese Ausnahme von der Kostenbeteiligung nicht mehr erst ab der 13. Schwangerschaftswoche, sondern bereits ab der durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen festgestellter Schwangerschaft beginnen. Aus Gründen der Rechtsicherheit macht es Sinn, die gleiche Definition des Schwangerschaftsbeginns in dieser Vorlage auch für die Ausnahme von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts beim Aufsuchen einer Spitalnotaufnahme anzuwenden.

### 3.2.2 Kinder

Kinder sollen von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts ausgenommen werden.

Für Kinder gilt die Hälfte des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person<sup>23</sup>. Die Abstufung nach Altersgruppe erfolgt aufgrund der Geburtsjahre<sup>24</sup>.

### 3.2.3 Personen mit schriftlicher Überweisung

Die Vorlage sieht das Instrument einer schriftlichen Überweisung vor. Dabei bezieht sich die Schriftlichkeit nicht auf die Regeln des Bundesgesetzes vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht)<sup>25</sup>.

Der Begriff «Überweisung» wird neu im KVG eingeführt. Es handelt sich bei der Überweisung an eine Spitalnotaufnahme in diesem Rahmen nicht um eine ärztliche «Anordnung» im Sinne des Gesetzes, sondern um eine Überweisung einer Fachperson (Arzt/Ärztin, Apotheker/Apothekerin) an eine andere, nachdem diese bereits eine Vorprüfung oder allfällige Diagnosen und Behandlungen in ihrem Kompetenzbereich durchgeführt hat.

#### 3.2.3.1 Überweisung durch Ärzte und Ärztinnen

Das Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz (MedBG))<sup>26</sup> ermächtigt den Arzt oder die Ärztin, eine medizinische Diagnose zu stellen und eine angemessene Behandlung vorzuschlagen, um eine Gesundheitsstörung zu behandeln<sup>27</sup>. Gemäss Artikel 25 KVG werden diese Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, sofern sie von einem Arzt bzw. einer Ärztin oder von einer Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dient, nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben a und n KVG erbracht werden. Die Zulassungsvoraussetzungen für Ärzte und Ärztinnen werden in Artikel 38 der Verordnung über die Krankenversicherung

22 BBI 2022 2428, Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2), [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) > Curia Vista > 22.062.

23 Art. 64 Abs. 4 KVG

24 Art. 91 Abs. 3 KVV

25 SR 220

26 SR 811.11

27 Art. 8 Bst. b, MedBG

(KVV)<sup>28</sup>, diejenigen für Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, in Artikel 39 KVV aufgeführt.

Dies betrifft somit auch die medizinische Beurteilung und Überweisung einer Person in die Spitalnotaufnahme. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen sowie den massgebenden tariflichen Regelungen (TARMED).

### **3.2.3.2 Überweisung durch Ärzte und Ärztinnen eines Zentrums für Telemedizin**

Unter Zentren für Telemedizin werden grundsätzlich ärztlich geleitete Institutionen verstanden. In solchen Institutionen arbeiten auch andere Fachpersonen, insbesondere Pflegefachpersonen. Gemäss den gesetzlichen Vorgaben obliegt die Kompetenz der Diagnosestellung und der Überweisung an die Spitalnotfallaufnahme jedoch den ärztlichen Fachpersonen. Hinsichtlich Zulassung im Rahmen der OKP gelten die gleichen wie unter Ziffer 3.2.3.1 genannten Voraussetzungen.

### **3.2.3.3 Überweisung durch Apotheker und Apothekerinnen**

Das MedBG legt fest, dass ein Apotheker oder eine Apothekerin zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Verhütung von Krankheiten beiträgt. Er oder sie verfügt über angemessene Grundkenntnisse über Diagnose und Behandlung häufiger Gesundheitsstörungen und Krankheiten<sup>29</sup>. Das KVG sieht zurzeit nicht vor, dass der Apotheker oder die Apothekerin Leistungen der Diagnose und Behandlung erbringt, wie z.B. die Entscheidung, ob ein Patient oder eine Patientin in die Spitalnotaufnahme aufsucht. Somit können diese Leistungen der Apotheker oder Apothekerinnen nicht von der OKP übernommen werden.

### **3.2.3.4 Haftung**

Ein Arzt oder eine Ärztin kann sowohl vertraglich – bei nicht ordnungsgemässer Auftrags Erfüllung – als auch für eine unerlaubte Handlung – bei Verletzung eines uneingeschränkten Patientenrechts im Rahmen der Behandlung – haftbar gemacht werden<sup>30</sup>.

Damit zivilrechtlich eine Haftung geltend gemacht werden kann, müssen drei Bedingungen erfüllt sein:

1. Die Gesundheitsfachperson hat seine Sorgfaltspflicht verletzt.
2. Der Patient / die Patientin hat einen Schaden erlitten.
3. Es besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der Sorgfaltspflichtverletzung und dem erlittenen Schaden.

Die Frage, ob eine Verletzung der Sorgfaltspflicht vorliegt, wird in zivilrechtlichen Verfahren geklärt<sup>31</sup>. Dabei ist zu ermitteln, ob die Handlung oder Unterlassung der Gesundheitsfachperson unter den gegebenen Umständen als fahrlässig eingestuft werden kann. Das ist mit einer Situation vergleichbar, in der eine Hausarztpraxis

<sup>28</sup> SR 832.102

<sup>29</sup> Art. 9 Bst. j MedBG

<sup>30</sup> Yves Bonnard / Sophie Ciola-Dutoit / Deborah Schorno : Partage du travail et responsabilités en clinique privée, AJP/PJA 11/2010 S. 1401 ff.

<sup>31</sup> BGE 133 III 121

oder eine Apotheke einen Patienten oder eine Patientin an eine Facheinrichtung überweist. In diesen Fällen gelten die gleichen Grundsätze der Sorgfaltspflicht und Haftung.

Das MedBG verlangt ausdrücklich, dass Ärzte oder Ärztinnen eine Berufshaftpflichtversicherung abschliessen. Diese schliessen sie nach Massgabe der Art und des Umfangs der Risiken, die mit ihrer Tätigkeit verbunden sind, ab. Darüber hinaus schreibt die FMH vor, dass sie über eine ausreichende Versicherung verfügen müssen, die mögliche Ansprüche aus ihrer Berufshaftpflicht abdeckt. Ein Arzt oder eine Ärztin, der oder die ohne Berufshaftpflichtversicherung praktiziert, verstösst somit direkt gegen seine Berufspflichten.

Der Apotheker oder die Apothekerin ist ebenso wie der Arzt oder die Ärztin verpflichtet, die Sorgfaltspflicht zu erfüllen. Darüber hinaus unterliegt er oder sie auch Artikel 40 Buchstabe h MedBG, der den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung verlangt, die eine der Art und dem Umfang der mit der Tätigkeit verbundenen Risiken angemessene Deckung bietet, sofern die Tätigkeit nicht dem staatlichen Haftungsrecht unterliegt.

### **3.3 Umsetzungsfragen**

Gemäss Artikel 96 KVG erlässt der Bundesrat die Ausführungsbestimmungen. Darin ist zu bestimmen, welche Regelung zur Anwendung gelangt, wenn eine versicherte Person unterjährig in einem anderen Kanton versicherungspflichtig wird, in dem andere Regeln betreffend Erhöhung des Selbstbehalts beim Aufsuchen einer Spitalnotaufnahme gelten.

In den Ausführungsbestimmungen ist auch zu regeln, wie die schriftliche Übermittlung der zuweisenden Stelle an die Spitalnotaufnahme zu erfolgen hat. Die Schriftlichkeit bezieht sich dabei nicht auf die Regeln des Obligationenrechts und ist auf Verordnungsebene abzubilden.

Es muss sichergestellt werden, dass sämtliche zur Überweisung in den Notfall befugten Stellen wissen, um was es sich bei einer Überweisung in den Notfall handelt. Es ist notwendig, dass auch überweisungsbefugte Stellen in Kantonen, die keine Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts kennen, darüber informiert sind. Dies für den Fall, dass eine in einem Kanton mit Erhöhung des Selbstbehalts wohnhafte Person, von einer Stelle in einem Kanton ohne erhöhten Selbstbehalt in die Spitalnotaufnahme überwiesen werden möchte. Ebenso müssen sämtliche Spitäler in der Lage sein, die Überweisung an die Krankenversicherer weiterzuleiten. Allenfalls könnte die Überweisung direkt mit der Rechnung an die Krankenversicherer übermittelt werden. Dies gilt auch für Spitäler in Kantonen, die keine Erhöhung des Selbstbehalts vorsehen.

### **3.4 Minderheitsanträge**

#### **3.4.1 Nichteintreten**

Eine Minderheit (Crottaz, Brenzikofer, Gysi Barbara, Hess Lorenz, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Roduit, Weichelt, Wyss) beantragt, nicht auf die Vorlage einzutreten. Sie ist der Ansicht, dass diese keine Wirkung entfalten würde, weil die berechtigten Leistungserbringenden aus Angst vor juristischen Konsequenzen kaum eine Überweisung verweigern würden. Sollte ein Leistungserbringer eine

Überweisung verweigern, würden die Personen zum nächsten berechtigten Leistungserbringer gehen, bis sie eine Überweisung erhalten. Rechtlich seien die Auswirkungen im Bereich der Patientenrechte sowie der Haftung bei den Apothekern und Apothekerinnen unklar. Hinzu kommt, dass in Notfällen, welche beispielsweise in der Nacht eintreten und bei denen die Patientinnen und Patienten im Vorfeld weder telemedizinisch Rat einholen, noch eine Apotheke oder einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen konnten, bei einem ambulanten Aufenthalt eine Erhöhung des Selbstbehaltes erfolgen muss, auch wenn es sich offensichtlich nicht um einen Bagatellfall handelt. Dies, weil der Gesetzesvorschlag nicht zwischen Bagatellen und Nicht-Bagatellen unterscheidet. Die Vorlage würde zu einem hohen administrativen Aufwand führen, ohne Einsparpotential mit sich zu bringen, und berge finanzielle Risiken. Unklar seien insbesondere die finanziellen Auswirkungen bei der Einrichtung von 24-Stunden-Pikettdiensten durch die Ärzteschaft sowie die Abrechnungsmöglichkeiten der Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen.

Auf Sicht der Minderheit, biete die Erhöhung der Kostenbeteiligung für die Patientinnen und Patientinnen keine wirksame Lösung, um die Belastung der Spitalnotaufnahme zu senken. Zielführender sei es, die Bevölkerung über alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären und die Grundversorgung in den Regionen zu stärken – unter anderem mit Bemühungen zur Behebung des Fachkräftemangels.

### 3.4.2 Keine Delegation an die Kantone

Eine Minderheit (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) beantragt, auf die Delegation an die Kantone zu verzichten und somit die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts schweizweit einführen. Die Festlegung des Selbstbehaltes sei eine Kompetenz des Bundes, der er mit dem KVG nachgekommen ist. Die Einführung einer neuen Kompetenz für die Kantone würde zu unterschiedlichen Anwendungen des KVG führen.

### 3.4.3 Zuschlag zum Selbstbehalt

Eine Minderheit I (Glärner, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Gutjahr, Sauter, Silberschmidt, Thalmann-Bieri, Vietze, Wyssmann) beantragt eine Alternativvariante. Bei jedem Aufsuchen der Spitalnotaufnahme soll ein Zuschlag von 50 Franken auf den Selbstbehalt erhoben werden. Es gelten dieselben Ausnahmen wie bei der Mehrheitsvariante (Schwangere und Kinder, Personen mit schriftlicher Überweisung). Wie bei der Mehrheitsvariante soll zudem die Kompetenz zur Einführung des Zuschlags den Kantonen übertragen werden. Ein solcher Zuschlag käme früher zum Tragen als die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehaltes, da nicht erst der übliche Plafond des Selbstbehalts von zurzeit 700 Franken erreicht werden muss. Sofern die betroffene Person die Franchise ausgeschöpft hat, hätte sie den Zuschlag im Rahmen der Kostenbeteiligung zu bezahlen, ungeachtet der Höhe des bereits bezahlten Selbstbehaltes. Von dieser Alternativvariante wären entsprechend mehr versicherte Personen betroffen als bei der Mehrheitsvariante<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> Zur Veranschaulichung der Auswirkungen vgl. Berechnungsbeispiele anhand konkreter Szenarien im Kapitel 4 der Kurznotiz des BAG vom 26. März 2024 «Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge» (Variante 2); verfügbar via Curia Vista > 17.480 > Öffentliche Kommissionsunterlagen/Weitere Berichte: [Gegenüberstellung Umsetzungsvorschläge - Notiz des BAG vom 26 März 2024.pdf](#) ([parlament.ch](#))

Zurzeit schöpfen im Laufe des Jahres rund 54 Prozent aller Versicherten ihre Franchise aus und wären potenziell von diesem Zuschlag direkt betroffen.

### **3.4.4 Zuschlag zum Selbstbehalt, aber keine Delegation an die Kantone**

Eine Minderheit II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) unterstützt den Zuschlag zum Selbstbehalt gemäss der Alternativvariante. Sie beantragt jedoch, auf die Delegation an die Kantone zu verzichten. Eine schweizweite Einführung des Zuschlags zum Selbstbehalt würde der bestehenden Systematik des KVG entsprechen und die einheitliche Anwendung des KVG für alle Versicherten gewährleisten.

## **4 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln**

### **4.1 Mehrheitsvariante Artikel 64 Absatz 3<sup>bis</sup> E-KVG**

Die Kostenbeteiligung der versicherten Personen wird im 3. Abschnitt des 5. Kapitels des KVG geregelt. Sie besteht aus einem festen Jahresbeitrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Selbstbehalt dient dazu, dass sich die versicherten Personen auch dann kostenbewusst verhalten, wenn sie bereits medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Die Kostenbeteiligung ist nach oben begrenzt, d.h. sie darf die Summe von Franchise und Höchstbetrag grundsätzlich nicht überschreiten. Gemäss geltendem Artikel 64 Absatz 3 KVG bestimmt der Bundesrat in den Ausführungsbestimmungen die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbezahls. Der Höchstbetrag liegt derzeit bei CHF 700.- (Artikel 103 Absatz 2 KVV). Er kann für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen (Art. 64 Abs. 6 Bst. a KVG). Die versicherte Person beteiligt sich so lange an den Kosten, bis die an den Selbstbehalt anrechenbaren Kosten den Höchstbetrag des Selbstbezahls von 700 Franken pro Jahr erreicht haben. Ist dieser Höchstbetrag durch sämtliche anrechenbaren Kosten ausgeschöpft, ist kein Selbstbehalt mehr zu bezahlen.

Der neue Artikel 64 Absatz 3<sup>bis</sup> E-KVG bezweckt, dass sich der Höchstbetrag des Selbstbezahls trotz dem vom Bundesrat in Artikel 103 Absatz 2 KVV festgelegten Betrag weiter erhöhen kann. Laut dieser Vorlage sollen die Kantone vorsehen können, dass sich der Höchstbetrag des Selbstbezahls bei Inanspruchnahme der Spitalnotaufnahme in bestimmten Fällen um 50 Franken erhöht. Die Kantone können somit vorsehen, dass der jährliche Höchstbetrag des Selbstbezahls zulasten der versicherten Person jedes Mal um 50 Franken erhöht wird, wenn diese Person den Spitalnotfall konsultiert. Artikel 64 Absatz 4 KVG muss nicht geändert werden. Er bezieht sich auf den vom Bundesrat festgelegten Höchstbetrag des Selbstbezahls wie er in Artikel 103 Absatz 2 KVV definiert ist und nicht auf die individuelle Erhöhung dieses Höchstbetrags, wie im neuen Absatz 3<sup>bis</sup> vorgesehen.

Die Erhöhung des Selbstbezahls beim Besuch der Spitalnotaufnahme darf nicht vorgesehen werden für Kinder und Schwangere sowie für Personen, die von einem Arzt oder einer Ärztin, einem Zentrum für Telemedizin oder einem Apotheker oder einer Apothekerin schriftlich in die Spitalnotaufnahme im Spital überwiesen werden.

Der Kanton, in dem eine Person versichert ist, bestimmt, ob der Höchstbetrag des Selbstbezahls beim Aufsuchen einer Spitalnotaufnahme erhöht wird. Die Erhöhung

erfolgt auch dann, wenn die versicherte Person den Spitalnotfall in einem Kanton aufsucht, welcher die Erhöhung nicht vorgesehen hat.

Alle zur Überweisung in den Notfall befugten Stellen (Arzt oder Ärztin und oder an telemedizinische Zentren tätige Ärzte und Ärztinnen sowie Apotheker oder Apothekerinnen) bestätigen mit ihrer schriftlichen Überweisung, dass sie aufgrund ihrer Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Umstände der Versicherten die Betreuung auf einem Spitalnotfall als angezeigt erachten. Das Dokument der schriftlichen Überweisung wird vom Spital den Versicherern übermittelt, welche dadurch keine Erhöhung des Selbstbehaltes vornehmen.

Die rechtlichen Auswirkungen einer Nichtüberweisung durch einen Arzt oder Ärztin, durch einen Apotheker oder Apothekerin oder durch ein telemedizinisches Zentrum werden im Rahmen der Erarbeitung der Ausführungsbestimmungen noch vertieft zu prüfen und zu regeln sein. In den Ausführungsbestimmungen ist unter anderem zu bestimmen, welche Möglichkeiten die versicherten Personen haben, wenn sie nicht überwiesen werden.

*Artikel 64 Absatz 3<sup>bis</sup> E-KVG*

*Minderheit (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt)*

Eine Minderheit möchte auf die Delegation an die Kantone verzichten und die Erhöhung des Selbstbehalts schweizweit einführen.

## **4.2 Alternativvariante gemäss Minderheiten I und II**

*Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe c und 2<sup>bis</sup> E-KVG*

*Minderheit I (Glarner, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Gutjahr, Thalmann-Bieri, Sauter, Silberschmidt, Vietze, Wyssmann)*

Die Minderheit I möchte die Kostenbeteiligung ergänzen mit einem Zuschlag auf den Selbstbehalt für jede Konsultation der Notaufnahme im Spital, sobald die Franchise ausgeschöpft ist. In diesem Fall hat die versicherte Person den Zuschlag im Rahmen der Kostenbeteiligung zu bezahlen, ungeachtet der Höhe des bereits bezahlten Selbstbehaltes. Die Kompetenz zur Einführung soll gemäss dieser Minderheit den Kantonen übertragen werden. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem Zuschlag auf den Selbstbehalt von höchstens 50 Franken für jede Konsultation der Notaufnahme im Spital, sofern der Wohnkanton einen solchen Zuschlag vorsieht. Der Begriff «höchstens» ist notwendig, da der Selbstbehalt und der Zuschlag die Kosten nicht überschreiten dürfen. Der Zuschlag darf nicht vorgesehen werden für Kinder und Schwangere sowie für Personen, die von einem Arzt oder einer Ärztin, einem Zentrum für Telemedizin oder einem Apotheker oder einer Apothekerin schriftlich in die Spitalnotaufnahme im Spital überwiesen werden.

Artikel 64 Absatz, 2 Buchstabe. c und 2<sup>bis</sup> E-KVG

*Minderheit II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt)*

Die Minderheit möchte wie die Minderheit I einen Zuschlag auf den Selbstbehalt einführen. Dieser soll aber schweizweit erhoben werden. Sie sieht entsprechend im Gegensatz zur Minderheit I keine Kompetenzdelegation an die Kantone vor.

## **5 Auswirkungen**

### **5.1 Auswirkungen auf den Bund**

#### **5.1.1 Finanzielle Auswirkungen**

Die Änderung der einzelnen Artikel hat keine finanziellen Auswirkungen auf den Bund.

#### **5.1.2 Auswirkungen auf den Personalbestand**

Die Änderung der einzelnen Artikel führt zu keinem Mehraufwand für das Bundespersonal. Es sind keine zusätzlichen Stellen erforderlich.

### **5.2 Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete**

Die Änderung der einzelnen Artikel hat geringe finanzielle Auswirkungen auf die Kantone, Gemeinden sowie urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete. Allerdings sind die kantonalen gesetzlichen Bestimmungen anzupassen, wenn sich die Kantone für die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehaltes beim Aufsuchen der Spitalnotaufnahme entscheiden.

Die Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts beim Aufsuchen einer Spitalnotaufnahme ist mit einem grösseren administrativen Aufwand und folglich höheren Kosten für die Kantone verbunden. Dies um die unterschiedlichen Regeln je nach Kanton umzusetzen, zu kontrollieren sowie die Bevölkerung über die unterschiedlichen Regeln zu informieren.

Des Weiteren haben die Kantone die Aufsicht über die Leistungserbringer. So müssen die Kantone bei den Leistungserbringern überprüfen, ob die Regeln bei allen Patienten und Patientinnen gleich eingehalten werden.

### **5.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft**

Die vorgeschlagenen Anpassungen betreffen die Spitalnotaufnahmen der Schweizer Spitäler. Mit der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehaltes um 50 Franken bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme soll ein Anreiz zur Kostendämpfung geschaffen werden. Es ist zu erwarten, dass die Spitalnotaufnahmen durch die Erhöhung des Selbstbehalts entlastet und Gesundheitsleistungen bei weniger schwerwiegenden Fällen durch andere Leistungserbringer effizienter und kostengünstiger erbracht werden. Gleichzeitig wird der administrative Aufwand für die Spitäler erhöht.

Ungefähr 10 Prozent der versicherten Personen im Jahr 2021 haben die Franchise (300, 500, 1000, 1500, 2000 oder 2500 Franken) und den maximalen Selbstbehalt von 700 Franken erreicht<sup>33</sup>. Bei diesen Personen kommt es finanziell direkt zum Tragen, dass sich der Selbstbehalt um 50 Franken bei jeder Konsultation der Spitalnotaufnahme erhöht, wenn keine schriftliche Überweisung vorgewiesen werden kann. Ärzte und Ärztinnen, Zentren für Telemedizin und die Apotheker oder Apothekerinnen werden mutmasslich mit der Ausstellung der schriftlichen Überweisung in die Spitalnotaufnahme einen höheren administrativen Aufwand zu bewältigen haben.

#### **5.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft**

Es ist zu erwarten, dass sich die versicherten Personen durch die Erhöhung des Selbstbehalts in gewissen Fällen davon abhalten lassen, die Spitalnotaufnahme aufzusuchen. Dies könnte zu einer Verschiebung der Konsultationen von der Spitalnotaufnahme zu anderen Leistungserbringern führen, was eine Entlastung der Spitalnotaufnahmen mit sich bringt. Dadurch hätten die Spitalnotaufnahmen mehr Kapazitäten für die dringenden Notfälle und das Medizinal- und Pflegepersonal würde effizienter eingesetzt.

Die Änderung der Artikel führt zu einer nicht gedeckelten Kostenübernahme für die Versicherten, was zu Unsicherheiten bezüglich des richtigen Verhaltens bei der Inanspruchnahme der Notaufnahme führen kann. Für die Patienten und Patientinnen könnte es schwieriger sein, die effektiven Kosten ihres Spitalbesuchs abzuschätzen. Das KVG sieht eine Finanzierung über die Prämien und eine Kostenbeteiligung vor. Der vorliegende Entwurf erhöht den Selbstbehalt und damit die Kostenbeteiligung. Diese Änderung hat somit eine stärkere Belastung der Versicherten zur Folge.

## **6 Rechtliche Aspekte**

### **6.1 Verfassungsmässigkeit**

Die Kompetenz des Bundes, Rechtsvorschriften über die Krankenversicherung zu erlassen, ergibt sich aus Artikel 117 Absatz 1 der Bundesverfassung<sup>34</sup>.

### **6.2 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz**

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen sind mit den internationalen Verpflichtungen kompatibel. Die Verpflichtungen aus dem Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA)<sup>35</sup> sowie aus dem Übereinkommen vom 4. Januar 1960 zur Errichtung der Europäi-

33 Berechnung basierend auf der Individualdatenerhebung 2021 (EFIND2021, Leistungen nach Behandlungsdatum, [www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html))

34 SR 101

35 SR 0.142.112.681

schen Freihandelsassoziation (EFTA)<sup>36</sup>, ebenso das Abkommen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und dem Vereinigten Königreich von Grossbritannien und Nordirland (In Kraft getreten am 1. April 2023)<sup>37</sup> werden nicht tangiert. Die in der Schweiz OKP versicherten Personen, welche in der EU/EFTA/UK wohnen (Rentner und Rentnerinnen sowie Grenzgänger und Grenzgängerinnen), sind nicht von der Erhöhung des Höchstbetrags des Selbstbehalts um 50 Franken beim Aufsuchen der Spitalnotaufnahme ohne schriftliche Überweisung betroffen. Die Regelung stellt auf den Wohnsitz ab, und diese Personen haben ihren Wohnsitz im Ausland. Es wäre eine Ungleichbehandlung, wenn bei diesen Personen (Grenzgänger und Grenzgängerinnen) auf den Erwerbort abgestellt würde.

### **6.3 Erlassform**

Die Vorlage enthält wichtige rechtsetzende Bestimmungen im Sinne von Artikel 164 Absatz 1 BV, da sie die Rechte und Pflichten von Personen betrifft. Sie ist deshalb in der Form eines Bundesgesetzes zu erlassen, das dem fakultativen Referendum unterstellt ist.

### **6.4 Unterstellung unter die Ausgabenbremse**

Die Vorlage sieht weder Subventionen noch Verpflichtungskredite oder Zahlungsrahmen vor, die neue einmalige Ausgaben von mehr als 20 Millionen Franken oder neue wiederkehrende Ausgaben von mehr als 2 Millionen Franken nach sich ziehen. Sie untersteht daher nicht der Ausgabenbremse.

### **6.5 Einhaltung des Subsidiaritätsprinzips und des Prinzips der fiskalischen Äquivalenz**

Bei der Überweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben ist der Grundsatz der Subsidiarität zu beachten (Art. 5a BV). Gemäss Artikel 43a Absatz 1 BV übernimmt der Bund nur die Aufgaben, welche die Kraft der Kantone übersteigen oder einer einheitlichen Regelung durch den Bund bedürfen. Gleichzeitig hat der Bund von seinen Kompetenzen einen schonenden Gebrauch zu machen und den Kantonen ausreichend Raum für die Aufgabenerfüllung zu überlassen.

Der Bund verfügt gestützt auf Artikel 117 BV über eine umfassende Regelungskompetenz im Bereich der Krankenversicherung. Grundsätzlich liegt die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aber in der Verantwortung der Kantone. Bund und Kantone nehmen vorliegend im Rahmen ihrer Kompetenzen die Aufgaben im Zusammenhang mit der Erhöhung des Selbstbehalts beim Aufsuchen der Spitalnotaufnahme wahr. Der Bund regelt die Erhöhung des Selbstbehalts beim Aufsuchen der Spitalnotaufnahme überlässt es aber den Kantonen zu entscheiden, ob sie eine solche Regelung einführen. Damit sind die Prinzipien der Subsidiarität und der fiskalischen Äquivalenz eingehalten.

36 SR 0.632.31

37 SR 0.831.109.367.2

## **6.6 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen**

Artikel 96 KVG erteilt dem Bundesrat die Kompetenz, Ausführungsbestimmungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu erlassen.

Die Vorlage ermächtigt den Bundesrat zum Bestimmen der Franchise und des Selbstbehalts.