

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>24.04.2024</b>
Thema	<b>Keine Einschränkung</b>
Schlagworte	<b>Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal</b>
Akteure	<b>Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)</b>
Prozesstypen	<b>Keine Einschränkung</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2022</b>

# Impressum

## Herausgeber

Année Politique Suisse  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss)

## Beiträge von

Benteli, Marianne  
Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja  
Hirter, Hans  
Künzler, Johanna  
Porcellana, Diane  
Schneuwly, Joëlle  
Schnyder, Sébastien

## Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Hirter, Hans; Künzler, Johanna; Porcellana, Diane; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB), Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), 1992 - 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 24.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	1
<b>Grundlagen der Staatsordnung</b>	1
Rechtsordnung	1
Öffentliche Ordnung	1
<b>Sozialpolitik</b>	1
Bevölkerung und Arbeit	1
Löhne	1
Arbeitszeit	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	2
Gesundheitspolitik	2
Ärzte und Pflegepersonal	2
Sozialversicherungen	6
Krankenversicherung	6
<hr/>	
<b>Parteien, Verbände und Interessengruppen</b>	9
Verbände	9
Gesundheit	9

# Abkürzungsverzeichnis

<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>SUVA</b>	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>SGB</b>	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
<b>SGV</b>	Schweizerischer Gewerbeverband
<b>VPOD</b>	Schweizerischer Verband des Personals öffentlicher Dienste
<b>FH</b>	Fachhochschule
<b>FMS</b>	Foederatio Medicorum Scrutantium
<b>ArG</b>	Arbeitsgesetz
<b>WBK-NR</b>	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats
<b>VSAO</b>	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
<b>SBK</b>	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
<b>Syna</b>	Organisation für Arbeitnehmende
<b>HF</b>	Höhere Fachschule

---

<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>UE</b>	Union européenne
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>SUVA</b>	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>USS</b>	Union syndicale suisse
<b>USAM</b>	Union suisse des arts et métiers
<b>SSP</b>	syndicats des Services publics
<b>HES</b>	Haute école spécialisée
<b>FMS</b>	Foederatio Medicorum Scrutantium
<b>LTr</b>	Loi sur le Travail
<b>CSEC-CN</b>	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national
<b>ASMAC</b>	Association suisse des médecins-assistant.e.s et chef.fe.s de clinique
<b>ASI</b>	Association suisse des infirmiers et infirmières
<b>Syna</b>	Organisation interprofessionnelle de travailleuses et de travailleurs
<b>ES</b>	écoles supérieures

# Allgemeine Chronik

## Grundlagen der Staatsordnung

### Rechtsordnung

#### Öffentliche Ordnung

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE  
DATUM: 31.12.2009  
HANS HIRTER

Im Jahr 2009 fanden **23 Grossdemonstrationen** mit 1000 und mehr Beteiligten statt, die grösste mit rund 25'000 Personen führten die Gewerkschaften am 19. September in Bern durch. Je sieben Grossdemonstrationen fanden in Bern und Genf statt, je zwei in Luzern und Zürich sowie je eine in Aarau, Freiburg, Lausanne, St. Gallen und Sempach (LU). Mehr als ein Drittel dieser Kundgebungen (9) hatten aussenpolitische Fragen zum Thema; besonders häufig demonstrierten in der Schweiz ansässige Tamilen gegen den Bürgerkrieg in ihrer Heimat Sri Lanka. Sie führten neben einer Reihe von kleineren Manifestationen auch fünf Grossdemonstrationen mit bis zu 14'000 Teilnehmenden durch. Sehr aktiv waren im Berichtsjahr auch die Ärzte, welche an einem nationalen Aktionstag am 1. April in Aarau, Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich je gut 1000 Personen auf die Strasse brachten.<sup>1</sup>

## Sozialpolitik

### Bevölkerung und Arbeit

#### Löhne

ANDERES  
DATUM: 09.04.2020  
DIANE PORCELLANA

A la suite d'un appel lancé par plusieurs personnalités publiques, l'Union syndicale suisse (USS) avait demandé **une prime pour** les caissières et les caissiers pour **leur prise de risques lors de la crise du Covid-19**. En signe de reconnaissance, la Migros a offert CHF 500 à son personnel de vente, et à celui œuvrant dans les usines de production et dans la distribution. D'autres entreprises et institutions emboîtèrent le pas, comme par exemple la Poste qui a récompensé ses employé.e.s en contact direct avec la clientèle, d'un montant entre CHF 250 et 500. Les député.e.s neuchâtelois ont aussi accepté de gratifier, notamment, le personnel soignant, de la vente et de la voirie, exposé durant la crise. Le Grand conseil fribourgeois a, lui, octroyé un bonus de CHF 1'000 aux fonctionnaires du monde médical et de CHF 500 pour le personnel de deuxième ligne.<sup>2</sup>

#### Arbeitszeit

VERORDNUNG / EINFACHER  
BUNDESBESCHLUSS  
DATUM: 21.03.2020  
DIANE PORCELLANA

Les services hospitaliers faisant face à une augmentation soutenue de cas de maladies due au Covid-19, le Conseil fédéral a décidé de **suspendre les prescriptions légales sur le temps de travail et de repos** de la loi sur le travail (LTr) les concernant. L'Union syndicale suisse (USS), le Syndicat des services publics (SSP), l'Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique (asmac), l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI), Travail.Suisse et Syna – déplorant la décision unilatérale et sans consultation du Conseil fédéral – ont lancé une pétition en ligne pour que le Conseil fédéral revienne sur sa décision. Une rencontre avec les milieux hospitaliers et les partenaires sociaux a été prévue pour assurer la protection du personnel médical. La conseillère nationale Manuela Weichelt-Picard (verts, ZG) a déposé une initiative parlementaire (20.416) pour mettre fin à la suspension des dispositions sur le temps de travail et de repos.<sup>3</sup>

## Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

### Gesundheitspolitik

**VOLKSINITIATIVE**  
DATUM: 23.06.1997  
MARIANNE BENTELI

Die **Volksinitiative "für eine freie Arzt- und Spitalwahl"** kam mit 134'015 gültigen Unterschriften zustande. Interessenvertreter aus Kreisen der Ärzteschaft und der Privatspitäler hatten die Initiative unter anderem aus der Befürchtung heraus lanciert, dass die Kantone private Spital-, Pflege- und Rehabilitationsinstitutionen von ihren Spitalisten verbannen und die Behandlungen in ausserkantonalen Spitälern und Kliniken einschränken könnten. Die Initianten stören sich auch an den Subventionsmechanismen bei den Spitälern. Die heutigen Subventionsflüsse würden zur Finanzierung der Spitaldefizite von öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitälern eingesetzt, ganz unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen und deren nachvollziehbaren Kosten. Diese Regelung verhindere die von allen Seiten geforderte Kostentransparenz. Prominente Mitinitianten des Volksbegehrens, welches die Unterstützung der FMH fand, sind der Chef des privat geführten Paraplegiker-Zentrums in Nottwil (LU) sowie die beiden FDP-Nationalräte Guisan (VD) und Suter (BE). Abgelehnt wurde es hingegen von den Krankenkassen. Diese erklärten, die auf den ersten Blick vernünftige und wettbewerbsfreundliche Forderung entpuppe sich bei vertiefter Analyse als überflüssig, enorm kostentreibend sowie wettbewerbsbehindernd und wecke zudem falsche Erwartungen.<sup>4</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 10.04.2001  
MARIANNE BENTELI

Eine Expertenkommission des Bundes schlug vor, die Sicherheit der Patienten mit einem nationalen Programm zu verbessern. Aus Rücksicht auf den Föderalismus im Gesundheitswesen soll aber nicht eine zentrale Sicherheitsbehörde eingesetzt werden, sondern analog zum Büro für Flugunfälle ein nationales Zentrum für **Patientensicherheit**, das Meldungen über medizinische Zwischenfälle registriert und analysiert. Die FMH beschloss ihrerseits, für ihre Mitglieder eine Datenbank einzurichten, in welche Ärzte und Ärztinnen (auf Wunsch auch anonym) Fehlermeldungen eingeben können; die gesammelten Daten sollen in einem späteren Zeitpunkt auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Im gleichen Bestreben gründete die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation eine Stiftung für Patientensicherheit<sup>5</sup>

### Ärzte und Pflegepersonal

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**  
DATUM: 21.02.1992  
MARIANNE BENTELI

Im Berichtsjahr 1992 gerieten vor allem die **Arzthonorare unter Beschuss**. Die von Bundesrat Cotti bei der Beratung des zweiten Massnahmenpakets gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen angeführten Zahlen über das Durchschnittseinkommen der Ärzte wurden von deren Standesorganisationen zwar heftig bestritten. Doch ergaben Studien, dass die Ärzte in weit grösserem Ausmass für den Kostenschub verantwortlich sind als bisher angenommen. Die teilweise verweigerte Erhöhung der Tarife wurde in den letzten Jahren durch eine massive Mengenausweitung mehr als nur kompensiert. Teuerungsbereinigt nahm das durchschnittliche Einkommen pro Arzt in den letzten acht Jahren um 12 Prozent zu, dasjenige der arbeitenden Gesamtbevölkerung nur um 7 Prozent. Die Untersuchungen zeigten aber auch krasse Unterschiede innerhalb der Ärzteschaft: Ein Viertel der Ärzte, vornehmlich Chefärzte und Spezialisten, kassierte die Hälfte der Krankenkassenleistungen, während das Nettoeinkommen der praktischen Ärzte im Mittel abnahm.<sup>6</sup>

**MOTION**  
DATUM: 14.05.1993  
MARIANNE BENTELI

Als Grund für die Kostensteigerung im Gesundheitsbereich wird oft auch die zunehmende Ärztedichte genannt. Gemäss der Statistik der Vereinigung der Schweizer Ärzte (FMH) verdoppelte sich diese in den letzten 20 Jahren. Die grösste Dichte an freipraktizierenden Ärzten weist Basel-Stadt auf (328 Einwohner je Arzt), die kleinste Appenzell Innerrhoden (1400 Einwohner je Arzt). Der gesamtschweizerische Durchschnitt liegt bei 624. Fast zwei Drittel der FMH-Mitglieder sind Spezialärzte. Von verschiedener Seite wird deshalb immer wieder gefordert, bei der Ausbildung von Medizinstudenten einen **Numerus clausus** oder ähnliche Restriktionen einzuführen. Im Berichtsjahr verlangte eine von 110 Nationalrätinnen und Nationalräten unterzeichnete **Motion** Pidoux (fdp, VD; Mo. 93.3129), der Bundesrat solle seine Kompetenz bei den Medizinalprüfungen zu einer **sinnvollen Lenkung der Ärztedichte** nutzen. Der Bundesrat verwies auf die Kantonshoheit bei der Zulassung zum Universitätsstudium sowie auf entsprechende Empfehlungen der Schweizerischen Hochschulkonferenz und

beantragte mit Erfolg Umwandlung in ein Postulat. Der Ständerat überwies eine ähnlich lautende Motion Simmen (cvp, SO) ebenfalls nur in der Postulatsform (Mo. 93.3121).<sup>7</sup>

**STUDIEN / STATISTIKEN**  
DATUM: 25.05.1993  
MARIANNE BENTELI

In der Frage, wer primär für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen verantwortlich sei, hatten im Vorjahr bei der parlamentarischen Beratung des zweiten Massnahmenpakets gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen auch die **Arzthonorare** zu Diskussionen Anlass gegeben. Die FMH bestritt die damals von Bundesrat Cotti genannten Zahlen (jährliches Durchschnittseinkommen von CHF 273'000) und liess eine eigene Studie ausarbeiten, welche markant tiefere Zahlen auswies (CHF 187'000). Allerdings fusste diese Untersuchung lediglich auf den Angaben von rund 8000 freipraktizierenden Ärzten. Nicht erfasst wurden die Einkommen der Spitalärzte und all jener Mediziner, die neben ihrer freien Praxistätigkeit von einem Spital einen Lohn erhalten. Die FMH-Studie bestätigte die bereits früher vermutete enorme Bandbreite bei den Ärztteeinkommen. Ärzte und Ärztinnen, die technische Leistungen wie Operationen anbieten, verdienen bis fünfmal mehr als Mediziner, die vorwiegend intellektuelle Leistungen erbringen wie etwa (Kinder-)Psychiater oder Allgemeinpraktiker. Zu den Spitzenverdienern gehören die Urologen, die Orthopäden und die Gynäkologen.<sup>8</sup>

**VERBANDSCHRONIK**  
DATUM: 15.03.1997  
MARIANNE BENTELI

Die **Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) verabschiedete** erstmals eine für die ganze Schweiz verbindliche **Standesordnung**, welche auf Mitte Jahr in Kraft trat. Bisher galten 25 kantonale Vereinbarungen, die sich allerdings sehr ähnlich waren. Die Standesordnung regelt die Beziehung der Ärzte zu ihren Patienten, aber auch das Verhältnis der Ärzte untereinander sowie ihr Verhalten in der Öffentlichkeit und gegenüber den verschiedenen Partnern im Gesundheitswesen. Ein zentraler Punkt des neuen Verhaltenskodexes ist die Achtung der Persönlichkeit des Patienten, seines Willens und seiner Rechte. Die ebenfalls angestrebte gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur konnte im Berichtsjahr noch nicht realisiert werden.<sup>9</sup>

**VERBANDSCHRONIK**  
DATUM: 09.04.1999  
MARIANNE BENTELI

Nun regte sich aber zunehmender **Widerstand in der Ärzteschaft**, vor allem von seiten der invasiv und operativ tätigen Spezialärzte verschiedener Fachgebiete, welche sich 1998 zu einer eigenen Vereinigung (Foederatio Medicorum Scrutantium, FMS) innerhalb der FMH zusammengeschlossen hatten. Die Delegierten der FMH stimmten der neuen Tarifstruktur zwar grundsätzlich zu, vertagten anfangs April jedoch den definitiven Entscheid. Hinter den Kulissen tobte der Kampf weiter. Schliesslich beschloss die FMH, die Spezialistenleistungen doch wieder um 20% höher zu bewerten, was ihr geharnischte Reaktionen seitens der Allgemeinpraktiker eintrug, die sogar von „Verrat“ sprachen. Eine Spaltung der FMH wurde nicht mehr ausgeschlossen.<sup>10</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 27.05.2000  
MARIANNE BENTELI

Im Februar genehmigte die Schweizer Ärztekammer den **neuen Arzttarif (TarMed)**. Anlässlich der Jahrestagung der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) Ende Mai wurde ein Vorvertrag unterzeichnet. Damit einigten sich – nach jahrelangen, zähen Verhandlungen – die Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen (FMH), das Konkordat der Krankenkassen (KSK), die Organisation der Schweizer Spitäler (H+) und die privaten Versicherer auf ein gesamtschweizerisch einheitliches Tarifmodell. Obgleich dies nach einem Durchbruch in der sehr strittigen Ausmarchung aussah, wurde der Vertrag nicht dem EDI zugestellt. Hintergrund der Verzögerung war der nach wie vor innerhalb der FMH schwelende Konflikt zwischen Spezialärzten, die eine tarifäre Rückstufung ihrer vor allem technischer Leistungen nicht zu akzeptieren bereit sind, während die Allgemeinpraktiker darauf drängen, ihre umfassend beratende Tätigkeit besser honoriert zu sehen. (Die Chirurgen drohten sogar mit Operationsstopp) Bundesrätin Dreifuss drohte erneut, die Tarifstruktur durch das BSV festlegen zu lassen, falls sich die Partner nicht innert nützlicher Frist einigen sollten. Zum letztmöglichen Zeitpunkt wurde der neue Arzt- und Spitaltarif Ende Juni dem Bundesrat schliesslich doch noch eingereicht. Im September genehmigte der Bundesrat den neuen TarMed, doch erwies sich die Umsetzung weiterhin als harzig, weil eine Splittergruppe der FMH, in der sich 1998 die invasiv und operativ tätigen Spezialärzte zusammengeschlossen hatten, immer wieder Nachbesserungen verlangte.<sup>11</sup>

KANTONALE POLITIK  
DATUM: 19.12.2000  
MARIANNE BENTELI

Luzern führte als erster Kanton die **Kategorie des „Spitalarztes“** ein. Die fest angestellten Fachärzte mit FMH-Titel sollen einen Teil der noch in der Ausbildung befindlichen Assistenzärzte ersetzen. Durch die Verringerung der Ausbildungsplätze für angehende Spezialärzte und die Schaffung einer Alternative zur Praxistätigkeit will das neue Modell die Eröffnung neuer Praxen eindämmen und gleichzeitig das Problem der notorisch überlasteten Assistenzärzte entschärfen. Die Luzerner Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass mit der festen Anstellung von fertig ausgebildeten Fachärzten die medizinische Qualität an den Spitälern gesteigert und die Kontinuität sichergestellt werden kann. (Zur Situation der Assistenzärzte siehe hier)<sup>12</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 31.08.2001  
MARIANNE BENTELI

Nach langen Vorarbeiten schienen sich die Tarifpartner (Konkordat der Krankenversicherer, FMH, Spitäler und Sozialversicherungen) auf ein **einheitliches Tarifssystem (TarMed 01)** zur Abgeltung der ärztlichen Leistungen einigen zu können, obgleich innerhalb der FMH nach wie vor starke Querelen in Gang waren. Insbesondere die Untervereinigung der invasiv und operativ tätigen Ärzteschaft (FMS) befürchtete massive Einkommenseinbussen, da die Tarifrevision einerseits die diagnostische und beratende Funktion der Ärzte aufwerten, andererseits kostenneutral ausgestaltet sein soll. Die FMH zögerte deshalb ihre definitive Zustimmung zu den Detailbestimmungen immer wieder hinaus. Im Mai stimmte sie dem TarMed für den Bereich der obligatorischen Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung zwar zu, verlangte aber für den Krankheitsbereich, der rund 95% aller Ausgaben betrifft, Zusatzverhandlungen. Am 30. August, dem allerletzten vom EDI fixierten Termin, unterschrieb die FMH das Vertragswerk. Das EDI bekundete wenig Begeisterung, da seiner Meinung nach die Frage der Kostenneutralität nur ungenügend transparent gemacht worden sei. Im Dezember stimmte auch die Ärztekammer grundsätzlich zu, beschloss aber, in den ersten Monaten von 2002 eine Urabstimmung unter den knapp 30'000 FMH-Mitgliedern durchzuführen. Die FMS drohte mit Austritt aus der Verbindung.

In Beantwortung einer Einfachen Anfrage Berberat (sp, NE) (01.1035) bekräftigte der Bundesrat erneut seine Entschlossenheit, im Fall eines Scheiterns von TarMed von Amtes wegen eine Tarifstruktur zu verordnen.<sup>13</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 22.06.2002  
MARIANNE BENTELI

Die **FMH**, welche die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bisher aufs schärfste bekämpft hatte, signalisierte im Lauf des Sommers ein gewisses Entgegenkommen, in erster Linie, um den Zulassungsstopp nicht zu einer dauerhaften Einrichtung werden zu lassen, die den Jungärzten auf Jahre hinaus die berufliche Zukunft verbauen würde. Der Präsident der FMH regte eine Art „Drei-Kreise-Modell“ für die Zulassung zur Grundversicherung an: Mit einem ersten Kreis von Ärzten müssten die Kassen zwingend zusammenarbeiten; aus einem zweiten Kreis könnten sie wählen, und der dritte Kreis, jene „rücksichtslosen Gestalten, die nichts taugen und betrügerische Rechnungen stellen“ würde ganz ausgeschlossen. Dass **überhöhte Abrechnungen** nicht nur die Tat einzelner schwarzer Schafe sind, zeigte sich an einer von der Sendung „Kassensturz“ des Schweizer Fernsehens aufgedeckten virtuellen Laborgemeinschaft in St. Gallen. Rund 550 Ärzte und Ärztinnen hatten sich in dieser Laborgemeinschaft zusammengeschlossen, um eine eigene Labortätigkeit vorzutauschen, für welche höhere Tarife gelten. In Wirklichkeit wurden die Analysen aber in bis zu dreimal billigeren Grosslabors durchgeführt. Die Differenz blieb in der Tasche der betrügerischen Ärzte. Das BSV, welches in früheren Jahren Kenntnis von ähnlichen Praktiken in der Romandie erhalten hatte, prüft nun, ob Betrug mit Laborrechnungen nicht zum Offizialdelikt erklärt werden könnte, analog zu den Betrügereien mit Medikamenten, bei denen gewisse Ärzte die Rabatte der Pharmafirmen nicht weitergeben.<sup>14</sup>

POSITIONSPAPIER UND PAROLEN  
DATUM: 02.07.2002  
MARIANNE BENTELI

Der Verband der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) meldete umgehend heftigsten **Widerstand** gegen die geplante Massnahme an. Ab Mitte Mai wurden die Kantonsbehörden und Santésuisse geradezu mit Gesuchen von Schweizer Jungärztinnen und Jungärzten um die vorsorgliche Erteilung einer Praxisbewilligung und einer Zahlstellenummer überhäuft. Ende Juni demonstrierten rund 3000 Medizinerinnen und Mediziner mit Warnstreiks und Protestmärschen gegen die Absichten des Bundesrates. Der VSAO bezweifelte den kostendämpfenden Effekt und warf dem BSV vor, mit falschen Zahlen zu operieren. Unter dem Eindruck dieser Proteste distanzierte sich die FMH von ihrer früheren Zustimmung. Sie warnte vor einem Stau bei den Weiterbildungsstellen im Spital – mit dem Effekt eines



längerfristigen Ärztemangels. Santésuisse benutzte die Polemik, um erneut eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu verlangen. SVP und FDP warfen Bundesrätin Dreifuss vor, in blindem Aktivismus zu machen, um darüber hinweg zu täuschen, dass ihr Departement die Kostenentwicklung nicht im Griff habe. Einzig die CVP und die SP akzeptierten einen Zulassungsstopp als Übergangslösung.<sup>15</sup>

#### GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 20.11.2003  
MARIANNE BENTELI

Die stufenweise Einführung der neuen, einheitlichen Tarifstruktur **TarMed** – 1.5.2003 für den Invaliden-, Militär- und Unfallversicherungsbereich und 1.1.2004 für den Krankenversicherungsbereich – verlief harzig und war von Misstönen begleitet. Insbesondere die Vereinigung der invasiv und operativ tätigen Ärzteschaft (FMS) gab ihren grundsätzlichen Widerstand gegen das neue Tarifwerk, welches die intellektuelle Leistung der Ärzte etwas höher, die technischen und operativen Massnahmen dafür etwas tiefer bewertet, nicht auf. Nach einer ersten Weigerung, den TarMed anzuwenden, reichte sie Ende Jahr zwei Klagen ein. Die eine richtet sich gegen die beiden Vertragsparteien FMH und Santésuisse und verlangt eine Neuaushandlung des gesamten TarMed, die andere betrifft die SUVA und fordert einen Anwendungsstopp im Unfallversicherungsbereich.<sup>16</sup>

#### MOTION

DATUM: 31.12.2011  
SÉBASTIEN SCHNYDER

En 2009, le taux de **médecins étrangers** dans les hôpitaux a atteint 40% en raison du manque de personnel médical suisse et cette tendance s'est renforcée jusqu'à l'année sous revue. Comme deux tiers des généralistes ont plus de 57 ans, la Fédération des médecins suisses, FMH, a considéré nécessaire d'augmenter de 20% les places d'études en médecine humaine, tandis que la Conférence des recteurs d'université a affirmé qu'il y a également un besoin d'augmentation des places de formation en clinique. Toutefois, le Conseil d'Etat a rejeté par 18 voix contre 15 une motion (mo. 10.3886) de la commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national (CSEC-CN) adoptée en début de l'année sous revue par la chambre du peuple chargeant le Conseil fédéral de fixer un **nombre minimum de places dans les facultés de médecine** afin que suffisamment de médecin soient formés pour répondre aux besoins helvétiques. Les conseillers aux Etats ont estimé qu'il n'était pas de la prérogative de la Confédération, mais de celle des cantons, d'intervenir sur cette thématique. Parallèlement, plusieurs interpellations ( int. 11.3885 (PDC), 11.3886 (PDC), 11.3933 (Schwaller) et 11.3934 (Schwaller)) sur le sujet ont été déposées visant à encourager la médecine de premier recours notamment en proposant d'octroyer des allègements fiscaux ou de supprimer le numerus clausus au profit de stages. Finalement, à la fin de l'année sous revue, le Conseil des Etats a adopté une motion Schwaller (pdc, FR) (mo. 11.3930) de même teneur chargeant en outre le gouvernement d'élaborer des conditions-cadres et d'allouer aux facultés de médecine des moyens financiers afin d'assurer la relève dans le secteur de la médecine de premier recours. Dans sa réponse, le Conseil fédéral a estimé que des mesures concrètes ont déjà été prises en réponse à la motion Jacqueline Fehr (mo. 08.3608) adoptée en 2009. Dans le même temps, le Conseil national a adopté une motion identique à celle du groupe PDC.<sup>17</sup>

#### PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 14.08.2019  
JOËLLE SCHNEUWLY

Zu dem am 20. Mai 2019 in **Vernehmlassung** gegebenen Vorentwurf der SGK-NR **zum indirekten Gegenvorschlag der Pflegeinitiative** gingen bis zum 14. August 2019 insgesamt 152 Stellungnahmen ein. Während die Vorlage von weiten Kreisen grundsätzlich befürwortet wurde, nahmen drei Kantone (SZ, ZG und ZH), die SVP, Economiesuisse, Santésuisse und die Helsana eine ablehnende Haltung ein, die sie unter anderem mit dem Föderalismus oder im Falle von Santésuisse mit einem fehlenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf begründeten.

Bezüglich der einzelnen Massnahmen, die von der Kommission vorgeschlagen worden waren, zeigte sich, dass insbesondere die Beiträge der Kantone zu den Ausbildungsleistungen der Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen im Allgemeinen sehr gut aufgenommen wurden – dies unter anderem von der GDK, 18 Kantonen, von allen Parteien (ausser der SVP), dem SGV, dem Centre Patronal, aber auch von den Gewerkschaftsdachverbänden, den Leistungserbringenden, Berufsverbänden und Bildungseinrichtungen sowie von Curafutura und drei der Santésuisse angehörigen Versicherern.

Nicht unterstützt wurden von der GDK und 14 Kantonen indes Beiträge für Auszubildende in der Krankenpflege an einer HF oder FH. Dabei stellte für sie vor allem die Verpflichtung der Kantone ein Problem dar; einer Kann-Formulierung würden sie jedoch zustimmen. Mit Ausnahme der FDP.Liberalen und der SVP befürworteten neben

allen Parteien auch die Gewerkschaften, alle Leistungserbringende, Berufsverbände und Bildungsinstitutionen die Ausbildungsbeiträge. Gespalten zeigten sich die Versicherer.

Ebenfalls umstritten war die Begrenzung der Gültigkeitsdauer des Gesetzes auf acht Jahre. Während die GDK, 17 Kantone wie auch vier Parteien, die Gewerkschaften, der SGV und eine Mehrheit der Leistungserbringenden sich dagegen aussprachen, weil sie eine zeitliche Limitierung nicht für wirksam hielten, resp. der Ansicht waren, dass das Problem des Fachkräftemangels innerhalb dieses Zeitrahmens nicht gelöst werden könne, unterstützten diejenigen Versicherer, die dem Gegenvorschlag positiv gegenüberstanden, eine solche Begrenzung.

Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sprach sich für eine gesetzliche Verankerung von bestimmten Leistungen, welche die Pflegefachpersonen selbstständig durchführen dürfen, aus. Es wurden allerdings einige Änderungsvorschläge angebracht. So war es der GDK und 17 Kantonen wichtig, dass Pflegefachkräfte nicht nur in der Lage seien, die pflegerische Grundversorgung in eigener Verantwortung durchzuführen, sondern diese für limitierte Zeiträume selbst auch delegieren zu können. Curafutura, Swica und Visana befürworteten die Einräumung der neuen Kompetenzen, forderten aber eine Vereinbarung der Modalitäten zwischen den Versicherern und den Pflegeverbänden. Die FDP, Die Liberalen, die GLP und der SGV wollten, dass ein Zulassungsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen werden müsse. Gutgeheissen wurde die Kompetenzerweiterung im Bereich der Grundpflege von der FMH, für den Bereich der psychiatrischen Grundpflege hingegen sprach sie sich dagegen aus.

Für die beiden Dachverbände der Versicherer, Curafutura und Santésuisse, hatten Leistungsaufträge, die verbindliche Regelungen über die zu erbringenden Ausbildungsleistungen enthalten, im KVG keinen Platz. Bei den Kantonen war die Mehrzahl der Auffassung, dass sie selbst über diese Regelung verfügen können sollten. Leistungserbringende und Berufsverbände wünschten sich eine Verknüpfung solcher Leistungsaufträge mit den von den Kantonen erteilten Betriebsbewilligungen.

Was die Einführung der Vertragsfreiheit von Pflegefachleuten betrifft, so stiess diese bei den meisten Kantonen, den Gewerkschaften, Leistungserbringenden, Berufsverbänden wie auch bei Curafutura und der Visana nicht auf offene Ohren. Wenn es hingegen nach Santésuisse ginge, müssten, falls die Kompetenzen der Pflegefachfrauen und -männern erweitert würden, der Vertragszwang gelockert oder eine Einzelvereinbarung zwischen den Versicherern und den Pflegevertretern getroffen werden.

Die Pflicht, einen Gesamtarbeitsvertrag abzuschliessen, fand abgesehen von den Gewerkschaften, linksgrünen Parteien und Bildungsinstitutionen keine Unterstützung.<sup>18</sup>

## Sozialversicherungen

### Krankenversicherung

Im Berichtsjahr beschäftigte eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes KVG zur vorübergehenden **Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung** die Räte intensiv. Im November des Vorjahres hatte der Bundesrat dem Parlament eine Botschaft unterbreitet, in welcher er aufgrund der Zunahme von Praxiseröffnungen durch Ärzte aus dem EU-Raum und den dadurch zu befürchtenden Kostensteigerungen Handlungsbedarf feststellte. Per Ende 2011 war eine seit zehn Jahren gültige Zulassungsbegrenzung für Leistungserbringer im KVG ausgelaufen. Nachdem die Managed-Care-Vorlage, welche entsprechende Regelungen enthalten hatte, im Juni 2012 an der Urne abgelehnt worden war, hatten die Kantone kein Instrument mehr, um das Angebot im ambulanten Bereich zu steuern. Der Entwurf sieht eine Wiedereinführung der bis 2011 geltenden Beschränkungen für drei Jahre vor. In dieser Zeit könnten die Auswirkungen der Aufhebung evaluiert und neue Bestimmungen zur langfristigen Kosteneindämmung entwickelt werden. Im Februar sprach sich die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) gegen diese Lösung aus, denn bereits heute herrsche in vielen Bereichen der Spezialmedizin ein Ärztemangel, der durch den Zulassungsstopp akzentuiert würde.<sup>19</sup>

Im Februar 2015 legte der Bundesrat seine Botschaft für eine Teilrevision des Krankenpflegeversicherungsgesetzes betreffend der **Steuerung des ambulanten Bereichs** vor. Ziel ist eine dauerhafte Lösung des Problems des Überangebotes von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten in gewissen Regionen. Damit soll einerseits die Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleistet, andererseits der Kostenanstieg in der obligatorischen Krankenversicherung abgeschwächt werden. Die per Ende Juni 2016 auslaufende temporäre Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer wird dadurch abgelöst. Herausstechendes Merkmal der Vorlage ist, dass sie die Verantwortung gänzlich in die Hände der Kantone legt: Diese erhalten die Möglichkeit zur Einschränkung der Zulassungen, sind dazu jedoch nicht verpflichtet. Als „so föderalistisch wie möglich“ bezeichnete Bundesrat Berset den Vorschlag, mit dem auch der scharfen Kritik Rechnung getragen wurde, welche die Kantone in der Vernehmlassung gegenüber dem ursprünglichen Entwurf geäußert hatten. Die dort vorgesehenen Interventionsmöglichkeiten des Bundesrates bei den Tarifen sahen sie als Eingriff in die auf diesem Gebiet herrschende Kantonsautonomie. Die Vorlage soll nicht bloss der Verhinderung von Überversorgung mit medizinischen Leistungen dienen: Bereits heute verfügen viele Kantone über Fördermassnahmen zur Ansiedelung von Ärztinnen und Ärzten in Gemeinden, in denen eine Unterversorgung herrscht. Diese Massnahmen sollen durch die Revision eine rechtliche Grundlage erhalten. Beide Interventionsarten sollen die Kantone nicht alleine beschliessen können. Sie sind zur Konsultation einer aus Vertretungen der betroffenen Kreise zusammengesetzten Kommission verpflichtet, welche Versicherte, Leistungserbringerinnen und Krankenversicherer umfasst. Weil sowohl die Vertragsfreiheit als auch eine Beschneidung der freien Arztwahl bisher immer am Widerstand des Parlaments oder der Stimmbevölkerung gescheitert waren, erachtete der Bundesrat seinen Vorschlag als beste Lösung – sie sei somit mehrheitsfähig. Nichtsdestotrotz formierte sich bereits Widerstand auf bürgerlicher Seite, wo die Aufhebung der Vertragspflicht bevorzugt würde, und bei den Ärztinnen und Ärzten, welche einen Ärztemangel und einen erschwerten Berufseinstieg befürchteten.<sup>20</sup>

Das Geschäft des Bundesrates zur **Steuerung des ambulanten Bereichs** bzw. der Regulierung der Zulassung im Rahmen des KVG gelangte in der Wintersession 2015 in den Ständerat. Eine knappstmögliche Mehrheit der Gesundheitskommission sprach sich für Eintreten ein, eine Minderheit Gutzwiller (fdp, ZH) für Nichteintreten. Der Mehrheitssprecher verwies auf die Notwendigkeit einer Steuerung angesichts des engen Zusammenhangs zwischen Ärztedichte und Kostensteigerung im Gesundheitsbereich. Die Kantone wünschten sich eine Steuerungsmöglichkeit und der Ärzteverband FMH habe der weniger weit gehenden Lösung des Nationalrats, im Gegensatz zu jener des Bundesrates, zugestimmt. Das wichtigste Argument für ein Eintreten sei jedoch der Zeitdruck angesichts der im Sommer 2016 auslaufenden Übergangslösung, welche durch eine dauerhafte Regelung abgelöst werden soll. Der Minderheitssprecher erklärte, die Minderheit wolle sich für eine liberale Markt- und Wettbewerbsordnung einsetzen und sei daher gegen jegliche Form der Zulassungssteuerung. Eine staatliche Planung des ambulanten Gesundheitsbereichs lehne man ab. Der vorliegende Entwurf benachteilige systematisch junge Ärztinnen und Ärzte, seine kostensenkende Wirkung sei zweifelhaft und er sei angesichts eines drohenden Ärztemangels und nach der Annahme der Initiative gegen die Zuwanderung nicht angemessen. Bundesrat Berset betonte in seinem Plädoyer das Gewicht des ambulanten Sektors innerhalb des Gesundheitswesens, welcher rund 40% der Kosten ausmacht. Er wies darauf hin, dass bei Nichteintreten keine alternative Lösung zur Auswahl stehe, insbesondere da die von der Kommissionsminderheit geforderte Vertragsfreiheit nicht mehrheitsfähig ist. Des weiteren wies er auf die Absicht des bundesrätlichen Entwurfs hin, den Kantonen ein nötiges und nachgefragtes Steuerungsinstrument zur Verfügung zu stellen, welches ihnen im ambulanten Bereich bislang fehlt. Dennoch stellte sich der Bundesrat hinter die Kompromisslösung des Nationalrates, welche auch von den Kantonen unterstützt wird. Der Kompromiss sei der Aussicht auf eine erneute Periode ohne Zulassungssteuerung und mit einer in die Höhe schnellenden Zahl neuer Praxen vorzuziehen. Schliesslich sprachen sich 28 Kantonsvertreterinnen und -vertreter für Eintreten aus, 16 dagegen.

In der Detailberatung empfahl die vorberatende Kommission dem Plenum mit 9 zu 2 Stimmen bei einer Enthaltung, der Vorlage des Nationalrates zuzustimmen. Eine Minderheit Maury Pasquier (sp, GE) forderte, zusätzlich einen Passus einzufügen, wonach Kantone, deren Ärztedichte 20% oder mehr über dem nationalen Durchschnitt liegt, vom Bundesrat auf Antrag hin die Erlaubnis erhalten können, für die Zulassung weiterer Ärztinnen und Ärzte einen Bedürfnisnachweis zu verlangen. Derzeit würde dies

die Kantone Basel Stadt und Genf betreffen. Nur so handle es sich um eine echte Zulassungssteuerung, welche auch Resultate verspreche, begründete Nationalrätin Maury Pasquier ihren Antrag. Dabei gehe es primär darum, eine bessere Verteilung der Ärztinnen und Ärzte auf dem Gebiet der Schweiz zu erzielen. Der Vorschlag werde von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren voll unterstützt. Dagegen wurde vorgebracht, der Grenzwert von 20% sei willkürlich und die Kantons Grenzen seien für die Bestimmung von Gebieten mit einer übermässigen Ärztedichte ungeeignet – als relevant angesehen wird vielmehr die Unterscheidung zwischen urbanen und ländlichen Regionen.

Die Gegner jeglicher Zulassungssteuerung führten Bedenken bezüglich der Kompatibilität einer solchen mit der Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Union an. Die EU habe die bisherige Handhabung bereits mehrfach kritisiert, mit Blick auf ihre Vorläufigkeit jedoch akzeptiert. Bei der Überführung in ein Bundesgesetz könne von dieser Akzeptanz nicht mehr einfach ausgegangen werden, und auch der Bundesrat habe sie bereits mehrfach angezweifelt, was der anwesende Gesundheitsminister bestätigte. Der Mehrheitssprecher der Kommission erklärte, nach der Konsultation führender Expertinnen und Experten im Bereich Europarecht habe sich die Kommission anno 2012 dafür entschieden, das relativ geringe Risiko eines Konfliktes einzugehen, und dazu sei sie auch heute bereit. Die Anforderung einer dreijährigen Tätigkeitsdauer bei einer anerkannten Weiterbildungsinstitution im Inland sei massvoll und vertretbar. Bundesrat Berset sagte, die Unsicherheit bezüglich der Reaktion der EU bestehe nach wie vor und sei einer der Gründe für den ursprünglichen Vorschlag des Bundesrates gewesen, den das Parlament aber nicht unterstützte. Es gelte daher, die Angelegenheit weiterhin im Auge zu behalten.

Für den Antrag der Kommissionsmehrheit stimmten 27, für jenen der Minderheit 14 Kantonsvertreterinnen und -vertreter, zwei enthielten sich der Stimme. Stillschweigend beschloss der Rat, die geltende Übergangsbestimmung bezüglich jener Ärztinnen und Ärzte, welche bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren, ins Gesetz aufzunehmen, um Rechtslücken zu vermeiden. Damit entstand eine Differenz zum Nationalrat. In der Gesamtabstimmung gingen 32 Stimmen für den Entwurf ein, 12 dagegen, es gab keine Enthaltungen. Damit ging das Geschäft zur Differenzbereinigung an die grosse Kammer.<sup>21</sup>

**VERORDNUNG / EINFACHER  
BUNDESBESCHLUSS**  
DATUM: 18.10.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2017 gab der Bundesrat bekannt, dass er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen und die Einzelleistungstarifstruktur **Tarmed** anpassen werde. Dies war nach 2014 zum zweiten Mal nötig geworden, weil sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf einen gemeinsamen Tarif hatten einigen können und somit für das Jahr 2018 keine Tarifstruktur mehr vorgelegen hätte. Die Änderungen der Verordnung zum **Tarmed** sahen vor, die „Vergütungen der verschiedenen Leistungen in angemessene Relation zu stellen“. Dazu sollten einerseits die Leistungsvergütungen bestimmter Tarifpositionen geändert werden. Zum Beispiel soll für alle Leistungen ein einheitlicher Dignitätsfaktor bestimmt werden. Die Weiterbildungsdauer der Fachärzte soll folglich nicht mehr in die Tarife einfließen, so dass alle ärztlichen Leistungen einheitlich abgerechnet werden. Andererseits werden die Abrechnungsregeln einzelner Tarifpositionen geändert, was unter anderem zu mehr Abrechnungstransparenz und reduzierten Beträgen bei der Verrechnung von Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten führen soll. Zudem werden die Tarife derjenigen Leistungen gesenkt, deren Dauer durch technische oder medizinische Fortschritte reduziert worden ist. Einzelne dieser Massnahmen hatte der Bundesrat entsprechend den Rückmeldungen aus der Vernehmlassung angepasst, so dass er nun mit jährlichen Einsparungen von CHF 470 Mio. (anstelle der ursprünglich erwarteten CHF 700 Mio.) rechnete. Diese Korrekturen betrafen vor allem die vulnerabelsten Patienten, also Kinder, Betagte und psychisch Kranke, deren Grundkonsultation unter anderem weiterhin länger dauern darf als bei den übrigen Patienten.

Die betroffenen Akteure reagierten unterschiedlich auf die Revision. Der Kassenverband Curafutura lobte die Revision und erwartete deutliche Einsparungen bei den Prämien; Santéuisse hingegen bezweifelte, dass die durch die Revision möglichen finanziellen Reduktionen tatsächlich die von Bundesrat Berset angegebene Höhe erreichen würden. Negative Reaktionen kamen vor allem von den Leistungserbringern: Der Ärzteverband FMH sorgte sich aufgrund der Revision wie bereits in der Vernehmlassung vor möglichen Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich. Für die Ärzte bedeute dies zudem eine Reduktion ihrer Vergütungen um durchschnittlich 10 Prozent, vereinzelt könne es gar zu Reduktionen bis 30 Prozent

kommen. Dies veranlasste die Presse zu Spekulationen, ob die Revision den Anreiz der Ärzteschaft gesteigert habe, ihre eigene Tarifrevision Tarco voranzutreiben. Deren Erarbeitung hatte sich zuvor als schwierig erwiesen, weil höhere Ansätze bei den einen Ärzten aufgrund der nötigen Kostenneutralität zu finanziellen Einbussen für andere Ärzte führen würden. Der Spitalverband H+ betonte schliesslich, dass die Anpassung des Tarmed die Situation der Spitäler weiter verschlechtern werde. Aufgrund dieser unterschiedlichen Rückmeldungen waren sich die Medien nicht einig, ob die Revision eine gute oder schlechte Nachricht für die Patienten sei. Zwar setze der Bundesrat damit ein Zeichen gegen die ständig wachsenden Prämien, jedoch seien Einsparungen von einer halben Milliarde pro Jahr bei jährlichen Gesundheitskosten von etwa CHF 70 Mrd. eher ein Tropfen auf den heissen Stein.<sup>22</sup>

**GERICHTSVERFAHREN**  
DATUM: 01.04.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2018 urteilte das Bundesgericht in der Frage, ob der **Bundesrat 2014 dazu berechtigt gewesen war, den Tarmed nach politischen Gesichtspunkten zu ändern**. Der Bundesrat hatte bei der ersten Tarmed-Änderung entschieden, den Haus- und Kinderärzten mehr und den Spezialärzten im Tarmed weniger Geld für ihre Leistungen zuzusprechen. Dies erachtete die Privatklinik St. Anna in Luzern als widerrechtlich und verrechnete ihre Kosten weiterhin nach den alten, höheren Tarmed-Tarifen. Das eingesetzte Schiedsgericht, das nötig geworden war, weil eine Krankenversicherung diese höheren Tarife nicht akzeptiert hatte, gab der Klinik recht, woraufhin die Versicherung den Fall vors Bundesgericht weiterzog. Da in der Zwischenzeit auf Anraten des Spitalverbands H+ verschiedene Spitäler ihre Rechnungen unter Vorbehalt ausgestellt hatten, erwarteten sowohl Krankenversicherungen als auch Spitäler den Entscheid mit grossem Interesse.

Das Bundesgericht befand im April 2018, dass das KVG keine klaren Vorgaben dazu mache, welche Anpassungen der Bundesrat machen dürfe und wie er dabei vorgehen müsse. Folglich komme ihm diesbezüglich ein grosser Ermessensspielraum zu; er könne daher auch lineare Kürzungen sowie politisch motivierte Kürzungen wie die Förderung der Hausarztmedizin vornehmen. Die Krankenkassen zeigten sich erleichtert über das Urteil, das gemäss Santésuisse nun für Rechtssicherheit Sorge. Der Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte FMH zeigte sich erstaunt über den Entscheid und insbesondere darüber, dass es dem Bundesrat möglich sein soll, politische Aspekte zu berücksichtigen, während sich die Tarifpartner beim Tarmed strikt an den Wortlaut des KVG halten müssten. Die Medien urteilten, dass dieser Entscheid den Einfluss des Bundesrates stärke; Gewinner seien die Prämienzahlenden, lobte Santésuisse den Entscheid.<sup>23</sup>

## Parteien, Verbände und Interessengruppen

### Verbände

#### Gesundheit

Die **Dachorganisation der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH** wählte im Sommer ihren Präsidenten Jacques de Haller ab. Verschiedene Vorwürfe waren im Vorfeld gegen de Haller erhoben worden: Von Seiten der Spezialisten und Föderalisten wurde kritisiert, dass er die FMH zu zentralistisch führe. Des Weiteren war de Hallers Nationalratskandidatur für die SP im Herbst 2011 nicht goutiert worden: Eine Mehrheit befand, dass sich ein Ärztepräsident nicht parteipolitisch einspannen lassen dürfe. Ein letzter Stolperstein war zudem de Hallers Verhalten bezüglich der Managed-Care Vorlage: Seine vehemente Unterstützung, die nach der ablehnenden Urabstimmung der Ärzte in eine ebenso vehemente Zurückweisung umschwenkte, wurde als Opportunismus gewertet. Neu ins Amt gewählt wurde Jürg Schlup, Hausarzt aus dem Kanton Bern. Er wolle sich für stabile Rahmenbedingungen und Planungssicherheit für Ärzte einsetzen; ausserdem solle die FMH unter seiner Führung wieder standfester werden.<sup>24</sup>

**VERBANDSCHRONIK**  
DATUM: 07.12.2012  
JOHANNA KÜNZLER

1) Kundgebungen mit mindestens 1000 Beteiligten (ohne 1. Mai-Demonstrationen): Bern: Bund, 12.1. (7000/gegen Israels Intervention in Gaza); NZZ, 19.1. (1000/Solidarität mit Israel); Bund, 23.2. (1000/Tamilen); Bund, 11.3. (1500/Tibeter); Bund, 2.4. (1500/Ärzte); Bund, 12.5. (2000/Tamilen); BZ, 21.9. (25 000/Gewerkschaften gegen Wirtschaftskrise). Genf: NZZ, 19.1. (1000/gegen Israels Intervention in Gaza); TG, 5.2. (10 000/Tamilen); NZZ, 21.2. (14 000/Tamilen); TG, 17.3. (12 000/Tamilen); BZ, 18.5. (2000/Gewerkschaften gegen Krise); Bund, 30.11. (3000/gegen WTO); TG, 2.12. (1000/gegen Minarettverbot). Luzern: TA, 9.3. (1500/Katholiken gegen die „reaktionäre“ Politik des Papstes); NZZ, 2.4. (1000/Ärzte). Zürich: NZZ, 2.4. (1000/Ärzte); TA, 14.12. (1000/Studierende). Aarau: NZZ, 2.4. (1000/Ärzte). Freiburg: Lib., 22.3. (2500/Gedenkmarsch für ein ermordetes Mädchen). Lausanne: 24h, 2.12. (3000/gegen Minarettverbot). St. Gallen: NZZ, 2.4. (1000/Ärzte). Sempach (LU):

- SoZ, 30.8. und Blick, 31.8. (2000/Milchbauern).
- 2) 24h, 13.7.20; LeMatin, 27.5.20; RTS, 19.5.20; RadioFr, 13.7.20
  - 3) Ordonnance 2 Covid-19, état le 21.3.20; LT, 31.3.20
  - 4) BBl, 1997, IV, S. 1656 f.; Presse vom 22.3. und 24.6.97; NZZ, 6.6.97, NZZ, 10.3.97; TA, 25.3.97
  - 5) Presse vom 10.4.01.; Presse vom 26.1.01.; Presse vom 16.2.01
  - 6) Amtl. Bull. NR, 1992, S. 2003; Suisse, 21.2.92; SoZ, 1.3.92; LZ, 11.3.92; LNN, 30.4.92.
  - 7) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1392; Amtl. Bull. StR, 1993, S. 1098 ff., Amtl. Bull. NR, S. 657.; NZZ, 14.5.93; BaZ, 13.9.93.
  - 8) Presse vom 25.5.93.
  - 9) Presse vom 15.3.97; BZ, 4.4.97; TA, 15.12.97, TA, 16.5.97; SHZ, 30.10.97
  - 10) Bund, 8.4. und 24.11.99; Presse vom 9.4. und 30.7.99; NZZ, 10.4. und 3.12.99; TA, 6.8. und 3.12.99; TG, 30.11.99.
  - 11) Presse vom 23.3., 8.6. und 22.6.00; TA, 3.2., 22.3. und 23.3.00; TG, 23.6.00.; Presse vom 3.2. und 27.5.00.; Presse vom 5.2. 1.7. und 19.9.00. Siehe SPJ 1999, S. 248
  - 12) Presse vom 19.12.00.
  - 13) Weissenburger, Andreas, „Der neue Arzttarif TARMED“, in CHSS, 2001, S. 61 f.; Presse vom 7.5., 31.8., 4.9. und 14.12.01; AB NR, 2001, IV, Beilagen, S. 180
  - 14) TA, 13.6. und 14.6.02 (FMH); BaZ und NZZ, 20.6.02; BZ, 22.6.02 (Labor). Zu der neuesten Einkommensstatistik der Ärzte siehe Bund, 15.11.02.
  - 15) LT, 12.6. und 20.6.02; Presse vom 14.6. und 28.6.02; TA, 15.6.02; NZZ, 17.6. und 1.7.02; BaZ, 18.6.02; SGT, 27.6.02; SoZ, 30.6.02; BZ, 2.7.02.
  - 16) LT, 9.5., 16.5. und 28.5.03; TA, 15.5.03; NLZ, 17.6.03; BZ, 24.6.03; NZZ, 14.7., 27.8., 6.11. und 20.11.03.
  - 17) BO CN, 2011, p. 156 et 2262; BO CE, 2011, p. 754 et 1108; QJ et Lib., 10.1.11; TA, 18.2. et 19.2.11; NF, 28.2.11; LT, 31.5.11.; SGT, 17.9.11.
  - 18) BBl 2019, S. 8015 ff.; Ergebnisbericht Vernehmlassung
  - 19) AB NR, 2013, S. 65 ff.; NZZ, 1.2.13.
  - 20) BBl, 2015, S. 2317 ff.; AZ, BaZ, CdT, LZ, NZZ, TA, 19.2.15
  - 21) AB SR, 2015, S. 1098 ff.; NZZ, 1.12.15
  - 22) Ergebnisbericht Vernehmlassung BAG; Medienmitteilung BAG vom 16.8.17; AZ, BZ, CdT, LT, LZ, Lib, NZZ, TA, 17.8.17; AZ, LT, 19.8.17; NZZ, 19.10.17; SGT, 21.10.17
  - 23) AZ, LZ, NZZ, TA, 14.4.18
  - 24) TA, 8.5. und 8.6.12; BZ, 7.12.12.