

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

| | |
|--------------|--|
| Suchabfrage | 23.04.2024 |
| Thema | Keine Einschränkung |
| Schlagworte | Gesundheitspolitik, Medikamente |
| Akteure | Anderer Gesundheitsverband |
| Prozesstypen | Keine Einschränkung |
| Datum | 01.01.1965 - 01.01.2022 |

Impressum

Herausgeber

Année Politique Suisse
Institut für Politikwissenschaft
Universität Bern
Fabrikstrasse 8
CH-3012 Bern
www.anneepolitique.swiss

Beiträge von

Benteli, Marianne
Bühlmann, Marc
Frick, Karin
Heidelberger, Anja
Hofmann, Stéphane
Schneuwly, Joëlle
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Bühlmann, Marc; Frick, Karin; Heidelberger, Anja; Hofmann, Stéphane; Schneuwly, Joëlle; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Gesundheitspolitik, Medikamente, Anderer Gesundheitsverband, 1987 – 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-------------------------------------|----|
| Allgemeine Chronik | 1 |
| Grundlagen der Staatsordnung | 1 |
| Rechtsordnung | 1 |
| Privatrecht | 1 |
| Institutionen und Volksrechte | 1 |
| Parlamentsmandat | 1 |
| Sozialpolitik | 2 |
| Gesundheit, Sozialhilfe, Sport | 2 |
| Gesundheitspolitik | 2 |
| Medikamente | 10 |
| Epidemien | 11 |
| Medizinische Forschung | 12 |
| Suchtmittel | 12 |
| Sozialversicherungen | 13 |
| Krankenversicherung | 13 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|---|
| SGK-SR | Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherungen |
| GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| NEK | Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin |
| SGK-NR | Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| EDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| EDI | Eidgenössisches Departement des Inneren |
| WHO | World Health Organization |
| SGG | Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft |
| SBFI | Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation |
| SAMW | Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| GRECO | Staatengruppe gegen Korruption |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherungen |
| EKKJ | Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen |
| EKSG | Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit |
| SGS | Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz |
| AIDS | Acquired Immune Deficiency Syndrome |
| HIV | Humanes Immundefizienz-Virus |
| OKP | Obligatorische Krankenpflegeversicherung |
| EG | Europäische Gemeinschaft |
| EKA | Eidgenössische Ausländerkommission |
| SDK | Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz |
| IGIP | interkantonales Gesundheitsindikatorenprojekt |
| SKI | Schweizerisches Krankenhausinstitut |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| SGGP | Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik |
| AHS | Aids-Hilfe Schweiz |
| VSN | Vereinigung Schweizer Notärzte |
| IKS | Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel |
| SRK | Schweizerisches Rotes Kreuz |
| FFE | fürsorgerische Freiheitsentziehung |
| FMF | Für menschenwürdige Fortpflanzung |
| SAV | Schweizerischer Arbeitgeberverband |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| SSV | Schweizerischer Städteverband |
| WBK-NR | Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats |
| SBK | Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| EKS | Evangelisch-reformierte Kirche Schweiz |
| CBCES | Schweizer Bischofskonferenz, Kommission für Bioethik |
| IEH2 | Institut für Ethik, Geschichte und Geisteswissenschaften, Medizinische Fakultät, Universität Genf |
| MERH_UZH | Kompetenzzentrum Medizin - Ethik - Recht Helvetiae |
| MIGUNIBE | Zentrum für Gesundheitsrecht und Management im Gesundheitswesen |
| SPO | SPO Patientenschutz |
| HLI | Human Life International Schweiz |
| HGS | Hippokratische Gesellschaft Schweiz |
| ÄPOL | Ärzte und Pflegefachpersonen gegen Organspende am Lebensende |
| <hr/> | |
| CSSS-CE | Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats |
| OFAS | Office fédéral des assurances sociales |
| CDS | Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé |
| CNE | Commission nationale d'éthique |
| CSSS-CN | Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national |

| | |
|-----------------|--|
| OFS | Office fédéral de la statistique |
| CDIP | Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique |
| OFSP | Office fédéral de la santé publique |
| DFI | Département fédéral de l'intérieur |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| SSUP | Société suisse d'utilité publique |
| SEFRI | Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation |
| ASSM | Académie Suisse des Sciences Médicales |
| FMH | Fédération des médecins suisses |
| GRECO | Group d'états contre la corruption |
| LAMaI | Loi fédérale sur l'assurance-maladie |
| CFEJ | Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse |
| CFSS | Commission fédérale pour la santé sexuelle |
| SsS | Fondation Santé sexuelle Suisse |
| SIDA | Syndrome de l'immunodéficience acquise |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| AOS | Assurance obligatoire des soins |
| CE | Communauté européenne |
| CFE | Commission fédérale des étrangères |
| CDS | Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires |
| PROMES | Projet intercantonal sur les indicateurs de santé |
| ISH | Institut Suisse des Hôpitaux |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| SSPS | Société suisse pour la politique de la santé |
| ASS | Aide Suisse contre le Sida |
| VSN | assemblée constituante de l'association suisse de médecine d'urgence |
| OICM | Office intercantonal de contrôle des médicaments |
| CRS | Croix-Rouge suisse |
| PLAFA | privation de liberté à des fins d'assistance |
| PPD | Pour une procréation respectant la dignité humaine |
| UPS | Union Patronale Suisse |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| UVS | Union des Villes Suisses |
| CSEC-CN | Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national |
| ASI | Association suisse des infirmiers et infirmières |
| EERS | Église évangélique réformée de Suisse |
| CBCES | Commission de bioéthique de la Conférence des évêques |
| IEH2 | Institut Ethique Histoire Humanités, Faculté de médecine, Université de Genève |
| MERH_UZH | Centre de Compétence Médecine - Ethique - Droit Helvetiae |
| MIGUNIBE | Centre pour le droit de la santé et la gestion des soins de santé |
| OSP | OSP Organisation suisse des patients |
| HLI | Human Life International Suisse |
| SHS | Société Hippocratique Suisse |
| MIOF | Médecins et Infirmières contre le Don d'Organes en Fin de Vie |

Allgemeine Chronik

Grundlagen der Staatsordnung

Rechtsordnung

Privatrecht

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 28.03.2017
KARIN FRICK

Mit der **Gründung der Stiftung Entschädigungsfonds für Asbestopfer** am 28. März 2017 wurden die Arbeiten des Runden Tisches Asbest abgeschlossen. Urs Berger, Präsident des Schweizerischen Versicherungsverbandes, übernahm das Amt des Stiftungsratspräsidenten, in welchem des Weiteren die Verbände und Unternehmen, die den Fonds finanzieren, sowie die Asbestgeschädigten und die Gewerkschaften vertreten sind.¹

Institutionen und Volksrechte

Parlamentsmandat

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 31.12.2017
MARC BÜHLMANN

Seit der sogenannten «Kasachstan-Affäre» waren einige Monate vergangen und im Parlament schien das Thema **Lobbying im Jahr 2017** – mit Ausnahme einer parlamentarischen Initiative Berberat (sp, NE) mit der Forderung nach transparenterem Lobbying, die von den Räten wie eine heisse Kartoffel hin- und hergeschoben wurde – an Priorität verloren zu haben. Dies sah in der gesellschaftlichen Debatte allerdings etwas anders aus.

Im Frühling sorgte eine Idee von Pierre-Yves Maillard (VD, sp) und Mauro Poggia (GE, mcg) für Schlagzeilen. Die beiden Regierungs- und ehemaligen Nationalräte wollten mit einer Volksinitiative dafür sorgen, dass Parlamentsmitglieder nicht mehr im Verwaltungsrat einer Krankenkasse sitzen oder anderweitig mit einer solchen verbunden sein dürfen. Damit sollten die steigenden Krankenkassenprämien gebremst werden. Die Idee stiess bei betroffenen Parlamentsmitgliedern auf Gegenwehr: Konrad Graber (cvp, LU), Verwaltungsrat der CSS, und Heinz Brand (svp, GR), Präsident des Krankenkassen-Dachverbandes Santésuisse, hielten die Idee für nicht zielführend. Es handle sich um eine «Verunglimpfung der Krankenkassen», gaben sie der Luzerner Zeitung zu Protokoll. Die Unterschriftensammlung für das Begehren wurde im Oktober 2017 gestartet.

Mitte März legte die Staatengruppe gegen die Korruption (Greco), bei der die Schweiz seit 2006 Mitglied ist, einen Bericht vor, der mehrere Schwachstellen im Schweizer Lobbyismussystem aufzeigte und Empfehlungen abgab. Unter anderem sollten Parlamentsmitglieder verpflichtet werden, bei Ratsverhandlungen Interessenkonflikte aktiv offenzulegen. Das Register der Interessenbindungen reiche nicht aus. Zudem müssten finanzielle Interessen von Parlamentarierinnen und Parlamentariern transparent gemacht werden. Dies ist in der Schweiz nach wie vor freiwillig. Die Organisation Lobbywatch veröffentlichte eine Liste, mit der aufgezeigt wurde, dass lediglich 37 Parlamentsmitglieder die Einkünfte aus ihren Mandaten vollständig deklarierten.

Eine Analyse von Forschern der Universitäten Lausanne und Genf um André Mach wurde Mitte Mai von der Sonntags-Zeitung breit aufgemacht. Erstens zeigten die Daten, dass sich die relevanten Interessenbindungen von Parlamentsmitgliedern zwischen 1992 und 2015 mehr als verdoppelt hatten, zwischen 2007 – seit dann müssen auf der Basis des 2002 revidierten Parlamentsgesetzes alle Interessenbindungen obligatorisch angegeben werden – und 2015 haben sie um 20 Prozent zugenommen. Für die Analyse gilt eine Verbindung dann als relevant, wenn ein Mandat einem Sachgebiet zugeordnet werden kann, zu dem das Parlamentsmitglied einen Bezug hat, etwa weil es in einer entsprechenden Kommission sitzt. Zugenommen haben laut der Studie insbesondere Verbindungen zu Interessenverbänden, welche die Parlamentarierinnen und Parlamentarier für Sitzungen, die laut Sonntags-Zeitung auch in Sitzungszimmern im Bundeshaus selber stattfanden, mit «vielen Tausend Franken pro Jahr» entschädigten – der Sonntags-Blick sprach von CHF 20'000 für vier Sitzungen, die Parlamentsmitglieder etwa von der Groupe Mutuel erhalten haben sollen. Der Austausch von Expertenwissen sei zwar für Milizparlamentarier wichtig, allerdings sei nicht klar, weshalb dies entlohnt werden müsse, fragte die Sonntags-Zeitung rhetorisch. Die Zunahme der Bindungen könne freilich durchaus auch als Zeichen für mehr Transparenz gelesen werden,

befanden die Forscher. Früher habe Interessenvertretung eher informell und im vorparlamentarischen Prozess stattgefunden. Heute sei die Einflussnahme während des parlamentarischen Prozesses wohl auch aufgrund des grösseren Parteienwettbewerbs wichtiger und werde hier auch etwas transparenter.

Eine Analyse der NZZ, die auf den gleichen Daten des «Observatoriums der Schweizer Eliten (Obelis)» beruhte, brachte ein weiteres Argument für ein zunehmend professionalisiertes Lobbying ins Spiel. Die Zeitung zeigte auf, dass sich die Wirtschaft in den letzten 60 Jahren stark von der Politik entflechtet habe. Vor 60 Jahren habe jedes vierte Parlamentsmitglied ein Spitzenamt in der Wirtschaft belegt, was heute nicht mehr so sei. Die Überlegung liegt nahe, dass das damalige unmittelbare Lobbying durch eine stärker mittelbares und organisierteres abgelöst wurde.

Auf Antrag von Thomas Minder (parteilos, SH) wurde in der Sommersession 2017 von den Parlamentsdiensten eine «Lobbyistenzählung» durchgeführt, wie dies der «Blick» betitelte. Zugang zum Parlament erhält, wer einen der beiden Dauerzutrittsausweise (Badges) besitzt, die jedes Parlamentsmitglied vergeben darf, oder wer einen Tagesausweis erhält, der ebenfalls von Parlamentsmitgliedern ausgestellt werden kann. Während der 11 Tage der Sommersession wurden 127 Lobbyierende mit Dauerzutritt und 386 mit Tagesausweis gezählt. Während die einen die Zahl als «an der oberen Grenze» beurteilten (Pirmin Bischof; cvp, SZ), fanden Lobbyistenkreise die rund 50 Personen pro Tag angemessen (z.B. Andreas Hug; CEO eines Beratungsbüros). Zu reden gab aber die hohe Zahl an Tageskarten. Damit würden die Transparenzregeln unterlaufen, befürchtete Didier Berberat in der Zeitung Le Temps.

Dass Interessengruppen gezielt auf Kommissionsmitglieder zugehen, zeigte eine Mitte Juli 2017 veröffentlichte Untersuchung des Sonntags-Blick zur Gesundheitspolitik. Allerdings – so das Sonntagsblatt – seien es nicht so sehr die Krankenkassen, sondern die Ärzte, Spitäler und Patientenorganisationen sowie die Pharmaindustrie, die viele Mandate vergeben hätten. «Die Genossen mit den Ärzten, die Liberalen mit der Pharma, die CVP mit allen» fasste der Sonntagsblick den Befund zusammen, «wer mit wem im Krankenbett» stecke.²

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

PETITION / EINGABE / BESCHWERDE

DATUM: 08.10.1988
STÉPHANE HOFMANN

Le développement des **soins à domicile (Spitex)** a fait l'objet d'un rapport de la part de la Fédération suisse des services de soins infirmiers de santé publique (FSSP) qui l'a ensuite transmis, sous forme de pétition, à la Chancellerie fédérale. En privilégiant les soins à domicile et en ne recourant pas systématiquement à l'hospitalisation des malades chroniques on peut, selon la FSSP, contribuer à diminuer les coûts de la santé tout en permettant au patient de rester dans son environnement. Et celle-ci de poursuivre en relevant que, face au vieillissement de la population et au manque de place tant dans les hôpitaux que dans les homes, la solution des soins à domicile deviendra indispensable.³

POSTULAT

DATUM: 17.03.1989
MARIANNE BENTELI

Dies soll auch im Hinblick darauf geschehen, die galoppierende Entwicklung der Gesundheitskosten besser in den Griff zu bekommen. Da auf den Spitalsektor annähernd 50 Prozent des Gesamtaufwandes für das Gesundheitswesen entfallen, wurden vor allem hier Alternativen gesucht. Dabei standen die Bestrebungen um den **Ausbau der Spitex-Leistungen** im Vordergrund, deren Uneinheitlichkeit und unsichere Finanzierung Anlass zu zahlreichen Diskussionen gab. Der Nationalrat folgte der Empfehlung seiner vorberatenden Kommission und sprach sich dafür aus, die Spitex-Petition des 1. Schweizerischen Spitexkongresses, die u.a. die versicherungsmässige Gleichstellung von Spitex- und Spitalpatienten fordert, an die mit der Revision der Krankenversicherung beauftragte Kommission weiterzuleiten. Der Nationalrat überwies ein Postulat Fischer (cvp, LU; Po. 88.872), welches den Bundesrat ersucht, zu prüfen, ob nicht über die Invalidenversicherung angemessene Taggelder ausbezahlt werden könnten, da die spitalexterne Pflege von den Angehörigen grosse materielle Opfer verlangt. Von frauenpolitischer Seite wurde befürchtet, Spitex werde das traditionelle Frauenbild weiter zementieren und zu bedenklichen Lücken in der Altersvorsorge derjenigen Frauen führen, die für die Pflege ihrer Angehörigen einen

Erwerbsunterbruch in Kauf nehmen. Im Rahmen der 10. AHV-Revision gibt es deshalb auch Stimmen, die vorschlagen, Betreuungsgutschriften nicht nur für die Kindererziehung, sondern auch für die Betreuung pflegebedürftiger und alter Angehöriger einzuführen.⁴

STUDIEN / STATISTIKEN
DATUM: 12.05.1989
MARIANNE BENTELI

Die Gesundheitsstatistik ist in der Schweiz im Vergleich zu anderen Industrieländern wenig ausgebaut. Nun soll erstmals eine **umfassende Studie über den Gesundheitszustand** der Bevölkerung Auskunft geben. Die Gesundheitsdirektionen der Kantone Bern, Genf, Tessin, Waadt und Zürich, die Bundesämter für Statistik (BFS) und für Gesundheitswesen (BAG) sowie das Schweizerische Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen (SKI) schlossen sich in einem interkantonalen Gesundheitsindikatorenprojekt (IGIP) zusammen, welches u.a. die Schaffung einer zentralen Datenbank vorsieht.⁵

INTERPELLATION / ANFRAGE
DATUM: 05.10.1990
MARIANNE BENTELI

Pointiert äusserten sich die in der Organisation «Ärzte und Ärztinnen für soziale Verantwortung» engagierten Mediziner auch zu den **Gefahren einer Umweltkatastrophe**, insbesondere einer **atomaren Verstrahlung**. An einer nationalen Kundgebung wiesen sie darauf hin, dass die Schweiz für einen Ernstfall völlig ungenügend gerüstet sei und sie nicht in der Lage wären, die Bevölkerung medizinisch adäquat zu versorgen. Der Berner Arzt und Nationalrat P. Günter (IdU, BE) verdächtigte die Landesregierung, eine im Auftrag der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) erstellte Studie über Hilfeleistung bei nuklearen und strahlenbedingten Unfällen, welche auf Koordinationsprobleme und mangelnde Kapazitäten hinweist, mit Absicht über Monate hinweg nicht zu publizieren – und er witterte dabei ein «Manöver» im Vorfeld der Atom-Abstimmungen vom September 1990. Ebenfalls lange unter Verschluss gehalten wurde eine Untersuchung, die Mängel in der Jod-Prophylaxe der Bevölkerung auflistet. In Beantwortung einer Einfachen Anfrage Bührer (sp, SH) zur Notfallplanung bei Atomunfällen verwies der Bundesrat darauf, dass das Gesundheitswesen primär eine kantonale Angelegenheit sei, zeigte sich jedoch zuversichtlich und versprach, der Jod-Prophylaxe in den kommenden Monaten die nötige Beachtung zu schenken.⁶

POSTULAT
DATUM: 16.09.1991
MARIANNE BENTELI

Ein gut funktionierendes **Rettungswesen** könnte in der Schweiz jedes Jahr rund 1500 Todesfälle vermeiden helfen. Dies schrieb die Vereinigung Schweizer Notärzte (VSN) in einer Pressemitteilung, in der sie die ihrer Ansicht nach gravierenden Mängel im Schweizer Rettungswesen anprangerte. Sie verlangte, die Rettungsdienste seien auf kantonaler und regionaler Ebene zu organisieren und zu koordinieren und müssten allgemein professioneller arbeiten. Gleichentags wie die Notärzte startete auch der Landesring eine breite Aktion zur Verbesserung des Rettungswesens. Im Parlament forderte Nationalrat Günter (IdU, BE; Po. 91.3273) den Bundesrat in einem Postulat auf, sich bei den Sanitätsdirektoren der Kantone für eine Koordination und Verbesserung der Bodenrettung einzusetzen. Das Postulat wurde nach dem Ausscheiden Günters aus dem Rat abgeschrieben.⁷

MOTION
DATUM: 31.12.1993
MARIANNE BENTELI

Seit dem Inkrafttreten der Bestimmungen über den **fürsorgerischen Freiheitsentzug** (FFE) im Jahre 1981 flackert immer wieder Kritik an den Modalitäten des FFE auf, dessen Ausmass heute auf rund 10'000 Fälle pro Jahr geschätzt wird. Gestützt auf eine vom Nationalfonds mitfinanzierte Studie erhob die Stiftung Pro Mente Sana konkrete Forderungen, welche in erster Linie eine Ausdehnung der Patientenrechte durch verbesserte Rekursmöglichkeiten sowie eine Mitsprache bei der Wahl der Therapieform anstreben. Im Parlament wurde dieses Anliegen von Nationalrätin Caspar-Hutter (sp, SG) aufgenommen. In einer Motion verlangte sie eine gründliche Überprüfung des FFE vor allem bei Drogensüchtigen und bei Frauen sowie einen Gesetzesentwurf zur Stärkung der Patientenrechte, insbesondere einen Rechtsschutz gegenüber Zwangsbehandlungen. Der Bundesrat verwies darauf, dass der FFE zum Vormundschaftsrecht gehört, welches im Rahmen der Gesamtrevision des Familienrechts ohnehin zur Diskussion steht. Auf seinen Antrag wurde die Motion lediglich als Postulat überwiesen.⁸

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE
DATUM: 05.04.1995
MARIANNE BENTELI

Swisstransplant, die nationale Stiftung für Organspende und Transplantation, konnte ihr zehnjähriges Bestehen feiern. Aus diesem Anlass wies sie darauf hin, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten, die auf lebensrettende Organe warten, ständig wächst, während die Liste der potentiellen Organspender – rund 7 Prozent der Bevölkerung mit Spenderausweis – stagniert oder sogar zurückgeht. Dies steht im Gegensatz zur Entwicklung im Ausland, wo die Zahl der Spender laufend zunimmt. Swisstransplant koordiniert alle anstehenden Operationen in den Transplantationszentren von Bern, Zürich, Lausanne und Genf und sichert den Kontakt zu den ausländischen Spenderdatenbanken. Zudem wacht die Organisation darüber, dass – ausser für Entnahme- und Transportkosten – nichts für Organspenden bezahlt werden muss und die Spender keine Entschädigung bekommen. Damit soll dem vor allem in der Dritten Welt grassierenden Organhandel entgegengewirkt werden.⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 15.02.1996
MARIANNE BENTELI

Kurz nach Inkrafttreten des neuen KVG wurde bekannt, dass die Leistungsverordnung zum KVG **Ultraschalluntersuchungen bei Schwangeren** nur mehr in Risikofällen vorsieht. Dies löste sowohl bei Patientinnen- und Frauenorganisationen wie auch bei den Fachärzten einen Sturm der Entrüstung aus und veranlasste das zuständige EDI, noch einmal über die Bücher zu gehen. Die Leistungsverordnung wurde per 15. Mai 1996 – und auf fünf Jahre befristet – dahingehend abgeändert, dass zwei Ultraschalluntersuchungen pro Schwangerschaft wieder zur Pflichtleistung der Kassen werden.¹⁰

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 09.12.1996
MARIANNE BENTELI

Über die Notwendigkeit einer einheitlichen Regelung des Umgangs mit Organen, Geweben und Zellen waren sich die Parteien, die Vereinigung der Schweizer Ärzte FMH und die SAMW einig und meinten, das unvollständige Regelwerk in 20 Kantonen sei nicht mehr zeitgemäss. In Bezug auf den **Umfang der künftigen Bundeskompetenz und in der Frage der Xenotransplantation** (Organübertragung vom Tier auf den Menschen) gab es allerdings **Differenzen**. Die CVP plädierte ohne weitere Einschränkungen dafür, die Xenotransplantation in die Regelungskompetenz einzubeziehen. Die SP hingegen hielt ein Moratorium zumindest für Organe jener Tiere für angebracht, die zum Zweck der Organspende genetisch verändert worden sind (Mo. 96.3364). Die FMH betonte, dass die Regelung der Zuteilung keinesfalls auf menschliche Organe beschränkt werden dürfe; falls nämlich Xenotransplantationen einmal erlaubt würden, sei nicht auszuschliessen, dass es auf dem freien Markt zu ethisch unhaltbaren Situationen komme. Die SAMW schlug vor, den Artikel über die Verwendung der Organe, Gewebe und Zellen explizit auf den humanmedizinischen Bereich zu beschränken. Alle Parteien befürworteten die Konzentration der Eingriffe auf einige wenige Zentren, wobei die SP dem Bundesrat eine Koordinationsbefugnis zur Schaffung von Transplantationszentren in den öffentlichen Spitälern erteilen möchte.¹¹

INTERKANTONALE ZUSAMMENARBEIT
DATUM: 02.04.1997
MARIANNE BENTELI

Gemäss neuem KVG hatten die **Kantone bis Ende des Berichtsjahres die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung** aufzustellen und Listen jener Spitäler und Pflegeheime zu erlassen, die berechtigt sind, Patientinnen und Patienten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zu versorgen. Im Frühjahr gab die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) die von den Kantonen lange erwarteten diesbezüglichen Empfehlungen heraus. Sie unterschied dabei zwischen der Spitalplanung, die als längerfristig angesetzter Prozess definiert wird, und den kurzfristig zu erstellenden Spitallisten. In letzterem Bereich empfahl sie den Kantonen, auch private Spitäler und Pflegeheime angemessen zu berücksichtigen, diese Anerkennung aber nicht an eine Subventionspflicht zu koppeln. Als erste Tendenz der Spitalplanung liess sich erkennen, dass die Kantone unter den einzelnen Spitälern eine Art Opfersymmetrie betreiben und nur in den seltensten Fällen – so etwa im Kanton Zürich – zur Schliessung ganzer Spitäler bereit sind.¹²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 01.01.1999
MARIANNE BENTELI

Mit finanziellem Engagement durch das BAG schuf die Schweizerische Patientenorganisation einen **Röntgenpass**, der dazu beitragen soll, übermässiges Röntgen zu vermeiden. Das BAG erfüllte mit seiner Unterstützung den Auftrag der Strahlenschutzverordnung, die Bevölkerung vor vermeidbarer Strahlenexposition zu schützen. Auf dem Pass können Patientinnen und Patienten Röntgenaufnahmen, die zu medizinischen und zahnmedizinischen Zwecken, bei Durchleuchtung, Computertomographie usw. gemacht werden, eintragen lassen. Unnötige

Wiederholungen könne so vermieden und die Strahlenbestrahlung gering gehalten werden.¹³

POSTULAT

DATUM: 21.03.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Ein Ende 2013 im Nationalrat eingereichtes Postulat Kessler (glp, SG) zur **Evaluation der Fallpauschalen** wurde in der Frühjahressession 2014 angenommen. Mit dem Vorstoss wollte die Patientenschützerin vom Bundesrat wissen, wie die zwei Jahre zuvor eingeführten Fallpauschalen (DRG; Diagnosis Related Groups) wirken. Dabei soll überprüft werden, ob die Versorgungskontinuität, eine hohe Qualität sowie die Patientensicherheit gewährleistet sind, und ob es weiterer Massnahmen zur Verbesserung derselben bedarf. Kritisiert wurde insbesondere die frühe Entlassung von Patientinnen und Patienten aus der Spitalpflege. Rehabilitationszentren, Übergangspflege und Pflegeheime hätten nicht genügend qualifiziertes Personal, um intensiv Pflegebedürftige adäquat zu betreuen. In einer Präsentation des Spitalverbandes H+ wurden die DRG positiv bewertet. Die Systemeinstellung habe sich bewährt. Dem stand allerdings eine Studie der Universität Zürich entgegen, in welcher sich die Forschenden bei Spitalärzten erkundigt hatten und feststellten, dass die Ärzte frühen Spitalaustritten gegenüber skeptisch eingestellt sind. So wurde denn auch die Kritik vorgebracht, dass aufgrund steigenden Druckes der Spitalleitungen Patientinnen und Patienten teilweise zu früh entlassen werden. Die Patientensicherheit und eine hohe Qualität der Behandlungen seien nur gesichert, wenn alle Schnittstellen und die Pflege-Nachfolgeinstitutionen bei den vorzunehmenden Erhebungen miteinbezogen werden, so die Postulantin. Der Bundesrat hatte das Postulat zur Annahme empfohlen, weil bereits entsprechende Untersuchungen im Gange seien, namentlich im Rahmen der Evaluation des Krankenversicherungsgesetzes (KVG).¹⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 18.05.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Am 18. Mai 2014 wurde der Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung, der direkte Gegenentwurf zur zurückgezogenen **Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“**, zur Abstimmung gebracht. Mit einem Ja-Stimmenanteil von 88% und sämtlichen zustimmenden Ständen war der Entscheid deutlich.

Die Vorlage war bereits im Vorfeld unbestritten, wodurch sich kein echter Abstimmungskampf ergab. Da sich das Parlament auf diesen Gegenvorschlag geeinigt hatte und die Initianten ihre Hausarzt-Initiative infolgedessen zurückzogen, war auch kein grösserer Widerstand zu erwarten. Im Gegenteil: einträchtig wurde verkündet, es gebe keinen Grund, den Gegenvorschlag abzulehnen. Ende Februar traten Gesundheitsminister Berset und der Präsident der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), Carlo Conti, vor die Medien und erörterten die Vorlage. Dabei unterstrich der Magistrat die Bedeutung einer qualitativ hochstehenden, medizinischen Grundversorgung in allen Regionen der Schweiz. Conti erkannte im Rückzug der Initiative eine Verpflichtung für die Politik und verwies auf den für die Behörden wichtigen Masterplan Hausarztmedizin. Auch er erachtete den Ausbau der Grundversorgung angesichts der demografischen Alterung als besonders bedeutend. Der Masterplan Hausarztmedizin war 2012 lanciert worden und wurde vom Eidgenössischen Department des Innern (EDI), von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK), der Universitätskonferenz, dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) sowie den Ärzteverbänden und dem Initiativkomitee getragen. In ihm sind konkrete Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin verankert, deren Umsetzungen bereits eingeleitet sind. Der Masterplan sichert den Hausärzten zusätzliche Einnahmen von CHF 200 Mio.

Trotz guter Vorzeichen – in einer ersten, vom Sonntags-Blick durchgeführten Umfrage gaben 48% der Befragten an, den Gegenvorschlag annehmen zu wollen, nur 19% waren dagegen – versammelten sich Anfang April rund 300 Ärztinnen und Ärzte in Aarau zu einer Kundgebung. Sie wollten auf den mangelnden Nachwuchs im Hausarztbereich aufmerksam machen und gleichzeitig für die bevorstehende Abstimmung werben. In den Trendumfragen der SRG wurden dem Anliegen ebenfalls gute Vorzeichen attestiert. In der ersten Welle waren 66% der Befragten dafür, in der zweiten Welle waren es gar 71%.

Immer wieder gegen den Verfassungsartikel äusserte sich indes der Zürcher SVP-Nationalrat Toni Bortoluzzi. Er kritisierte, dass der vorgeschlagene Artikel falsche Signale aussende: Es sei nicht Sache des Bundes, eine bestimmte Berufsgruppe attraktiv zu machen. Gleichwohl wurde von der Volkspartei selber vorerst keine Gegenkampagne geführt. Erst am 8. Mai, also nur zehn Tage vor der Abstimmung setzte sich ein Gegnerkomitee zusammen, in dem Bortoluzzi federführend war. Das Komitee

wartete vor dem „entscheidenden Schritt zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens“. Dem Komitee schlossen sich einige SVP-Politiker und etwa 20 Ärzte an. Tatsächlich hatte die SVP als einzige Partei die Nein-Parole ausgegeben. Wichtigstes Argument blieb, dass es keines Verfassungsartikels bedürfe, um die Grundversorgung sicherzustellen. Aus Kreisen des Gegnerkomitees wurde gar vor einer „Mogelpackung“ gewarnt: Man befürchte, dass die freie Arztwahl und der direkte Zugang zum Hausarzt nicht mehr gewährleistet seien.

Dieses Aufbäumen konnte den deutlichen Abstimmungserfolg jedoch nicht schmälern. Die zustimmenden 88% (Stimmbeteiligung: 55,8%) waren ein deutliches Zeichen. Entsprechend zufrieden zeigten sich die Befürworter. Der Volksentscheid hatte allerdings unerwartete Folgen: Andere Leistungserbringer, wie beispielsweise die Spitäler, meldeten nun auch entsprechende Begehrllichkeiten an und forderten eine Gleichbehandlung aller Ärzte. Der Spitalverband H+ teilte in einer Medienorientierung mit, dass die ambulanten und stationären Dienstleistungen der Spitäler ebenfalls zu den „tragenden Säulen der ärztlichen Grundversorgung“ gehörten. Ebenso könnten andere Berufsgruppen, wie Apotheker oder Physiotherapeuten solche Forderungen stellen. Entsprechend besorgt zeigte sich der Präsident des Pro-Komitees, Peter Tschudi, dem diese „Trittbrettfahrer“ ein Dorn im Auge waren. Seiner Auffassung nach sind die Spitäler keineswegs als Teil der Grundversorgung zu verstehen.

Abstimmung vom 18. Mai 2014

Beteiligung: 55,85%
Ja: 2 480 870 (88,1%)
Nein: 336 196 (11,9%)

Parolen:

- Ja: SP, CVP, FDP (2*), GPS (1*), BDP, GLP (*2), EVP; Travail.Suisse, FMH, H+, Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz, SGB.
- Nein: SVP (8*).

* In Klammer Anzahl abweichender Kantonalsektionen

Die Vox-Analyse im Nachgang der Abstimmung führte zu Tage, dass die Hausarztvorlage recht deutlich im Schatten der anderen, an diesem Tag behandelten Vorlagen (Gripen, Pädophilie und Mindestlohn), stand. So wusste ein Drittel der Befragten nicht, worum es bei dieser Vorlage gegangen war. Wichtigste Motive der Ja-Stimmenden waren die Förderung der Hausärzte und die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung. Es wurde jedoch auch ein grosses Regierungsvertrauen festgestellt: 92% der Befragten, die dem Bundesrat grundsätzlich vertrauen, hatten hier Ja gestimmt. Als wichtigstes Nein-Argument wurde die „last-minute-Kritik“ des Gegenkomitees ermittelt, nämlich eine Ablehnung der Verstaatlichung. Dass das gegenwärtige System funktioniere und dass Hausärzte nicht bevorzugt werden sollen waren weitere, häufig genannte Gründe der Gegner.¹⁵

ANDERES
DATUM: 27.05.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Ende Mai wurden erste **Projekte der Demenzstrategie 2014-2017 gestartet**. Dabei standen die Bereiche Diagnostik, Finanzierung und Verbesserung der Datenlage im Fokus. Vier von insgesamt 18 geplanten Projekten wurden damit lanciert. Ein Projekt „Sensibilisierung“ soll dazu beitragen, dass die Bevölkerung besser über Demenzerkrankungen informiert wird. Das Wissen über die Krankheit soll einerseits besser verbreitet werden, andererseits soll ein vorurteilsfreier Umgang mit den Erkrankten in der Bevölkerung breiter gefördert werden. Mit der Projektleitung wurde die Schweizerische Alzheimervereinigung betraut. Das Projekt „Diagnostik“ soll frühe Diagnosen ermöglichen. Rund 25'000 Neuerkrankungen werden jährlich in der Schweiz registriert und eine frühzeitige Diagnose ist für die Betroffenen und deren Angehörige wichtig. Es hat sich aber gezeigt, dass weniger als die Hälfte der Menschen mit Demenz über eine ärztliche Diagnose verfügt. Ein Netzwerk von Kompetenzzentren für Diagnostik soll Abhilfe schaffen und die Qualität der Diagnostik soll damit verbessert werden. Dieses Projekt wird vom Verein Swiss Memory Clinics, dem Centre Leenaards de la Mémoire, dem Felix-Platterspital in Basel und der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -therapie gemeinsam geleitet. Mittels optimierter Datenerhebung sollen Versorgungslücken besser erkannt werden können. Das Projekt „Datenlage“ soll deswegen eine systematische Sammlung repräsentativer Daten zum Thema Demenz forcieren. Das Bundesamt für Gesundheit gab eine Machbarkeitsstudie für ein Versorgungsmonitoring in Auftrag, womit untersucht werden soll, welche Daten

zu Demenz und den Versorgungskosten erhoben werden können und wie diese zu erheben sind. Ein Projekt „Finanzierung“ untersucht schliesslich, ob die Versorgungsangebote für Demenzzranke in den bestehenden Finanzierungssystemen angemessen abgebildet sind und so abgegolten werden, dass die betroffenen Personen und ihre Angehörigen gut versorgt werden können. Zunächst soll die Finanzierung der ambulanten Angebote und der Angebote zur Entlastung von Angehörigen untersucht werden. Diese Massnahme wird von der Gesundheitsdirektorenkonferenz koordiniert.¹⁶

POSTULAT
DATUM: 20.03.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Mit einem Postulat griff Nationalrat Regazzi (cvp, TI) abermals die umstrittene Anti-AIDS-Kampagne des Bundesamts für Gesundheit (BAG) aus dem Jahr 2014 auf. Der Bundesrat sollte beauftragt werden, einen unabhängigen Expertenbericht vorzulegen, in dem die theoretischen Grundlagen der Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGS) zur **sexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen** hinterfragt und allenfalls neu beurteilt werden sollten. Auslöser für die weitere Auseinandersetzung mit dieser Thematik waren unter anderem Antworten des Bundesrates auf zwei Interpellationen (Ip. 14.3421, Ip. 14.3419). Diese waren zu Beginn der Kampagne eingereicht worden und griffen einerseits Bedenken aus der Bevölkerung auf – so war gegen die Kampagne eine Petition lanciert worden – und beruhten andererseits auf dem Unmut, welcher die EVP über die Kampagne zum Ausdruck brachte. In den Stellungnahmen des Bundesrates wurde auf Expertenmeinungen aus der SGS zurückgegriffen, die der Anti-AIDS-Kampagne keinen Einfluss auf die sexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zuschrieben. Der Postulant stellte dies jedoch in Frage und verlangte, dass die von der SGS angewandten Grundlagen im Bereich der sexuellen Entwicklung neu beurteilt werden sollten. Dies solle durch ein von der SGS losgelöstes Gremium bestehend aus Fachpersonen aus den Bereichen Psychologie, Pädagogik und Medizin vorgenommen werden. In seiner Begründung gab Regazzi zudem einer ganz generellen Kritik an der SGS Ausdruck.

Der Bundesrat beantragte das Postulat zur Annahme und stellte in Aussicht, eine solche Expertengruppe nicht nur um weitere Fachpersonen zu ergänzen, sondern auch die EDK, die EKKJ und die EKSG mit in die Expertengruppe zu integrieren. Zudem betonte er, dass die internationale Forschung zum Thema sexuelle Gesundheit und Standards der WHO ganz grundlegend von vielen Expertinnen, Experten und Organisationen als Orientierung verwendet würden. So sei es auch angezeigt, die Grundlagen im Bereich der sexuellen Gesundheit von Minderjährigen zu vertiefen, wofür im Rahmen der bestehenden Finanzierungsmöglichkeiten Ressourcen freigemacht werden sollten. So könnten nicht nur die Materialien der SGS untersucht werden, sondern auch eine Gesamtübersicht über die sexuelle Entwicklung im Jugendalter in den Bericht integriert werden.

Diskussionslos und stillschweigend nahm der Nationalrat das Postulat im März 2015 an.¹⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 13.05.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Anfang September 2014 endete die Vernehmlassungsfrist zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das neue Bundesgesetz soll die Grundlagen für die Errichtung eines nationalen Zentrums für Qualität schaffen, welches in Zukunft die Aufgabe haben soll, schweizweite Qualitätsprogramme zu lancieren, Leistungen auf ihren Nutzen zu überprüfen und so insbesondere die **Qualität der medizinischen Leistungen** und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Der Bundesrat reagierte damit auf diverse überwiesene parlamentarische Vorstösse, welche einerseits auf eine Verbesserung der Qualitätssicherung in der OKP, andererseits auf eine systematischere Bewertung von Gesundheitstechnologien abzielten.

Der Ergebnisbericht zur Vernehmlassung lag im Mai 2015 vor. 152 Vernehmlasser hatten zuvor ihre Stellungnahmen eingereicht. Kaum erstaunen dürfte, dass Einigkeit über die Zielsetzung einer hohen Qualität in der Krankenversicherung herrschte. Ebenso wurde begrüsst, dass sich der Bund verstärkt engagiere, eine Führungsrolle übernehme sowie eine aktive Rolle im Bereich Qualitätssicherung ausübe. Über die Massnahmen zur Zielerreichung und den Weg dorthin gingen die Meinungen jedoch auseinander. Die zentrale Neuerung, die Schaffung eines Zentrums für Qualität, war umstritten, wie aus dem Vernehmlassungsbericht hervorging. Zwar waren institutionelle Akteure, beispielsweise die GDK, offen für ein solches Zentrum, wichtige Akteure aus dem Gesundheitswesen lehnten eine neue Verwaltungsstelle jedoch ab. Der Spitalverband H+, die Versicherer (santésuisse) oder auch die Ärzteschaft (FMH) zeigten sich skeptisch, sie befürchteten die Schaffung eines bürokratischen Apparats. Von

zahlreichen Stellungnehmenden wurden Anpassungen angeregt, so zum Beispiel, bestehende Organisationen in das Zentrum zu integrieren.

Die grundsätzliche Kritik von gewichtigen Akteuren führte jedoch dazu, dass die Regierung entschied, auf ein solches angedachtes Qualitätszentrum zu verzichten. Stattdessen sollte fortan ein „Netzwerk Qualität“ eingesetzt werden, welches Koordinationsaufgaben zwischen bestehenden Akteuren übernehmen soll. Daneben wird auch eine ausserparlamentarische Qualitätskommission eingesetzt. Insbesondere die Anliegen der Patientinnen und Patienten, vertreten durch die Stiftung Patientensicherheit Schweiz, sollen berücksichtigt werden. Die Stiftung soll eine tragende Rolle einnehmen und weiterhin nationale Pilotprogramme betreuen.

Für die Umsetzung des Netzwerks bedarf es einer Änderung des KVG. Die Ausgaben für die Realisierung dieser Projekte im Bereich Qualität wurden auf rund CHF 30 Mio. beziffert und sollen durch die Prämien gedeckt werden (CHF 3.50 pro Person und Jahr; total ca. CHF 22 Mio.). Weitere CHF 10 Mio. sollen über Bundesmittel finanziert werden. Bis Ende 2015 wollte die Regierung einen entsprechenden Gesetzesentwurf vorlegen.¹⁸

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 02.03.2016

MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das **Krebsregistrierungsgesetz** wurde in der Frühjahrssession 2016 vom Ständerat weiterbehandelt, wo es ebenfalls unbestritten war. Bereits die vorberatende SGK hatte sich einstimmig sowohl für Eintreten, als auch für dessen Annahme stark gemacht. Mit diesem deutlichen Signal wurde die Debatte aufgenommen, wobei kaum Diskussionsbedarf aufkam. In der Frage um die Fristen stellte sich die kleine Kammer hinter den Nationalrat und hiess die Ausdehnung gut. Dies unter anderem nach einer Anhörung von Oncosuisse, der Vereinigung gegen Krebs, wie Kommissionssprecher Graber (cvp, LU) ausführte. Die einzige kleine Differenz, die der Ständerat schuf, war eine formale. So wurde der Entwurf mit 37 Stimmen einstimmig dem Nationalrat für die nächste Runde überlassen.¹⁹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 07.06.2017

MAXIMILIAN SCHUBIGER

Der Ständerat hatte einen Beschluss im Sinne der Kantone gefasst, jedoch war die Differenzbereinigung in Sachen **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** damit noch nicht abgeschlossen. Von Beginn weg war klar, dass der Nationalrat wieder Differenzen offen lassen würde; zur Debatte standen ein Antrag der SGK-NR, den man als «Festhalten, aber..» bezeichnen könnte, sowie ein Minderheitsantrag Heim (sp, SO) auf Festhalten am ursprünglichen Beschluss des Nationalrates.

Die Kommissionsmehrheit wollte den umstrittenen Passus um einen neuen Satz ergänzen. Demnach soll der Standortkanton der Leistungserbringenden nach wie vor die Rahmenbedingungen für die Restfinanzierung festlegen; neu war jedoch, dass gegebenenfalls anderslautende Bedingungen in interkantonalen Vereinbarungen definiert werden können. Damit liege das finanzielle Risiko zwar noch immer bei den Wohnsitzkantonen, jedoch könnten bilaterale Verträge den Unsicherheiten Abhilfe schaffen, erklärte die Kommission. Die Version des Ständerats sei hingegen nicht tragbar, weil damit Patientinnen und Patienten möglicherweise umziehen müssten, falls in ihrem Heimatkanton wieder Plätze in Pflegeheimen frei würden. Barbara Schmid-Federer (cvp, ZH) sah im neuen Vorschlag eine neue Kompromisslösung und verkaufte ihn als Schritt auf den Ständerat zu.

Bea Heim eröffnete die Debatte im Nationalrat in der Sommersession 2017 und unterstrich dabei die Bedeutung des Geschäftes. Man müsse sich um die Interessen der Pflegebedürftigen kümmern und nicht um jene der Kantone. Sie erinnerte an die Abstimmung nach der ersten nationalrätlichen Debatte, die mit 165 Stimmen einstimmig eine Lösung hervorgebracht hatte, in der eine freie Wahl des Pflegeheims festgelegt wurde. Dies sei einer freien Wohnsitzwahl auch im pflegebedürftigen Alter gleichzusetzen, erklärte sie. Faktisch, so Heim weiter, bliebe es mit dem ständerätlichen Vorschlag bei der Situation, dass nur wohlhabende Personen die Möglichkeit hätten, in ein ausserkantonales Pflegeheim zu ziehen, beispielsweise um in der Nähe ihrer Angehörigen zu sein. Das Finanzierungsrisiko bliebe so bei den Patientinnen und Patienten. Gesundheitsminister Berset gab in der Debatte zu Protokoll, dass die Regierung die Variante des Ständerats bevorzuge. Für die Kommission äusserte sich abschliessend Ruth Humbel (cvp, AG), die verdeutlichte, dass die ständerätliche Lösung analog jener bei den Ergänzungsleistungen im Sinne einer freien Wahl des Pflegeheims durch die Pflegebedürftigen nicht zielführend sei. In der Folge zog das Plenum den Vorschlag der SGK-NR dem Minderheitsantrag Heim auf Festhalten an der ursprünglichen Version des Nationalrats mit 132 zu 51 Stimmen (bei einer Enthaltung) vor.²⁰

MOTION

DATUM: 29.11.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Tarifpartner sollen Tarife von Laboranalysen aushandeln. So kurz und knapp war der Auftrag an den Bundesrat aus einer Kommissionsmotion der SGK des Ständerats, womit ein gleicher Mechanismus wie bei den DRG und beim Tarmed übernommen werden sollte. Eine linke Kommissionsminderheit wollte diese KVG-Änderung nicht mittragen. Der Bundesrat beantragte ebenfalls, die Motion nicht zu unterstützen, da er Blockaden bei den Tarifverhandlungen befürchtete, wie dies bereits beim Tarmed oder bei der Physiotherapie zu Problemen geführt hatte. Deswegen wollte die Regierung ihre durch das KVG eingeräumte Subsidiarität im Bereich der Tarifregelungen beibehalten und so eine „schlanke Regelung“ weiterführen.

Das Plenum beriet diese in der Kommission mit 9 zu 3 Stimmen gefasste Motion im November 2017 und nahm sie mit 24 zu 18 Stimmen an. Kommissionssprecher Kuprecht (svp, SZ) führte die Beweggründe aus und verwies dabei nicht nur auf ältere Vorstösse – seine eigene Motion (Mo. 16.3487), die er nach dieser Beratung zurückzog, eingeschlossen –, sondern auch auf Sondierungsgespräche zwischen der FMH und den Krankenkassenverbänden im Zuge der Beratungen ebendieser. Die vorliegende Motion wurde unter Berücksichtigung besonderer Kritikpunkte der Verhandlungspartner als Folge-Vorstoss formuliert. Die Gegner der Motion hielten sie für unnötig, weil, und hier teilten sie die Meinung der Regierung, es bereits möglich sei, tiefere Tarife auszuhandeln. Jene Tarife, die bereits geregelt sind, würden Höchstansätze beziffern und eine Unterschreitung dieser sei in gegenseitigem Einverständnis bereits denkbar. Überdies wurde angeregt, noch einen sich in Ausarbeitung befindlichen Massnahmenkatalog zur Begrenzung der Gesundheitskosten abzuwarten. Die Opposition verfiel im Rat zu wenig und die Motion ging an den Nationalrat.²¹

VERWALTUNGSAKT

DATUM: 24.02.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Ende 2018 wurde die **«Strategie eHealth Schweiz 2.0 2018–2022»** publiziert, welche auf die bisherige eHealth-Strategie aus dem Jahr 2007 folgte. Ihr Hauptaugenmerk lag auf der Verbreitung des elektronischen Patientendossiers. Mittels Digitalisierung strebte sie die Verbesserung der Behandlungsqualität, Patientensicherheit, Effizienz, koordinierten Versorgung, Interprofessionalität und Gesundheitskompetenz an. Durch digital kompetente Menschen und digital vernetzte Gesundheitseinrichtungen und Fachpersonen soll das Gesundheitssystem qualitativ besser, sicherer und effizienter werden, so die Vision der Strategie. Insgesamt enthielt die Strategie 25 Ziele, die sich in den drei Handlungsfeldern «Förderung von Digitalisierung», «Abstimmung und Koordination von Digitalisierung» sowie «Befähigung zur Digitalisierung» verorten liessen. Die Umsetzung soll durch den Bund, die Kantone, eHealth Suisse und den Stammgemeinschaften – Gruppen von Dienstleistenden im Gesundheitswesen – geschehen, wobei es ebenfalls der Beteiligung weiterer relevanter Akteure bedürfe.²²

VOLKSINITIATIVE

DATUM: 01.10.2020
JOËLLE SCHNEUWLY

Im Oktober 2020 wurde der **Ergebnisbericht zur Vernehmlassung des indirekten Gegenvorschlags zur Organspende-Initiative**, welche vom 13. September bis zum 13. Dezember 2019 gedauert hatte, veröffentlicht. Insgesamt hatten 81 Akteurinnen und Akteure Stellung genommen, wobei sich mit 53 von ihnen ein Grossteil der Vernehmlassungsteilnehmenden vollumfänglich oder grundsätzlich zustimmend zum Gegenvorschlag aussprachen. Zu ihnen gehörten 21 Kantone, die beiden Parteien GLP und GPS sowie dreissig Organisationen, darunter auch Swisstransplant, eine Unterstützerin der Volksinitiative. Explizit abgelehnt wurde die Vorlage von 16 Vernehmlassungsteilnehmenden. Als Gründe für die ablehnende Haltung wurden die Befürwortung der Volksinitiative (JU), des Erklärungsmodells (LU, CVP, EVP, CBCES, EKS, MERH_UZH, NEK) oder der parlamentarischen Initiative Nantermod (fdp, VS; pa.lv. 18.443; FDP), aber auch die zu enge Zustimmungslösung (ÄPOL) und der Wunsch nach Beibehaltung der aktuell gültigen erweiterten Zustimmungslösung (HGS) aufgeführt. Weitere Argumente gegen den indirekten Gegenvorschlag liessen sich auf ethische Bedenken (SH, HLI, MIGUNIBE, SPO) oder auf die Forderung zurückführen, dass die Vorlage Teil eines Gesamtprojekts zur Einwilligung in der Gesundheits- und Humanforschung sein sollte (Privatim). Weder eine zustimmende noch eine ablehnende Haltung nahmen aus diversen Gründen zehn Vernehmlassungsteilnehmende ein (BL, TG, iEH2, SPS, BDP, SVP, GDK, insieme, SBK und SGG). Der SAV, santésuisse und der SSV verzichteten auf eine Stellungnahme.

Positiv aufgenommen wurde von der Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden die geplante Einbindung der Angehörigen. In diesem Zusammenhang kam denn auch mehrfach die Forderung auf, dass eine Organentnahme nur zulässig sein soll, wenn die Angehörigen erreicht werden können. Auch die gesetzliche Verankerung eines Registers

wurde grösstenteils befürwortet, wobei verschiedene Änderungsvorschläge eingingen. Einer von ihnen bestand darin, dass neben der Dokumentation des Widerspruchs auch eine Zustimmung festgehalten werden können sollte. Von verschiedenen Seiten wurde zudem der Wunsch geäussert, dass der Stiftung Swisstransplant die Registerführung zukommen soll, weil sie bereits über ein Register verfüge. Ferner wurde der Information der Bevölkerung über das Widerspruchsmodell ein hoher Stellenwert beigemessen.²³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 21.01.2021
JOËLLE SCHNEUWLY

Gut ein Jahr nach der Behandlung durch ihre Schwesterkommission befasste sich die WBK-NR im Januar 2021 erneut mit der parlamentarischen Initiative Wehrli (fdp, VD) **«Für ein Programm zu Jugend und Ernährung»**. Dabei blieb sie mit 12 zu 12 Stimmen und dem Stichentscheid des Präsidenten Reynard (sp, VS) bei ihrer positiven Haltung gegenüber der Vorlage und beantragte dem Nationalrat Folgegeben, «ohne sich [allerdings] auf die Modalitäten der Umsetzung fest[...]legen» zu wollen. Hinsichtlich einer möglichen Implementierung und der Erarbeitung einer Strategie für nachhaltige Ernährung entschied sie sich zudem mit 17 zu 7 Stimmen, ein Postulat einzureichen, welches das Aufzeigen bestehender nationaler und kantonaler Angebote im Zusammenhang mit «Jugend und Ernährung» zum Ziel hat. Die Kommission führte überdies gemäss eigenen Angaben eine umfassende Analyse zum Thema «Jugend und Ernährung» durch und konsultierte dazu Vertreterinnen und Vertreter der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, der Allianz Ernährung und Gesundheit, der Allianz der Wirtschaft für eine massvolle Präventionspolitik (AWMP), des Verbands Schweizerischer Mineralquellen und Soft-Drink-Produzenten (SMS) sowie von éducation21.²⁴

Medikamente

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 17.11.1989
MARIANNE BENTELI

Die Preisgestaltung der Medikamente geriet ebenfalls wieder in Bewegung. Die Kartellkommission hielt an ihrer bereits 1988 geäusserten – und von der Pharmaindustrie aufs heftigste bestrittenen – Auffassung fest, die **Generika würden durch die bestehende Marktordnung benachteiligt**, und sie drohte, eine Untersuchung des Arzneimittelmarktes einzuleiten. Die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) führte eine Tagung zu diesem Thema durch, in deren Verlauf die Meinungen ziemlich heftig aufeinanderprallten.²⁵

POSTULAT
DATUM: 26.09.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Aus einem im Nationalrat überwiesenen Postulat der CVP-EVP-Fraktion erhielt der Bundesrat im Herbst 2014 den Auftrag, Bericht über die **Medikamentenverschwendung** zu erstatten. Dabei steht unter anderem eine Kostenschätzung im Zentrum. Zahlreiche Medikamente werden jährlich von den Krankenkassen bezahlt, jedoch von den Patientinnen und Patienten nicht eingenommen, sondern weggeworfen. Die Menge derjenigen Medikamente, die nicht im Abfall landen, jedoch bei Abgabestellen oder Apotheken zurückgegeben werden, sollte abgeschätzt werden und deren Kosten beziffert werden. Weiter fordert die Fraktion eine Abschätzung des Volumens derjenigen Medikamente, die tatsächlich weggeworfen werden. Entsprechend der vermuteten Erkenntnisse solle die Regierung in der Folge aufzeigen, welche Massnahmen zu ergreifen seien, um diesen Überkonsum einzudämmen. Vorgeschlagen wurden die Einführung kleinerer Medikamentenpackungen sowie eine längere Haltbarkeitsangabe auf denselben. Der Bundesrat hatte in seiner Reaktion die Kosten bereits umreissen können. Gemäss Santésuisse belaufen sich diese auf jährlich rund CHF 500 Mio. Der Bundesrat sei ebenso wie die Fraktion bestrebt, den Einsatz von Arzneimitteln effizient zu halten und Abfälle möglichst zu vermeiden. Ähnliche Aspekte waren bereits in zahlreichen anderen parlamentarischen Vorstössen behandelt worden, weswegen nicht mehr als ein Kurzbericht im Sinne einer Übersicht über den Stand der Arbeiten zur Verminderung der Medikamentenabfälle in Aussicht gestellt wurde.²⁶

Epidemien

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 22.06.1990
MARIANNE BENTELI

Da der **AIDS-Forschung** kurzfristig der finanzielle Kollaps drohte, sprach der Bundesrat einen **Zusatzkredit von CHF 5 Mio.** und beschloss, für 1991 das Forschungsbudget ebenfalls um CHF 5 Mio. auf CHF 8 Mio. zu erhöhen und die AIDS-Forschung analog der Krebsforschung in seine Botschaft über die Förderung der wissenschaftlichen Forschung 1992 bis 1995 zu integrieren. Mit dem Argument der wissenschaftlichen Relevanz begründete Bundesrat Cotti auch die Teilnahme der Schweiz an der Internationalen AIDS-Konferenz in San Francisco. Das BAG hatte vorgehabt, die Konferenz – gleich wie die EG-Länder – zu boykottieren, um so gegen die restriktive Einreisepolitik der USA gegenüber AIDS-Kranken zu protestieren. Diesen Entscheid hatte das BAG allerdings ohne Rücksprache mit dem Departementsvorsteher getroffen; dieser zeigte sich erstaunt ob dem Vorgehen des BAG und betonte vor dem Nationalrat, dass in derartigen Fällen nur ihm allein die Entscheidungskompetenz zustehe. Wie weit dieser Vorfall zum Rücktritt von BAG-Direktor Beat Roos beitrug, wurde nicht publik.²⁷

VERWALTUNGSAKT

DATUM: 05.04.1991
MARIANNE BENTELI

Zur besseren **Aufklärung der bei uns lebenden Ausländer** legten die Eidgenössische Kommission für Ausländerfragen (EKA) und das BAG gemeinsam eine neue AIDS-Informationsbroschüre in 14 Sprachen auf, um möglichst vielen fremdsprachigen Bevölkerungsgruppen die grundlegenden Kenntnisse **zur AIDS-Prävention** in ihrer Muttersprache näherzubringen. Zudem lancierte das BAG zusammen mit der AIDS-Hilfe Schweiz (AHS) drei auf die jeweiligen kulturellen und religiösen Bedürfnisse abgestimmte Kampagnen zur gezielten Information der türkischen, spanischen und portugiesischen Bevölkerungsgruppen in unserem Land.²⁸

STUDIEN / STATISTIKEN

DATUM: 23.06.1992
MARIANNE BENTELI

Die Weltgesundheitsorganisation WHO bezeichnete die **Schweizer AIDS-Prävention als sehr erfolgreich**. Dank intensiver Aufklärung habe sich der Gebrauch von Kondomen stark erhöht, bei den Jugendlichen beispielsweise von 17 auf 73 Prozent. Zudem sei es gelungen, nicht nur die Risikogruppen, sondern auch die breite Bevölkerung anzusprechen. Besonderes Lob erhielt dabei die Stop-Aids-Informationskampagne des BAG und der «Aids Hilfe Schweiz» (AHS). Als weltweit einmalig bezeichneten die Fachleute die fortgesetzte Evaluation aller präventiven Massnahmen, deren Auswertung und Einbezug in neue Kampagnen. Anlass zur Kritik gaben hingegen die föderalistischen Strukturen, welche die Umsetzung der Prävention insbesondere im Bereich der Drogenpolitik teilweise behinderten.²⁹

ANDERES

DATUM: 27.03.1993
MARIANNE BENTELI

Noch bevor konkrete Zahlen aus dem «Look-back» vorlagen, stellte das **SRK** den neu gegründeten **AIDS-Solidaritätsfonds** vor, der mit einem Aufpreis von knapp 5 Prozent auf Blutkonserven finanziert wird. Laut dem Fonds-Reglement erhält Beiträge, wer erwiesenermassen mit dem AIDS-Virus infizierte Blut- oder Plasmapräparate des SRK-Blutspendedienstes erhalten hat, indirekt durch einen Empfänger eines infizierten Präparates angesteckt wurde oder gegenüber einer direkt oder indirekt angesteckten Person unterhaltspflichtig ist. Die SRK-Beiträge sollen den Betroffenen in Ergänzung zu Versicherungs- und Fürsorgeleistungen die Weiterführung eines menschenwürdigen Lebens ermöglichen. Die SRK-Entschädigungen werden ohne Rechtspflicht im Sinne einer sozialen Massnahme erbracht.³⁰

STUDIEN / STATISTIKEN

DATUM: 30.04.1993
MARIANNE BENTELI

Erste Resultate der Ende des Vorjahres vom SRK angekündigten **«Look-back»-Studie** zur Ermittlung jener Personen, die vor 1985 durch eine verseuchte Blutkonserve mit dem HI-Virus kontaminiert wurden, zeigten, dass von den zwei Millionen Bluttransfusionseinheiten, die den Schweizer Spitälern zwischen 1982 und 1985 ausgeliefert wurden, 303 eventuell HIV-verseucht waren, wobei vorerst unklar blieb, wie viele von ihnen an Patienten abgegeben wurden. Zudem hatte das SRK im gleichen Zeitraum über 80 möglicherweise HIV-infizierte Blutkonserven nach New York, Griechenland und Saudiarabien exportiert. Im Spätsommer 1993 gestand das SRK erstmals ein, noch während zehn Monaten nach der Einführung eines zuverlässigen AIDS-Tests unkontrollierte Blutpräparate abgegeben zu haben. Das SRK schloss nicht aus, dass von den zwischen Juli 1985 und April 1986 ausgelieferten 5800 Fläschchen mit Gerinnungspräparaten unter Umständen rund tausend mit dem HI-Virus kontaminiert gewesen seien. Es begründete sein damaliges Vorgehen mit einem drohenden Versorgungsengpass bei den für Hämophile lebenswichtigen Produkten.³¹

BERICHT
DATUM: 24.02.1994
MARIANNE BENTELI

Die noch von Bundesrat Cotti als Vorsteher des EDI eingesetzte Arbeitsgruppe «Blut und AIDS» legte anfangs 1994 ihren **Bericht** vor. Sie attestierte den involvierten Bundesämtern zwar, bei den nach 1984 erfolgten **HIV-Infektionen durch verseuchte Blutpräparate** keine groben Pflichtverletzungen, Unterlassungen oder fachlichen Fehler begangen zu haben, stellte aber dennoch gewisse Mängel fest. Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) musste sich hingegen eine scharfe Rüge gefallen lassen. Der Bericht führte aus, dass das Verhalten des Zentrallaboratoriums, welches noch nach 1985 möglicherweise verseuchte Blutpräparate weiter vertrieb, gegen die medizinisch-ethischen Regeln verstossen habe und zudem rechtswidrig gewesen sei. Aufgrund ihrer Feststellungen kam die Arbeitsgruppe zum Schluss, das Bluttransfusionswesen müsse neu organisiert werden. Die extreme Verzettelung der Kompetenzen zwischen BAG, BSV, IKS und SRK führe zu Unsicherheiten, Überschneidungen und vor allem zu Verzögerungen. Das Bluttransfusionswesen sei deshalb einer einzigen Instanz unterzuordnen, die Kontrollbehörde wäre und auch Entscheidungen in Grundsatzfragen zu treffen hätte.

Die festgestellten Mängel betreffen aber nicht nur die Blutprodukte, sondern die Heilmittel im allgemeinen, bei deren Kontrolle die gleiche Aufsplitterung der Verantwortlichkeiten herrscht wie im Blutspendewesen. Die Arbeitsgruppe verlangte deshalb, dass auch die Heilmittel einer einzigen Behörde unterstellt werden, was eine Abschaffung des Interkantonalen Konkordates und der IKS bedeuten würde.

Als Folge der schweren Vorwürfe reorganisierte das SRK seinen Blutspendedienst. Ab 1996 sollen die Blutspenden nur noch in wenigen Zentren getestet und weiterverarbeitet werden.³²

Medizinische Forschung

L'**initiative populaire «Contre l'application abusive des techniques de reproduction et de manipulation génétique à l'espèce humaine»**, lancée en 1985 par le journal "Der Schweizer Beobachter", **a abouti**. Face à l'absence d'un cadre légal fédéral régissant les techniques de fécondation artificielle et les abus qui peuvent en découler, les initiants souhaitent que soit inscrit un nouvel article constitutionnel donnant mandat à la Confédération d'édicter des prescriptions sur les manipulations du patrimoine génétique humain et de veiller à assurer le respect de la dignité humaine et de la protection de la famille. Elle exige notamment l'interdiction de la commercialisation de la reproduction par les mères porteuses et au moyen des banques de spermes et la définition des limites légales des expériences sur les embryons. Quant aux adversaires de ladite initiative, ils la jugent superflue, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) ayant déjà formulé des directives médico-éthiques pour le traitement de la stérilité par fécondation in vitro et le transfert d'embryons.³³

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 29.06.1987
STÉPHANE HOFMANN

Mit rund 120'000 Unterschriften kam die von einem überparteilichen Komitee lancierte Initiative «zum Schutz des Menschen vor Manipulationen in der Fortpflanzungstechnologie» (**Initiative für menschenwürdige Fortpflanzung FMF**) zustande. Das Volksbegehren will die künstliche Zeugung ausserhalb des weiblichen Körpers verbieten und die Verwendung von Keimzellen Dritter für unzulässig erklären. Die Unterschriften kamen vor allem dank den Anstrengungen der Vereinigungen «Helfen statt töten», «Rede miteneinander» und «Ja zum Leben» zustande.³⁴

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 30.11.1994
MARIANNE BENTELI

Suchtmittel

Deux initiatives populaires conjointes, «Pour la prévention des problèmes liés au tabac» et «Pour la prévention des problèmes liés à l'alcool», demandant que la **publicité en faveur** de ces deux biens de consommation **soit proscrite**, ont été lancées par toute une série d'organisations sensibilisées à ces problèmes. Le texte de la première initiative citée précise en outre qu'un pourcent au moins du produit de l'imposition du tabac devra être utilisé, avec le concours des cantons, à la prévention des maladies nées de son abus. Toutefois, la législation fédérale pourra autoriser des exceptions limitées dans des cas particuliers, notamment s'il s'agit de la publicité dans les journaux étrangers vendus en Suisse.³⁵

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 12.04.1988
STÉPHANE HOFMANN

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 20.10.1992
MARIANNE BENTELI

Der Verein «Schweizer Hanf-Freunde und -Freundinnen» lancierte im Herbst eine **Volksinitiative «Schweizer Hanf»**, welche sich für einen freien Anbau, Vertrieb und Verbrauch von einheimischem Haschisch einsetzt sowie die Aufhebung aller Hanfverbote und Hanfurteile rückwirkend bis 1951 verlangt. Ohne den Tatbestand des Handels mit Cannabis als solchen zu würdigen, lehnten beide Kammern aus rechtspolitischen Gründen eine Petition desselben Vereins für eine Amnestie für Haschischhändler ab. Der Verein hatte sich auf ein im Vorjahr gefälltes Urteil des Bundesgerichtes berufen, wonach Cannabis nicht zu einer Gefährdung der Gesundheit vieler Menschen führen könne.³⁶

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 27.06.1989
MARIANNE BENTELI

Ziemlich überraschend schickte das BSV im Juni das bereits bewilligte Gesundheitskassenmodell **HMO** (Health Maintenance Organization) und das bedeutend umstrittenere, von der Krankenkasse Grütli vorgeschlagene **Bonussystem** in eine breite Vernehmlassung. Während die probeweise Einrichtung von HMO-Praxen in den Kantonen und bei den Parteien allgemein auf ein eher positives Echo stiess, lehnten viele Kantone, die SVP, die SP, die Gewerkschaften und die Invalidenverbände das Bonussystem zum Teil vehement ab, da es zu einer krassen Entsolidarisierung im Kassenwesen führe. FDP und CVP konnten sich mit einem befristeten Versuch unter gewissen Bedingungen einverstanden erklären, forderten aber dessen wissenschaftliche Begleitung. Die meisten Krankenkassen – mit Ausnahme der Helvetia, die sich dem Grütli-Modell angeschlossen hat – zeigten wenig Begeisterung, erklärten aber, bei Einführung des Versuchs aus Konkurrenzgründen ebenfalls Bonus-Versicherungen anbieten zu wollen. Ende Dezember beschloss der Bundesrat, die beiden Modelle versuchsweise bis Ende 1995 zuzulassen. Am 01.01.1990 wurde in Zürich die erste HMO-Praxis eröffnet, weitere Praxen sind in Basel, Bern und Lausanne geplant. Das Bonus-System soll ab dem 01.07.1990 erlaubt werden.³⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 28.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

Noch bevor die Räte den gemäss SGK-NR weniger umstrittenen Teil des ersten Massnahmenpakets zu Ende beraten hatten, behandelte der Nationalrat in der Sondersession im Oktober 2020 die übrigen Artikel des ersten Kostendämpfungspakets unter dem Namen **Paket 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Dazu gehörten die Massnahmen zur Steuerung der Kosten, das Beschwerderecht der Versicherer gegen Spitalplanungsentscheide sowie das Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel. Mit 17 zu 0 Stimmen bei 8 Enthaltungen hatte die SGK-NR ihren Entwurf, der gegenüber dem bundesrätlichen Vorschlag einige gewichtige Änderungen enthielt, zuvor angenommen. Eintreten war unbestritten.

Als ersten Hauptpunkt diskutierte der Nationalrat die Frage der Kostensteuerung, wobei Ruth Humbel (cvp, AG) und Philippe Nantermod (fdp, VS) die Kommissionsposition ausführlich darlegten: Eine knappe Kommissionsmehrheit unterstützte die Kostensteuerung generell. Diese lege fest, dass Tarifverträge entsprechend der Forderung der angenommenen Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.3305) Massnahmen zur Kostenkorrektur im Falle eines unvorhergesehenen Anstiegs der Gesundheitskosten enthalten müssen. Anstatt entsprechende Regeln vorzuschreiben, wie der Bundesrat beabsichtigt hatte, setzte die Kommission jedoch auf degressive Tarife: Bei häufigerer Anwendung sollten die Tarife entsprechend sinken. Stattdessen folgte der Rat jedoch äusserst knapp mit 91 zu 90 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) einer Minderheit II Hess (bdp, BE), die vorschlug, die Kostensteuerungsmassnahmen aus dieser Vorlage zu streichen, zumal sie ein «Bestandteil des Zielkostensystems» seien, welches erst im zweiten Kostendämpfungspaket behandelt werden wird. Entsprechend solle diese Massnahme ins zweite Paket verschoben werden.

Der zweite Hauptpunkt der Vorlage stellte das Beschwerderecht der Krankenversicherungen und ihrer Verbände gegenüber Entscheidungen der Kantonsregierungen bezüglich der Spitallisten sowie bezüglich Preisfestsetzungen für Arzneimittel, wie die Kommissionsmehrheit den bundesrätlichen Vorschlag ergänzt hatte, dar. Eine Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) wehrte sich dagegen, dass «private Interessen eine Steuerung durch die politische Seite, durch die Kantone, aufheben» können sollen. Stattdessen soll die Kompetenz sowie die Entscheidshoheit in den entsprechenden Fragen bei den Kantonen und damit bei der Politik verbleiben. Nur die

Politik und das Volk hätten das Wohl der ganzen Bevölkerung im Blick, während die Versicherungen ihre Partikularinteressen verfolgten, argumentierte sie. Konsequenterweise müsse man sonst auch ein Beschwerderecht unter anderem für Patienten- und Patientinnenorganisationen oder für die Sozialpartner einrichten. Zudem könne die entsprechende Regelung zu einer Blockade und zu Rechtsunsicherheit führen. Dem widersprach unter anderem Thomas de Courten (svp, BL), der die Versicherungen im Gesundheitswesen als «Anwälte der Patientinnen und Patienten» bezeichnete und die Massnahme für nötig erachtete, damit ein Gleichgewicht in der Verhandlungsmacht sichergestellt und die alleinige Macht der Kantone gebrochen werden könne. Die Minderheit setzte sich mit 104 zu 75 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) respektive 94 zu 87 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) durch, der Nationalrat sprach sich somit gegen das Beschwerderecht der Krankenversicherungen aus. Die Stimmen für die Kommissionsmehrheit stammten von Mehrheiten der SVP-, FDP.Liberale- und Mitte-Fraktion.

Den dritten zentralen Aspekt stellte die Frage des Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel dar, das der Bundesrat einführen wollte. Mit einem Referenzpreissystem für Generika dürfte die OKP zukünftig nur noch denjenigen Preis für ein Arzneimittel vergüten, der in diesem Referenzpreissystem festgelegt worden war – ausser es ist das einzige für die Patientin oder den Patienten mögliche Arzneimittel, dann wird es unabhängig vom Preis vergütet. Die Kommissionsmehrheit lehnte nun die Schaffung eines solchen Systems ab. Hier gehe es um Fragen der Versorgungssicherheit und der Patientensicherheit (wie in diesem Bericht ausgeführt wird), erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Bei wechselnden Referenzpreisen bestehe die Gefahr, dass es zu nicht medizinisch begründeten Medikamentenwechseln komme, was zu abnehmender Therapietreue und sinkender Patientensicherheit und dadurch zu Folgekosten führen könne. Zudem könnten Firmen aufgrund des Preisdrucks darauf verzichten, ihre Produkte in der Schweiz anzubieten, wodurch die Abhängigkeit von den übrigen Lieferanten steige. Wie problematisch eine solche Abhängigkeit sei, habe sich im Rahmen der Corona-Krise gezeigt. Die Kommission wolle deshalb auf das Referenzpreissystem verzichten und stattdessen, beruhend auf einem Vorschlag von Curafutura, Pharmasuisse, Ärzte mit Patientenapotheke und Intergenerika die Generikapenetration erhöhen. Der Marktpreis solle daher jährlich statt alle drei Jahre überprüft und die Generikapreise gegenüber den Originalen um weitere fünf Prozent gesenkt werden. Zudem soll eine preisunabhängige Vertriebsmarge geschaffen werden, damit Ärztinnen, Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker nicht wie bisher mehr Geld verdienen, wenn sie teurere Medikamente verkaufen. Entsprechend habe man auch einstimmig die Motion 20.3936 eingereicht.

Eine Minderheit I Hess unterstützte hingegen das Referenzpreissystem des Bundesrates. Minderheitensprecher Hess argumentierte, seine Minderheit habe das bundesrätliche System etwas vereinfacht und abgeschwächt. So solle das Referenzpreissystem nur gelten, wenn mehr als zwei wirkstoffgleiche Medikamente auf dem Markt sind und ein Arzneimittel vom Bundesrat nicht als unverzichtbar festgelegt worden war. Mit einem eigenen Preis, also unabhängig vom Generika-Preis, sollten überdies Biosimilars, das sind Nachahmerpräparate, deren Wirkstoffe nicht mit denjenigen der Originale identisch sind, ins Preissystem aufgenommen werden, da diese gemäss dem revidierten Heilmittelgesetz nicht mit Generika gleichgesetzt werden können. Mit diesem Modell, das er als Referenzpreissystem «light» bezeichnete, könne das grösstmögliche Sparvolumen erreicht werden, argumentierte der Minderheitensprecher.

Eine Minderheit II Porchet (gp, VD) wollte überdies das Substitutionsrecht für Apothekerinnen und Apotheker stärken. Diese sollten zukünftig bei neuen Behandlungen eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgeben müssen, sofern dies aus medizinischer und pharmazeutischer Sicht möglich ist.

Mit 114 zu 65 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) lehnte der Nationalrat die Einführung des Referenzpreissystems light ab. Interessant ist dabei, dass sich die Positionen der SP und der Grünen in dieser Frage deutlich unterschieden, was in Gesundheitsfragen nur selten der Fall ist: Während die SP die Einführung eines Referenzpreissystems zusammen mit der Mehrheit der Mitte-Fraktion unterstützte, sprachen sich die Grünen mit der GLP-Fraktion, der Mehrheit der SVP-, der FDP.Liberale- und der Minderheit der Mitte-Fraktion dagegen aus. Abgelehnt wurden auch die Anträge auf eine Sonderbehandlung der Biosimilars (103 zu 75 Stimmen bei 7 Enthaltungen) sowie der Antrag der Minderheit II Porchet (108 zu 77 Stimmen). In letzterer Frage standen SP und Grüne zusammen mit den Grünliberalen wieder gemeinsam auf der Seite der Minderheit.

Im Rahmen dieser drei Hauptthemen behandelte der Nationalrat auch weitere

Detailfragen, so zum Beispiel die Frage der verhandelten Rabatte. Als «Tabubruch» und als «absolutes No-Go» bezeichnete Barbara Gysi (sp, SG) den Vorschlag der SGK-NR, wonach maximal 25 Prozent der Einsparungen durch zwischen Tarifpartnern und Leistungserbringenden ausgehandelten tieferen Preisen und Tarifen den Versicherungen zur freien Verfügung stehen sollten, dass sie gemäss Gysi also «in die Taschen der Versicherer fließen» sollten. Bisher mussten die entsprechenden Einsparungen vollumfänglich den Versicherten zugute kommen. «Braucht es denn wirklich dieses sogenannte Incentive [...], damit die Krankenversicherer ihre Arbeit tun, nämlich günstige Preise aushandeln?», fragte Gysi rhetorisch. Entsprechend beantragte ihre Minderheit die Streichung des Artikels, zumal dieser gemäss Flavia Wasserfallen (sp, BE) auch ohne seriöse Abklärungen in die Kommission gelangt sei. Kommissionsprecherin Humbel führte aus, dass der Ständerat bei Annahme dieser Regelung noch prüfen müsse, ob dieser Artikel dem grundsätzlichen Gewinnverbot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Forderung in Art. 56 Abs. 3bis KVG, wonach alle nicht der Qualitätsverbesserung dienenden Vergünstigungen an die Versicherten weitergegeben müssen, widerspricht und was unter dem Ausdruck «zur freien Verfügung» genau verstanden werden soll. Thomas de Courten befürwortete schliesslich den Mehrheitsantrag; es sei der «Sinn dieser ganzen Debatte, dass wir die Kosten dämpfen und die Anreize entsprechend setzen». Mit 117 zu 67 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Kommissionsvorschlag aus. Ausführlich legte schliesslich Thomas de Courten seinen Minderheitsantrag zu den Parallelimporten dar. Er wehrte sich darin gegen den Vorschlag der Kommissionmehrheit, patentabgelaufene Medikamente ohne Zulassungspflicht durch Swissmedic auf den Schweizer Markt zu bringen. Parallelimporte seien bereits heute erlaubt, dabei müssten aber dieselben Bedingungen eingehalten werden, die für alle anderen Medikamente auch gelten. Mit dem Vorschlag der Kommission könnten Zulassungsentscheide irgendwelcher anderen Länder zukünftig auch für die Schweiz gelten, ohne dass zum Beispiel die Good Manufacturing Practice der Schweiz im Herstellungsprozess beachtet werden müsste. Eine zusätzliche Prüfung durch Swissmedic sei nicht nötig, da man davon ausgehe, dass die ausländischen Zulassungsbehörden dieselben Qualitätsanforderungen stellten wie Swissmedic, begründete Kommissionsprecherin Humbel den Minderheitsantrag. Mit 128 zu 53 Stimmen folgte der Rat diesbezüglich jedoch der Mehrheit. Gehör fand das Anliegen von de Courten nur bei der Mehrheit der SVP-Fraktion und je einem Mitglied der FDP.Liberalen- und der Mitte-Fraktion.

In der Gesamtabstimmung nahm der Nationalrat seinen Entwurf schliesslich mit 130 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Die Gegenstimmen stammten von der SP-Fraktion sowie von der Mehrheit der Grünen-Fraktion.³⁸

-
- 1) Finanzielle Hilfe für Asbestopfer – SRF.ch vom 01.04.2017; NZZ, 1.4.17
 - 2) LZ, SGT, 15.3.17; AZ, 16.3.17; TA, 8.5.17; SoZ, 14.5.17; TG, 15.5.17; BaZ, 27.5.17; SGT, 6.6.17; Blick, 16.6.17; SGT, 17.6.17; LZ, 23.6.17; LT, 30.6.17; So-Blii, 16.7.17; LZ, 6.9.17; NZZ, 12.9.17; CdT, Lib, TG, 4.10.17; WW, 26.10.17; So-Blii, 10.12.17
 - 3) JdG et NZZ, 26.2.88, Ww, 23.6.88.
 - 4) AB NR, 1989, S. 2131 f.; AB NR, 1989, S. 600 f.; AS, 1989, S. 1236 f.; Die Volkswirtschaft, 63/1990, Nr. 3, S. 10 ff. und 16 ff.; Fetz / Freivogel / Grossenbacher (1988). Strukturwandel der Gesellschaft und Veränderung der Frauenrolle.; Gesch.ber. 1989, S. 130 f.; Statistik über die Krankenversicherung: Einnahmen, Ausgaben und Krankenpflegekosten 1966-1987, 1988.; TW, 12.8.89; Bund, 26.8.89.; Traktandum Magazin, 1989, Nr. 2, S. 49 ff.; ZAK, 1989, S. 296 f.
 - 5) BAG (1988). Nationale Berichterstattung der Schweiz zur Evaluation der Strategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000".; IGIP (1989). La santé des Suisses en l'an 2000: vers une réorientation des politiques sanitaires cantonales.; SZ, 28.2.89; SKI Pressedienst, 12.5.89; BZ, 20.5.89.
 - 6) LNN und NZZ, 23.4.90. Baz, 26.4.90; Bund, 31.7.90. JdG und NZZ, 10.9.90. SGT, 16.8.90. Amtl. Bull. StR, 1990, S. 861 f.
 - 7) Verhandl. B.vers., 1991, VI, S. 79; SGT, 16.8.91.
 - 8) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 567 f.; Suisse, 29.1.93; NZZ, 9.10.93., NZZ, 27.7.93; LNN, 22.12.93
 - 9) BZ, 17.3.95; Presse vom 5.4. und 11.9.95., Presse vom 19.1.96
 - 10) Presse vom 15.2., 16.2., 12.3. und 27.4.96., Amtl. Bull. NR, 1996, S. 186 f., Amtl. Bull. StR, 1996, S. 389 f., Amtl. Bull. NR, 1996, S. 1200 f.
 - 11) NZZ, 9.12.96.
 - 12) Presse vom 2.4.97; WoZ, 18.12.97; NZZ, 20.12.97; JdG, 27.12.97; TA, 30.12.97; Bund, 31.12.97
 - 13) CHSS, 1999, S. 227.
 - 14) AB NR, 2014, S. 541.
 - 15) Lit. Longchamp et al.; Medienmitteilung H+ vom 20.05.14; lit. Bürgisser et al.; NZZ, 25.2.14; NZZ, 20.3.14; So-Blii, 23.3.14; AZ, NZZ, 2.4.14; AZ, 3.4.14; NZZ, 9.4.14; BZ, 24.4.14; NZZ, 8.5., 17.5.14; AZ, NZZ, 19.5.14
 - 16) Medienmitteilung BAG vom 27.5.14.
 - 17) AB NR, 2015, S. 569
 - 18) Medienmitteilung BAG vom 13.05.2015; Vernehmlassungsbericht BAG vom 13.05.2015; 24H, NZZ, 15.5.15
 - 19) AB SR, 2016, S. 35 ff.; BZ, NZZ, 2.3.16
 - 20) AB NR, 2017, S. 930 ff.
 - 21) AB SR, 2017, S. 806 f.
 - 22) Strategie eHealth 2.0 – 2018–2022
 - 23) BBI, 2020, S. 9547 ff.; Ergebnisbericht Vernehmlassung; TA, 16.12.19; AZ, 24.12.19
 - 24) Medienmitteilung WBK-NR vom 22.1.21
 - 25) BZ, 6.3. und 7.6.89.; Bund, 6.6.89; NZZ, 9.6.89; TAM 46, 17.11.89.; Kocher (1989). Generika statt teure Originalmedikamente: Kosten sparen mit Nachahmepreparaten?

- 26) AB NR, 2014, S. 1829.
- 27) Amtl. Bull. NR, 1990, S. 1272 f.; Presse vom 29.1.90; LNN, 2.2.90; Suisse, 16.2.90; Presse vom 20.3.90.; Amtl. Bull. NR, 1990, S. 316; JdG, 21.1. und 21.4.90; NZZ und Suisse, 3.3.90; SoZ, 17.6.90. Rücktritt Roos: BZ und TA, 9.7.90.BAG: Roos durch Thomas Björn Zeltner ersetzt (BZ, 28.6.90).
- 28) NZZ, 5.4. und 30.10.91.
- 29) Bund, 23.6.92; Presse vom 18.11.92. Presse vom 26.5.92; TA, 27.5. und 4.7.92; WoZ, 5.6.92; Ww, 18.6.92; NQ, 23.7.92. BzZ, 27.5.92
- 30) NZZ, 27.3.93.
- 31) BZ, 29.1.92; Presse vom 30.4., 15.5., 5.6. und 9.8.93; Ww, 20.5.93; NQ, 26.8.93; NZZ, 23.9.93.
- 32) Presse vom 24.2.94., Presse vom 12.2.94., Gesch.ber., 1994, II, S. 52.
- 33) FF, 1987, II, p. 1233 ss.
- 34) BBl, 1994, V, S. 896 f.; Presse vom 19.1.94.
- 35) FF, 1988, I, p. 1546 ss.; Presse du 12.4. et 20.4.88.
- 36) BBl, 1992, VI, S. 207; Amtl. Bull. StR, 1992, S. 298 ff.; Amtl. Bull. NR, 1992, S. 1189 f. Presse vom 20.10.92; BZ, 26.10.92.
- 37) BZ, 27.6.89. Bund, 23.2.89.; Presse vom 21.12.89. Bund, 4.1.90.; TA, 20.10.89; Bund, 11.11.89
- 38) AB NR, 2020, S. 1994 ff.; AB NR, 2020, S. 1998 ff.