

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	20.04.2024
Thema	Gesundheit, Sozialhilfe, Sport
Schlagworte	Keine Einschränkung
Akteure	Humbel, Ruth (cvp/pdc, AG) NR/CN
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1989 - 01.01.2019

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Benteli, Marianne
Heidelberger, Anja
Meyer, Luzius
Rohrer, Linda
Schneuwly, Joëlle
Schnyder, Sébastien
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Heidelberger, Anja; Meyer, Luzius; Rohrer, Linda; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Gesundheit, Sozialhilfe, Sport, 2004 - 2018*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 20.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Gesundheitspolitik	1
Ärzte und Pflegepersonal	7
Medikamente	9
Suchtmittel	15
Sport	16

Abkürzungsverzeichnis

UNO	Organisation der Vereinten Nationen
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
BV	Bundesverfassung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

ONU	Organisation des Nations unies
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFSP	Office fédéral de la santé publique
DFI	Département fédéral de l'intérieur
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
Cst	Constitution fédérale
AOS	Assurance obligatoire des soins
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
ASI	Association suisse des infirmiers et infirmières

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

POSTULAT
DATUM: 17.06.2005
MARIANNE BENTELI

Mit dem Inkrafttreten des neuen KVG 1996 wurde die Stiftung „**Gesundheitsförderung Schweiz**“ ins Leben gerufen. Deren Aktivitäten werden seither durch einen Zwangszuschlag auf den Krankenkassenprämien finanziert (jährlich rund 17,4 Mio Fr.). Die Tätigkeit der Stiftung war in den letzten Jahren immer wieder in die Kritik geraten, insbesondere auch von Seiten des Parlaments. Bundesrat Couchepin hatte deshalb eine externe Untersuchung in Auftrag gegeben die nun zum Schluss kam, die Arbeit der Stiftung sei nach wie vor in fast allen Bereichen unzureichend. Sie verzettelte sich in zu vielen kleinen Projekten, die ebenso gut von Kantonen oder Gemeinden unterstützt werden könnten. Der Nationalrat nahm dazu ein Postulat Humbel (cvp, AG) an, welches eine vermehrte Transparenz und Koordination bei Prävention und Gesundheitsförderung anregt; die SGK-NR reichte ebenfalls ein entsprechendes Postulat (Po. 05.3474) ein.¹

POSTULAT
DATUM: 22.06.2007
MARIANNE BENTELI

Mit einem Postulat wollte Nationalrätin Humbel Näf (cvp, AG) den Bundesrat auffordern, in einem Bericht aufzuzeigen, welche Auswirkungen der freie Dienstleistungsverkehr im Gesundheitsbereich innerhalb der EU auf die Schweiz und unser Gesundheitssystem hat. Dabei soll insbesondere auch dargelegt werden, welche Massnahmen Bund, Kantone und Leistungserbringer zu ergreifen haben, damit die schweizerischen Gesundheitsdienstleistungen im **EU-Binnenmarkt** wettbewerbsfähig und auch EU-Bürgern zugänglich gemacht werden. Der Bundesrat war mit dem Anliegen des Postulates grundsätzlich einverstanden. Es wurde jedoch von Rossini (sp, VS) bekämpft und damit vorerst der Diskussion entzogen.²

MOTION
DATUM: 28.06.2007
MARIANNE BENTELI

Mit zu den Vorkehrungen, um die Gesundheitsausgaben zu optimieren, gehört nach Meinung des Parlaments auch der Ausbau von E-Health, beispielsweise bei der **Vernetzung von patientenrelevanten Daten** zur Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen oder bei der Warnung der Bevölkerung vor einem (allenfalls nicht unbedingt notwendigen) Arztbesuch. 2006 hatte der Nationalrat im Einverständnis mit dem Bundesrat eine diesbezügliche Motion Noser (fdp, ZH) angenommen, die nun diskussionslos auch vom Ständerat überwiesen wurde. Im Juni verabschiedete der Bundesrat seine E-Health-Strategie. Diese soll dazu beitragen, den Zugang zu einem bezüglich Qualität, Effizienz und Sicherheit hoch stehenden und kostengünstigen Gesundheitswesen zu gewährleisten. Erleichtert werden soll dies mittelfristig auch durch den Ausbau der vom Parlament bereits beschlossenen „Versichertenkarte“, die allerdings infolge von datenschützerischen Bedenken vorerhand als rein administrative Karte konzipiert wurde; weitergehende Daten dürfen nur mit Einwilligung der Patienten darauf gespeichert werden. Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme zu einer noch nicht behandelten Motion Humbel Näf (cvp, AG) darlegte, hatte sich das Parlament bewusst dafür entschieden, die Informationen direkt auf der Karte zu speichern, wozu die Regierung im Februar eine Verordnung erliess, die 2009 wirksam wird. Der Gebrauch der Karte als Zugangscode für eine generelle Vernetzung der Daten sei deshalb aus gesetzlicher Sicht im Augenblick nicht möglich.

Im September unterzeichneten das EDI und die GDK eine Rahmenvereinbarung zum Aufbau von E-Health. Die Versichertenkarte tritt auf Anfang 2009 obligatorisch in Kraft³

POSTULAT
DATUM: 19.03.2009
LINDA ROHRER

Der Nationalrat nahm ein Postulat Humbel Näf (cvp, AG) an, welches den Bundesrat aufforderte, in Zusammenarbeit mit der Nahrungsmittelindustrie eine klare **Deklarationspflicht** für übermässig kalorienreiche Nahrungsmittel, eine strengere Auslegung der Werbeeinschränkungen und ein „Ampelsystem“ (Unter „Ampelsystem“ wird eine Kennzeichnung mit den Farben rot, gelb und grün, je nach der Harmlosigkeit eines Artikels, verstanden), wie es die englischen Gesundheitsbehörden vorsehen, zu prüfen. Das Postulat wurde im Nationalrat von der SVP-Fraktion bekämpft und

dementsprechend knapp mit 82 zu 73 Stimmen angenommen. ⁴

POSTULAT

DATUM: 18.06.2010
LUZIUS MEYER

Der Nationalrat nahm ein Postulat Humbel (cvp, AG) an, welches vom Bundesrat einen Bericht über die **Umsetzung der E-Health-Strategien** fordert. Dabei sollen die Handlungsfelder, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Aufgaben der einzelnen Akteure sowie ein verbindlicher Zeitplan für die Implementierung der einzelnen Teilprojekte aufgezeigt werden. Der Bundesrat teilte die Auffassungen der Postulantin, dass mit dem Einsatz des elektronischen Patientendossiers eine Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung erreicht werden könne und empfahl daher die Annahme des Postulates. ⁵

POSTULAT

DATUM: 17.12.2010
LUZIUS MEYER

Der Nationalrat nahm ein Postulat Humbel (cvp, AG) an, welches die Einführung einer gesamtschweizerischen Kosten-Nutzen Bewertung von medizinischen Leistungen fordert und den Bundesrat auffordert, über die **Health Technology Assessment Strategie** des Bundes Bericht zu erstatten. Der Bundesrat hatte das Postulat zur Annahme empfohlen, da im Rahmen der bereits vorgesehenen Arbeiten auch die Anliegen des Postulates aufgenommen werden könnten. ⁶

POSTULAT

DATUM: 18.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a adopté un postulat Humbel (pdc, AG) qui demande une stratégie nationale concernant les **maladies rares** avec les organisations concernées, les spécialistes et les cantons afin de garantir que les personnes touchées puissent bénéficier d'un suivi médical de qualité dans tout le pays. La postulante estime que cette stratégie doit reposer sur la détection précoce de la maladie, le traitement adéquat, l'accès rapide aux médicaments et à une thérapie efficace, la bonne coordination entre les spécialistes, la diffusion de l'information et du savoir, ainsi que la collaboration des autorités compétentes à l'échelle nationale et internationale. ⁷

BUNDESRAATSGESCHÄFT

DATUM: 18.03.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das **Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier** fand im Nationalrat grundsätzlichen Anklang, sämtliche Fraktionen wollten auf den Entwurf eintreten. Die SGK empfand den Gesetzesentwurf jedoch als zu wenig griffig, respektive verpflichtend. Ihr Sprecher Frehner (svp, BS) legte dar, dass das elektronische Patientendossier nur dann eine Wirkung entfalte, wenn alle „Player“ im Gesundheitswesen mitmachen. Deswegen wurde von der Kommission vorgeschlagen, alle Leistungserbringer zur Verwendung elektronischer Dossiers zu verpflichten und es nicht bei einer freiwilligen Anwendung zu belassen. Ausgenommen blieben jedoch die Patientinnen und Patienten, für sie bliebe die Freiwilligkeit aufrechterhalten.

In der Detailberatung gab es erste Anpassungsvorschläge bezüglich der Kompetenz zur Bearbeitung der elektronischen Dossiers. Während die Kommissionsmehrheit eine Ausweitung der Bearbeitungsberechtigten vorgesehen hatte – es sollen auch Personen auf die Dossiers zugreifen können, die für öffentlich-rechtliche Einrichtungen tätig sind oder öffentlich-rechtliche Aufgaben ausüben –, stellte sich eine Minderheit Cassis (fdp, TI) dagegen. Sie befürchtete, damit in den Kompetenzbereich der Kantone einzugreifen. Der Gegenantrag wurde jedoch abgelehnt. Ein zweiter Gegenantrag Gilli (gp, SG) wollte einen vom Ständerat gestrichenen Passus wieder im Gesetz verankert wissen: Ein Widerruf des Einverständnisses von Patienten, ein Dossier zu führen, solle ihm oder ihr keine Nachteile schaffen. So wollte es ursprünglich auch der Bundesrat. Gilli argumentierte mit der hohen Sensibilität medizinischer Daten. Es dürfe nicht sein, dass Patientinnen schlechter behandelt würden, wenn sie sich entschieden, dass für sie kein elektronisches Dossier mehr geführt werden solle. Auch dieser Antrag blieb erfolglos. Für die Kommission berichtigte Frehner, dass keineswegs eine Zweiklassenmedizin angestrebt werde und es noch weniger das Ziel sei, dass Personen ohne elektronisches Dossier absichtlich eine schlechtere medizinische Versorgung erhielten. Es liege aber quasi in der Natur der Sache, dass wenn ein Arzt beispielsweise nicht die gesamte Krankengeschichte kenne, dieser möglicherweise eine nicht optimale Therapie veranlasse. Gillis Antrag enthalte überdies eine gefährliche Formulierung, ergänzte Cassis, aus der vielleicht sogar eine Haftbarkeit abgeleitet werden könnte.

Kernpunkt der Debatte war dann die sogenannte „doppelte Freiwilligkeit“, also dass sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch die Behandelten auf die Anwendung elektronischer Patientendossiers verzichten können. Die Kommissionsmehrheit wollte für die

Leistungserbringer ein Obligatorium einführen und damit entgegen dem bundesrätlichen Vorschlag, der auch vom Ständerat gestützt wurde, die elektronischen Dossiers flächendeckend einführen. Den Patientinnen und Patienten bliebe jedoch frei, ob für sie persönlich ein Dossier angelegt würde. Eine Minderheit Pezzatti (fdp, ZG) wollte das nicht mittragen. Zwar seien die Antragsstellenden auch für eine rasche Einführung der Dossiers, jedoch sei eine Verpflichtung der Leistungserbringer der falsche Weg, es regten sich Widerstände dagegen. Der Kommissionsantrag ging in dieser Sache also weiter, als Regierung und Ständerat vorgesehen hatten. Für die CVP-Fraktion – sie stand mit dieser Meinung nicht alleine da –, war ein Obligatorium zumutbar. Mit der doppelten Freiwilligkeit werde die gewünschte Wirkung kaum erzielt, so ihre Sprecherin Humbel (cvp, AG). Die Generation älterer Ärztinnen und Ärzte, die sich gegebenenfalls gegen die Anwendung der Dossiers wehren würde, dürfte bis zum Inkrafttreten des Gesetzes nicht mehr praktizieren und den jüngeren Generationen sei es zuzumuten. Die SP schlug in die gleiche Kerbe: Nur wenn die Ärzteschaft die Rahmenbedingungen schaffte, hätten die Patienten überhaupt die Chance „mitzumachen“ und so von den verhofften Qualitätsvorteilen zu profitieren. Unaufgeregt äusserte sich auch die SVP für die obligatorische Einführung. Bortoluzzi (svp, ZH) ging sogar soweit vorzuschlagen, das Obligatorium einzuführen, um es dann der Bevölkerung zu überlassen, ob sie dagegen ein Referendum ergreifen wolle. Die Grünen zeigten sich, wie die FDP-Liberale Fraktion, eher zurückhaltend bis skeptisch. Das Obligatorium gleiche einer Bevormundung der Ärzteschaft, meinte Yvonne Gilli (gp, SG), selber Ärztin, und e-Health würde nicht darob scheitern, wenn die Patientendossiers freiwillig blieben. 114 Nationalrätinnen sprachen sich dann für das Obligatorium aus, 62 dagegen (3 Enthaltungen), womit der Vorlage eine gewichtige Neuausrichtung gegeben wurde. Mit 175 zu 4 Stimmen wurde das Gesamtpaket gutgeheissen und dem Ständerat zur Differenzbereinigung überwiesen.⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 20.01.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die Durchsetzung von **Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung** war Ziel von Ruth Humbel (cvp, AG), als sie ihre Motion Ende 2014 zu diesem Anliegen eingereicht hatte. Noch bevor jene Motion in den Räten behandelt wurde, setzte Humbel mit einer parlamentarischen Initiative nach. Es müssten im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Prämienzahlenden und vor dem Hintergrund der steigenden Gesundheitskosten Qualitätsunterschiede als solche erkennbar gemacht werden, so die Begründung der Initiatorin. Ungenügende Qualität oder mangelnde Qualitätsindikatoren müssten tarifwirksam werden und als Sanktionsmassnahme einsetzbar sein. Der Faktor Qualität sowie auch die Wirtschaftlichkeit seien bei der Tarifgenehmigung durch die Behörden zu prüfen und zu berücksichtigen. Anfang 2016 gab die SGK-NR der von 22 Nationalrätinnen und Nationalräten mitunterzeichneten Initiative Folge.⁹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 21.03.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die SGK-SR gab der parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG) "**Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung durchsetzen**" ebenfalls Folge, nachdem die Schwesterkommission bereits Ende Januar das Anliegen unterstützt hatte.¹⁰

POSTULAT
DATUM: 16.06.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Für eine **bessere Nutzung von Gesundheitsdaten für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung** setzte sich Ruth Humbel (cvp, AG) mit einem Postulat ein, das sie Ende 2015 eingereicht hatte und das Mitte 2016 im Rat behandelt wurde. Damit knüpfte sie an bestehende Strukturen an: Bezüglich vieler Erkrankungen werden Register geführt, deren Einträge jedoch schlecht oder nicht geeignet sind, um verglichen zu werden. Eine bessere Datenvergleichbarkeit, die klare Zuordnung zu Personen, aber auch eine effektive Wahrung des Datenschutzes waren die Hauptanliegen, die im Postulat nachgefragt wurden. Als Begründung wurde ein hoher erwarteter Nutzen dieser Anpassungen angeführt. Die Krankheitsregister ermöglichen im Rahmen der Prävention, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten bzw. deren Verläufe wertvolle Erkenntnisse und leisten einen Beitrag zur Qualitätssicherung. Wie die verschiedenen Register zu verknüpfen wären, sollte der Bundesrat deshalb in einem Bericht erörtern.

Die Regierung zeigte sich offen für das Anliegen und stellte in Aussicht, einen solchen Bericht zu erstellen. Es hätten sich bereits Fragen ergeben, als es beispielsweise um die Anwendung des Humanforschungsgesetzes in Abgrenzung zum Bundesstatistikgesetz ging. In dieser Hinsicht sei es angezeigt, die Anwendungsmöglichkeiten bezüglich Datenverknüpfung und Datenzugang darzulegen. Nachdem das Postulat zunächst noch

von Franz Grüter (svp, LU) bekämpft wurde, verabschiedete das Ratsplenum den Vorstoss mit 125 zu 56 Stimmen bei drei Enthaltungen. Grüter brachte in der Debatte seine Bedenken bezüglich Datenschutz vor und zeichnete ein recht düsteres Bild von möglichem Datenmissbrauch, der, gerade durch die Personalisierung der Daten mittels Verknüpfung der AHV-Nummer, drohe. Er und die fast geschlossenen stimmende SVP-Fraktion stellten sich jedoch vergeblich gegen den Antrag.¹¹

MOTION

DATUM: 14.12.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Eine seit Ende 2016 hängige Motion Humbel (cvp, AG) stand in der Wintersession 2016 auf der Tagesordnung. Sie verlangt vom Bundesrat, dass analog zu stationär erbrachten Leistungen auch für den **ambulanten Bereich eine Qualitätssicherung und entsprechende Transparenz durchgesetzt** werden. Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung sollen durchsetzbare Sanktionsmöglichkeiten eingeführt werden, falls die notwendige Qualität nicht nachgewiesen werden kann. Folge soll eine Tarifiereduktion sein. Die Motionärin empfand es als stossend, dass Leistungserbringer mit ungenügender Qualität nach den gleichen Ansätzen entschädigt werden, wie jene, die einen hohen Qualitätsstandard erfüllen. Dabei stellte Ruth Humbel auch fest, dass fehlende Transparenz herrsche. Wirksame Massnahmen, also tarifliche Sanktionsmöglichkeiten, seien einzuführen, damit eine gute Qualitätssicherung erreicht werden kann.

Der Bundesrat zeigte sich mit den Ansprüchen aus der Motion zwar einverstanden, betrachtete die skizzierte gesetzliche Grundlage aber als nicht zielführend. Vielmehr sollten die Qualitätsziele durch eine transparente Publikation der Messergebnisse erreicht werden, und nicht durch Sanktionen. Dieses Ziel wird auch im Rahmen der Strategie Gesundheit 2020 verfolgt. Er lehnte die Motion also ab.

Humbel legte in der Plenardebatte ihre Argumente nochmals dar. Der grosse Kostendruck im Gesundheitswesen sei real und da sei es ungerecht, dass die Leistungserbringer mit und jene ohne Qualitätsdokumentation gleichbehandelt werden – unabhängig davon, ob gute Qualität erbracht oder gar nicht erst dokumentiert werde. Die Gesetzeslücke sei zu schliessen, zumal der Bundesrat den Handlungsbedarf erkannt habe.

Die Abstimmung im Nationalrat fiel deutlich aus: mit 180 Stimmen wurde die Motion überwiesen, 11 Nationalrätinnen und Nationalräte enthielten sich. Damit äusserte sich das Nationalratsplenum auch deutlich im Sinne seiner SGK-NR, die bereits in der ersten Jahreshälfte eine parlamentarische Initiative Humbel mit gleichem Anliegen überwiesen hatte.¹²

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 14.12.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Mit einer parlamentarischen Initiative **„Praxisorientierte Gestaltung der Übergangspflege“** wollte Ruth Humbel (cvp, AG) das KVG dergestalt anpassen, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege vollumfänglich nach den Bestimmungen der Spitalfinanzierung abgerechnet werden können. Diese Leistungen fallen nach einem stationären Spitalaufenthalt an, wenn Patienten aus medizinischer Sicht zwar nicht mehr hospitalisierungsbedürftig sind, jedoch gleichzeitig noch nicht wieder fähig sind, den Alltag eigenständig zu bewältigen. Vor allem ältere Personen dürften nach Entlassung aus der stationären Behandlung noch Schwierigkeiten haben, weswegen eine Übergangspflege, die ebenfalls in einem stationären Umfeld stattfindet, hier ansetzen kann. Die Pflegekosten werden gegenwärtig nach den Regeln der Spitalfinanzierung aufgeteilt, die Hotelleriekosten müssen jedoch die Patienten selbst tragen. Die Übergangspflege erfülle so ihren Zweck nicht, so die Initiantin. Folge sei, dass die Patientinnen zu lange im Akutspital hospitalisiert oder dass sie zu früh entlassen werden. Dies sei aber auch nicht zielführend. Die gegenwärtig geltende Dauer der finanzierten Übergangspflege von 14 Tagen sei ferner zu kurz, wie auch der Spitalverband H+ bestätigte. Auch hier sollte eine Justierung vorgenommen werden.

Die SGK-NR des Nationalrates gab der Initiative im November 2015 mit 17 zu 3 Stimmen und 2 Enthaltungen Folge. Sie war der Ansicht, dass die Leistungen der Akut- und Übergangspflege vollumfänglich getragen werden sollen. Die Schwesterkommission hiess das Anliegen aber nicht gut und gab der Initiative im Frühjahr 2016 keine Folge. Mit 9 zu 2 Stimmen und 2 Enthaltungen vertrat die Kommission die Haltung, dass zuerst die Evaluation der neuen Pflegefinanzierung abgewartet werden soll. Eine Änderung des KVG zum gegenwärtigen Zeitpunkt erachtete sie deswegen als verfrüht.

Somit wurde die Initiative Ende 2016 im Plenum der grossen Kammer traktandiert. Mit 11 zu 8 Stimmen und einer Enthaltung beantragte die SGK-NR erneut, dem Vorstoss Folge zu geben, eine Minderheit Herzog (svp, TG) stellte sich jedoch dagegen. Sie bezweifelte nicht, dass es grundsätzlich Handlungsbedarf gebe, sondern kritisierte, dass nicht genügend Fakten vorhanden seien. So sei beispielsweise die Evaluation der Neuordnung

der Pflegefinanzierung abzuwarten, die in Arbeit sei und per Herbst 2017 erwartet werden könne. Die Kommissionsminderheit stellte sich damit auf den Standpunkt der SGK-SR. Anders äusserte sich die Initiantin selbst, die mit zwei Argumenten den Marschhalt abwenden wollte. Einerseits verwies sie auf die kurz zuvor verabschiedete Nachbesserung der Pflegefinanzierung zur Gewährleistung der Freizügigkeit, wobei die erwähnte Evaluation auch nicht abgewartet wurde. Und zweitens sei die Evaluation gar nicht wegweisend, weil sie nicht das aufzudecken vermöge, was erwartet werde: Das kleine Volumen von Übergangspflegeplätzen, gemessen am Total von Langzeitpflegeplätzen, reiche nicht aus, um schlüssige Resultate zu erhalten. Die Abstimmung fiel äusserst knapp aus: Mit nur einer Stimme Unterschied wurde die Initiative abgelehnt. Alle Fraktionen stimmten geschlossen, aufgrund diverser Absenzen reichte der Schulterschluss von FDP- und SVP-Fraktion aus, um die obsiegenden 94 Stimmen zu vereinen. Die Initiative war damit vom Tisch.¹³

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 ausserkantonaies 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.¹⁴

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 11.09.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die Regelung der **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** drohte aus dem Ruder zu laufen, als auch der Nationalrat nicht nachgab und auf seiner Position beharrte. Humbel (cvp, AG) stellte in der Volkskammer klar, dass zwar Einigkeit herrsche bezüglich der Zuständigkeit bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten, jedoch war noch nicht geklärt worden, nach welcher gesetzlichen Grundlage der Betrag bemessen wird: Nach jener des Standortkantons des Heims oder nach jener des Wohnsitzkantons der zu pflegenden Person. Die SGK-NR blieb bei ihrer Grundhaltung, die Patienteninteressen höher zu gewichten als die Kantonsinteressen, und deswegen sei auf die eigene Formulierung zu beharren. Es dürfe nicht sein, dass die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten eingeschränkt werde. Demnach müsse es möglich sein, ohne Kostenfolge auch in einem anderen Kanton gepflegt zu werden, um beispielsweise in der Nähe von Verwandten sein zu können. Dem widerspreche auch eine innerkantonale „Pflichtversetzung“ in ein freies Bett eines Pflegeheims am anderen Ende des Kantonsgebiets, wie es durch den ständerätlichen Vorschlag möglich wäre. Der

einstimmige Kommissionsantrag wurde vom Nationalratsplenum diskussionslos gestützt. Somit musste eine Einigungskonferenz einberufen werden, um die verfahrenere Situation zu lösen.¹⁵

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 14.09.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Um die Lösung der **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** nicht gänzlich zu verunmöglichen, lag inzwischen das Produkt der Einigungskonferenz auf dem Tisch, der mit 21 zu 5 Stimmen gefasst worden war. Es handelt sich dabei um mehr als einen Kompromissvorschlag; faktisch wurde ein neuer Entwurf aufgegleist, wobei die Bedürfnisse beider Räte aufgenommen worden waren. Zum Durchbruch verhalf schliesslich die Differenzierung zwischen Pflegeleistungen, die ambulant erbracht werden, und solchen, die stationär erbracht werden. Bei ambulanten Pflegeleistungen sollen die Regeln der Restfinanzierung des Standortkantons des Heimes gelten. Bei stationärer Pflege stellte sich die Situation etwas anders dar. Hierzu wollte man sich auf eine Formulierung einigen, welche die „geografische Nähe“ des Heimes zum Wohnort beachtet. Mit dem Wortlaut „Kann der versicherten Person zum Zeitpunkt des Heimeintritts kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe in ihrem Wohnkanton zur Verfügung gestellt werden, übernimmt der Wohnkanton die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons des Leistungserbringers“ wurde eine für die Mitglieder der Einigungskonferenz akzeptable Lösung gefunden. Das stellte auch Kommissionssprecherin Bruderer Wyss (sp, AG) fest, die, unterstützt von Primin Bischof (cvp, SO), im Ständerat für den Vorschlag der Einigungskonferenz einstand. Der Ständerat folgte der Empfehlung und gab dem neuen Art. 25a Abs. 5 grünes Licht.

Gleichentags wie der Ständerat hatte der Nationalrat über den Vorschlag der Einigungskonferenz zur Restfinanzierung von Pflegeleistungen zu befinden. Nachdem die kleine Kammer bereits dem Vorschlag gefolgt war, hing es an den Nationalrätinnen und Nationalräten, das Geschäft nicht fallen zu lassen. Ohne Diskussion folgte der Nationalrat der Einigungskonferenz. Gleichwohl stellte SGK-Sprecherin Humbel (cvp, AG) fest, dass die freie Pflegeheimwahl mit der neuen Formulierung in gewissem Masse eingeschränkt bleibe. In dieser Sache appellierte sie an den „gesunden Menschenverstand“ der Kantone, die in Einzelfällen doch bei der Restfinanzierung behilflich sein sollen, auch wenn der Pflegeheimaufenthalt ausserkantonal erfolge. Letzteres sei gegenwärtig bei nur vier Prozent der Menschen zutreffend, die in Heimen gepflegt werden. Das Geschäft war damit bereit für die Schlussabstimmungen.¹⁶

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 17.10.2017
JOËLLE SCHNEUWLY

Im Oktober 2017 lancierte die Bewegung Jeune Chambre Riviera eine **Volksinitiative zur Organspende**. Die Forderung des Begehrens bestand darin, dass alle Menschen automatisch als Organspenderinnen und -spender gelten sollen, solange sie sich nicht explizit dagegen ausgesprochen haben. Personen, die nicht bereit sind, ihre Organe zu spenden, müssten sich in einem nationalen Register eintragen lassen. Es soll folglich ein Systemwechsel von der «Zuspruchslösung» zur «Widerspruchslösung» stattfinden. Bislang war nur Spender oder Spenderin, wer der Organentnahme zu Lebzeiten explizit zugestimmt hatte. Unterstützt wurde das Initiativkomitee von Swisstransplant, der Stiftung für Organspende und Transplantation.

Die Initiantinnen und Initianten erhofften sich durch die Volksinitiative eine Sensibilisieren für die Thematik und einen Anstieg der Spendequote. In der Schweiz werde zu wenig oft darüber gesprochen, ob man bereit wäre, seine Organe zu spenden, sollte man plötzlich sterben. So sei bei gut der Hälfte der Gespräche bezüglich einer Organentnahme der Wille der verstorbenen Person nicht bekannt. Gemäss dem Waadtländer Gesundheitsdirektor Yves Maillard (sp, VD) gaben in Umfragen 85 Prozent der Bevölkerung an, einer Organspende zuzustimmen, die Zustimmungsrate der Angehörigen liegt allerdings lediglich bei 40 Prozent und somit auch deutlich tiefer als beispielsweise in Frankreich (70%) und Spanien (85%). Das führe zu langen Wartelisten: Im September 2017 hätten 1'502 Personen auf ein Spenderorgan gewartet, so die Zahlen von Swisstransplant, während nur von 105 Spenderinnen und Spendern insgesamt 331 Organe hatten entnommen werden dürfen. Dadurch würden den Medien zufolge hierzulande jährlich hundert Personen sterben, weil sie nicht rechtzeitig eine Organspende erhalten. Dabei könnte der Organbedarf eigentlich ohne Schwierigkeiten gedeckt werden, auch wenn sich nicht alle der 65'000 Personen, die jährlich sterben, als Spenderinnen und Spender eignen.

Das Anliegen der Initiantinnen und Initianten war nicht unumstritten und hatte bereits in der Vergangenheit unter anderem im Zusammenhang mit der Änderung des Transplantationsgesetzes (BRG 13.029) für Diskussionen gesorgt. Während die Befürworter und Befürworterinnen mit den oben dargelegten Zahlen argumentierten,

gab Ruth Humbel (cvp, AG) zu bedenken, dass «das Recht auf körperliche Unversehrtheit bis über den Tod hinaus [...] nicht verhandelbar» sei. Von Seiten der Ethikerinnen und Ethiker war Ruth Baumann-Hölzle, Leiterin des Instituts Dialog Ethik in Zürich, der Ansicht, dass durch den Systemwechsel das Risiko eingegangen werde, dass einer Person Organe entnommen würden, ohne dass diese damit einverstanden sei. Dabei handle es sich um Organraub.¹⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 11.06.2018
JOËLLE SCHNEUWLY

In der Sommersession 2018 beschäftigte sich der Nationalrat mit der **Änderung des KVG zur Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit**. Ein Antrag Moret (fdp, VD) auf Rückweisung an die Kommission wurde abgelehnt. Ihr Argument, man sollte besser die Zusammenarbeit mit bestehenden Institutionen wie dem ANQ fördern, statt eine Qualitätskommission zu schaffen, welche einen verstärkenden Bürokratisierungseffekt zur Folge habe, stiess in der grossen Kammer nicht auf offene Ohren.

Kommissionssprecherin Bea Heim (sp, SO) gab einen Einblick in die getätigte Kommissionsarbeit und betonte den Handlungsbedarf, welcher bezüglich Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen und speziell im ambulanten Bereich bestehe. Für die SGK-NR seien die Ziele des Bundesrates – die Qualitätssicherung und Verbesserung der Leistungen im stationären und ambulanten Bereich sowie die Stärkung der Patientensicherheit und die Kostendämpfung in der OKP – unbestritten wichtig, man habe nach den kritischen Stimmen aus dem Ständerat das bundesrätliche Modell allerdings überarbeitet. Resultat der Kommissionsarbeit sei die Schaffung einer Eidgenössischen Qualitätskommission, die durch den Bundesrat eingesetzt werde und sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, Leistungserbringer, Versicherer sowie Versicherten und Fachpersonen zusammensetze. Diese sollte unter anderem für die Beratung und Koordination der in der Qualitätsentwicklung involvierten Akteure verantwortlich sein und dem Bundesrat bei der Festlegung von Zielen und Massnahmen beratend zur Seite stehen. Ferner sollten die Tarifpartner stärker eingespannt und verpflichtet werden, nationale Qualitätsverträge abzuschliessen. Bundesrat Berset zeigte sich darüber zufrieden, dass ein Vorschlag auf dem Tisch lag. Es sei zwar nicht das Modell, welches vom Bundesrat stamme, man unterstütze den von der Kommission ausgearbeiteten Vorschlag jedoch. Qualität dürfe nicht mit den hohen Leistungen des Schweizer Gesundheitswesens verwechselt werden. Bei Ersterem sei es dringend nötig, zu handeln, zeigten Studien doch, dass rund die Hälfte aller medizinischen Fehler vermeidbar wäre.

Uneinig war man sich in der SGK-NR bezüglich der Finanzierung der Qualitätskommission. Anders als der Bundesrat, der vorgeschlagen hatte, die Versicherten mit einem Anteil von maximal 0.07 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie für die Kosten aufkommen zu lassen, forderte die Kommissionmehrheit die Übernahme der Kosten zu gleichen Teilen von Bund und Kantonen. Eine Minderheit Humbel (cvp, AG) wollte, dass sich auch die Versicherer mit einem Drittel an den Kosten beteiligen. Der Minderheitsantrag wurde jedoch in der Detailberatung mit 119 zu 66 Stimmen abgelehnt. Bei der Gesamtabstimmung stimmte der Nationalrat dem von seiner Kommission überarbeiteten Entwurf mit 159 zu 24 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) zu und segnete mit 164 zu 26 Stimmen den Gesamtkredit in der Höhe von CHF 45.2 Mio., der für 2019 bis 2022 gelten soll, ab.¹⁸

Ärzte und Pflegepersonal

Der Ständerat hatte im Vorjahr einer Verlängerung des **Zulassungsstopps für die Eröffnung neuer Arztpraxen** bis Ende 2010 zugestimmt. Im **Nationalrat** sprachen sich die Fraktionen der SVP, FDP, GP und Teile der CVP aber für eine Aufhebung des Ärztestopps aus. Sie argumentierten vor allem damit, dass die Massnahme keine Wirkung gezeigt habe. Eine Kommissionsminderheit Humbel (cvp, AG) bestritt diese Aussage und war der Ansicht, dass die Ärztezahls dort, wo die Zulassungsbeschränkung umgesetzt worden war, stabilisiert werden konnte. Auch Bundesrat Couchepin warnte vor den dramatischen Folgen für die Gesundheitskosten, welche die Aufhebung des Ärztestopps haben könne. Dies ignorierte der Nationalrat und beschloss mit 116 zu 67 Stimmen nicht auf die Vorlage einzutreten.

In der Differenzbereinigung war die Kommission des Ständerates einstimmig dafür, an der Verlängerung des Zulassungsstopps für Arztpraxen festzuhalten. Die Kommission hatte bereits verschiedene Nachfolgemodelle diskutiert und es sich zum Ziel gesetzt, bis zum Herbst einen Vorschlag in den Rat zu bringen. Sie erachtete es als realistisch, innerhalb einer Frist von einem Jahr die Nachfolgeregelung in beiden Räten zu

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 13.06.2008
LINDA ROHRER

behandeln. Eine Verlängerung könne auch nur bis 2009 beschlossen werden (anstatt 2010), wenn der Nationalrat einschwenke. Eine Minderheit Diener (gp, ZH) beantragte, dem Nationalrat zu folgen und nicht auf die Vorlage einzutreten. Sie erachtete es als rechtsstaatlich fragwürdig, einen dringlichen Bundesbeschluss bereits zum dritten Mal zu verlängern. Ausserdem müsse endlich Bewegung in das starre System kommen. Der Rat folgte jedoch seiner Kommission und beschloss mit 34 zu 4 Stimmen auf die Vorlage einzutreten.

In der Folge musste der Nationalrat also noch einmal über die Frage des Eintretens auf die Vorlage des Zulassungsstopps diskutieren. Eine Kommissionsmehrheit sprach sich nun dafür aus, dem Ständerat zu folgen, insbesondere weil befürchtet wurde, dass mit einem ersatzlosen Auslaufen der Bestimmung zahlreiche neue Praxen eröffnet werden könnten, mit entsprechenden Kostenfolgen. Ausserdem nahm die grosse Kammer zur Kenntnis, dass der Ständerat gewillt war, rasch einen Vorschlag bezüglich der Lockerung des Vertragszwangs zu unterbreiten. Eine Kommissionsminderheit mit Vertretern der SVP, GP, CVP und FDP war weiterhin der Ansicht, dass nicht mit einer Ärztelawine zu rechnen sei. Dieses Mal folgte der Nationalrat der Kommissionsmehrheit und beschloss mit 134 zu 37 Stimmen auf die Vorlage einzutreten. Neben der SP waren nun auch die Fraktionen der SVP, FDP und CVP mehrheitlich für eine Weiterführung der Bestimmung, allerdings nur bis 2009. Eine links-grüne Kommissionsminderheit, welche die Hausärzte von diesem verlängerten Zulassungsstopp ausnehmen wollte, fand im Nationalrat keine Mehrheit. In der Gesamtabstimmung hiess der Nationalrat die Vorlage mit 161 zu 15 Stimmen gut.

Im Ständerat ging es anschliessend nur noch um die Dauer des Zulassungsstopps. Die Kommission empfahl zwar, dem Nationalrat zu folgen, es gab aber auch Stimmen wie die von Sommaruga (sp, BE), welche es für unrealistisch hielten, dass bis zum 1. Januar 2010 eine Nachfolgeregelung, die noch zu beschliessen wäre, in Kraft treten wird. Die kleine Kammer folgte aber mit 23 zu 14 Stimmen dem Nationalrat und entschied sich damit für eine kürzere Befristung. In der Schlussabstimmung stimmte der Nationalrat mit 168 zu 12 Stimmen für die Annahme des Entwurfs und der Ständerat einstimmig dafür.¹⁹

MOTION

DATUM: 11.09.2013
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Durch eine Motion Humbel (cvp, AG) sollte der Bundesrat aufgefordert werden, dem Parlament die Streichung eines Passus über die **Tarifgestaltung** in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu beantragen. Konkreter ging es um die Bemessung der Tarife von transparent ausgewiesenen Kosten. Die Motionärin klagte, dass unter der geltenden Regelung eine gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung verhindert werde. Überdies behindere die Norm die Festlegung von differenzierten Taxpunktwerten im ambulanten Bereich, namentlich die geforderte Besserstellung der Hausärzte. Die als unsinnig betitelte Regelung sollte also abgeschafft werden. Im Krankenversicherungsgesetz wird umschrieben, dass sich die Spitaltarife an der Entschädigung jener Spitäler zu orientieren haben, welche die tarifizierte, obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Dieser Grundsatz wird in der KVV übernommen, wonach der Tarif höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf. Die Streichung des fraglichen Absatzes soll eine gesetzeskonforme Umsetzung der Spitalfinanzierung ermöglichen. Der Bundesrat teilte diese Auffassung nicht. Er merkte an, dass die Kosten gerechtfertigt und transparent ausgewiesen sein müssen. Zudem reiche der Geltungsbereich der fraglichen Norm über die Spitäler hinaus und gelte allgemein für die Tarifgestaltung. Kurzum beantragte der Bundesrat die Ablehnung der Motion mit der Bemerkung, er würde diesen Passus gegebenenfalls selber streichen müssen, da es sich um eine Verordnung des Bundesrats handle, welche somit in seiner eigenen Kompetenz liege. Mit 118 zu 66 Stimmen wurde die Motion jedoch dem Ständerat überwiesen. Dessen Kommission, wie auch der Rat, werden sich erst im folgenden Jahr damit befassen.²⁰

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 05.03.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die Modalitäten zur Kenntnis der Landessprachen führten dazu, dass das **Medizinalberufegesetz** erneut im Nationalrat behandelt werden musste. Der Ständerat hatte eine neue Formulierung des Artikels 33a beschlossen und dazu beigetragen, in der Sache einen Schritt vorwärts zu kommen: Die SGK-NR beantragte mehrheitlich, in den ersten drei Abschnitten dem ständerätlichen Beschluss zu folgen. Dennoch lagen Änderungsanträge vor, sowohl von der Kommissionsmehrheit (Abs. 4) als auch von einer Minderheit Humbel (cvp, AG) (Abs. 3 und 4). Für Diskussionen sorgte die Frage, ob die

Aufnahme ins Register davon abhängig gemacht werde solle, dass die betroffene Person die Sprache der Region, in welcher sie praktizieren möchte, beherrscht – wie es der Nationalrat in der vorherigen Behandlungsrunde und die Kommissionsminderheit weiterhin geregelt wissen wollten. Der Ständerat hatte diese Formulierung nicht unterstützt und wollte die Überprüfung der Sprachkenntnisse den Arbeitgebern überlassen. Auf diese Regelung schwenkte nun auch die Kommissionsmehrheit ein, schlug jedoch vor, dass der Bundesrat Ausnahmen vorsehen können solle.

Die Debatte zog sich nicht allzu lange hin und die Unterstützung der ständerätlichen Version, in der Diskussion als «weichere» Variante beschrieben, hätte den parlamentarischen Prozess etwas abkürzen können. Aber im Sinne einer vermeintlich besseren Behandlungsqualität, Klarheit und Rechtssicherheit (Humbel) entschied das Ratsplenum anders und votierte für die strengere Fassung und die zwingende Erbringung eines Sprachnachweises. Mit 94 zu 82 Stimmen (3 Enthaltungen) respektive 90 zu 87 Stimmen (1) beharrte der Nationalrat auf seinem Standpunkt.

Im Grundsatz waren sich die beiden Kammern einig, man verlangte einen Sprachnachweis für praktizierende Medizinalpersonen. Wie genau dieser aber nachgewiesen werden sollte, musste sich in weiteren Debatten herauskristalisieren.²¹

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 07.11.2018
JOËLLE SCHNEUWLY

Ein Jahr nachdem die **Pflegeinitiative** eingereicht worden war, **empfahl der Bundesrat diese zur Ablehnung**. Dabei verzichtete er auf einen Gegenentwurf. Die Pflege werde als «integraler Bestandteil» der medizinischen Grundversorgung bereits ausreichend durch den 2014 eingeführten Artikel 117a BV gestärkt. Vor dem Hintergrund der zahlreich existierenden Massnahmen von Bund und Kantonen würde es bei einer Annahme der Initiative nicht unbedingt «zu einer weitergehenden Umsetzung» der Forderungen des Initiativkomitees kommen. Zudem lehne man die Bevorzugung einzelner Berufsgruppen ab. Wie bereits kritische Stimmen bei Lancierung der Initiative zu bedenken gegeben hatten, äusserte sich auch der Bundesrat negativ gegenüber der Forderung der direkten Abrechnung von Pflegeleistungen zu Lasten der OKP, da er befürchtete, dass dies Mehrkosten mit sich bringen würde.

Nicht einverstanden mit dieser Aussage zeigten sich Barbara Gysi (sp, SG), Mitglied des Initiativkomitees, und SBK-Geschäftsführerin Yvonne Ribl gegenüber der Aargauer Zeitung: Die direkte Abrechnung erlaube ein effizienteres Vorgehen ohne unnötige «Zusatzschleife» bei einem Arzt oder eine Ärztin, dessen oder deren Arbeit zusätzlich ja auch koste. Ebenfalls auf Unverständnis stiess der Entscheid des Bundesrates beim Ostschweizer Pflegepersonal, das am Tag der Bekanntgabe am St.Galler Hauptbahnhof in Nachthemden gekleidet auf sein Anliegen aufmerksam machte. Kompromissbereiter als der Bundesrat zeigte sich Nationalrätin Ruth Humbel (cvp, AG) gemäss der Basler Zeitung. Zwar sei sie aufgrund der Besserstellung einer Berufsgruppe in der Verfassung gegen die Volksinitiative, jedoch seien gewisse Anliegen der Initianten und Initiantinnen durchaus berechtigt. Daher erachte sie die parlamentarische Initiative Joder (svp, BE; Pa.lv. 11.418), auf welche der Nationalrat allerdings nicht eingetreten war, als idealen indirekten Gegenvorschlag.²²

Medikamente

Ein weiteres Sparpotenzial ortet das Parlament im Bereich der **Mittel und Gegenstände** (Migel). Insbesondere wird kritisiert, dass der Bund eine Migel-Liste erlässt, welche Maximalpreise festhält, was in der Praxis oft zu keinem eigentlichen Wettbewerb führt. Mit zwei Motionen forderten Heim (sp, SO) und Humbel Näf (cvp, AG) (Mo. 05.3523) den Bundesrat deshalb auf, die entsprechenden Verordnungen so zu ändern, dass Krankenversicherer und Hilfsmittellieferanten die Preise für kassenpflichtige Migel aushandeln und in Tarifverträgen festhalten müssen. Der Bundesrat vertrat die Ansicht, eine Einwirkung auf die Höchstbetragsätze führe hier eher zum Ziel, selbst die Wettbewerbskommission erachte die Festsetzung von Maximalbeträgen als taugliches System, um das Preis-Leistungs-Verhältnis zu verbessern. Im Plenum verzichtete er zwar auf seinen ursprünglichen Antrag, die Motionen abzulehnen, behielt sich aber vor, den Ständerat um Umwandlung in einen einfachen Prüfungsauftrag zu bitten, um in dieser Frage seinen Handlungsspielraum zu bewahren.²³

MOTION
DATUM: 19.03.2007
MARIANNE BENTELI

MOTION
DATUM: 02.10.2008
LINDA ROHRER

Der Ständerat überwies die Motionen Heim (sp, SO) und Humbel Näf (cvp, AG) (Mo. 05.3523) für mehr Preiswettbewerb im Bereich der **Mittel- und Gegenstände** (Migel) ebenfalls. Wie vom Bundesrat gewünscht, wandelte er sie aber in einen Prüfungsantrag um. Auf Antrag seiner Kommission nahm er einen Zusatz auf, der beinhaltet, dass das Tarifvertragssystem dem Kartellgesetz unterstellt werden soll, da sonst Preisabsprachen zu befürchten seien.²⁴

MOTION
DATUM: 04.06.2009
LINDA ROHRER

In Bezug auf die **Einsparungen**, die bei den Medikamenten gemacht werden könnten, stimmte der Nationalrat den vom Ständerat im Vorjahr vorgenommenen Abänderungen der Motionen Heim (sp, SO) und Humbel Näf (cvp, AG) (Mo. 05.3523) für mehr Preiswettbewerb im Bereich der Mittel- und Gegenstände (Migel) in einen Prüfungsantrag zu. Eine Motion Diener (glp, ZH) (Mo. 09.3089) wollte den Bundesrat beauftragen, für den Vertrieb von Arzneimitteln eine preisunabhängige Marge, differenziert nach Vertriebskanal, festzulegen. Diese sollte auf der Basis einer effizienten und preisgünstig durchgeführten Vertriebsleistung festgelegt werden. Der Bundesrat lehnte dieses Begehren ab, da er diese Fragen in der zweiten Etappe der Revision des Heilmittelgesetzes klären und regeln wollte. Der Ständerat wandte sich mit einem Stichentscheid des Präsidenten gegen den Willen des Bundesrates und nahm die Motion an. Der Bundesrat hatte im Vorfeld bereits angekündigt, im Falle einer Annahme beim Nationalrat eine Abänderung in einen Prüfungsantrag zu beantragen. Aber auch der Nationalrat nahm die Motion mit 110 zu 52 Stimmen an. Eine Motion Robbiani (cvp, TI) (Mo. 08.3670) forderte den Bundesrat auf, so rasch wie möglich Massnahmen auf Verordnungsebene zur Senkung der Arzneimittelpreise zu ergreifen und insbesondere eine alle drei Jahre erfolgende Überprüfung der Medikamentenpreise anzuordnen. Der Bundesrat erklärte sich bereit, seinen bereits bestehenden Spielraum auf Verordnungsebene auszuschöpfen und eine Regelung vorzubereiten, welche den Rhythmus der Überprüfung der Arzneimittel bezogen auf deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zum Gegenstand hat. Der Ständerat nahm die Motion an.²⁵

POSTULAT
DATUM: 19.03.2010
LUZIUS MEYER

Der Nationalrat nahm ein Postulat Humbel (cvp, AG) an, das vom Bundesrat einen Bericht über die **Optimierung der Medikamentenversorgung** fordert. Der Bericht solle aufzeigen, wie der Anteil an Generika erhöht werden könne, wie sich ein Billigstpreissystem im Medikamentenbereich auswirken würde, inwieweit Medikamente bei Bagatellerkrankungen aus den Pflichtleistungen gestrichen werden können und welche Massnahmen gegen die Entsorgung von bezogenen, aber ungebrauchten Medikamenten ergriffen werden können.²⁶

MOTION
DATUM: 27.09.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a adopté par 105 voix contre 54 une motion de sa CSSSP, faisant suite à une initiative parlementaire Humbel (pdc, AG) (lv. pa. 09.501) depuis retirée, chargeant le Conseil fédéral de désigner le caractère économique comme critère décisif dans le processus de reconnaissance d'autres indications de la **protonthérapie** et de nommer l'Institut Paul Scherrer comme seul centre de protonthérapie tant que d'autres indications de cette thérapie ne sont pas prises en charge par la LAMal. L'objectif principal est d'éviter une multiplication de ce type de centre et donc des coûts à charge de l'assurance maladie. Une minorité Bortoluzzi (udc, ZH) considérant que la motion va contre le principe de concurrence et de marché s'y est opposée sans succès.²⁷

POSTULAT
DATUM: 14.12.2012
ANJA HEIDELBERGER

Eine Klärung der möglichen **Aufgaben von Apotheken in der medizinischen Grundversorgung** verlangte Ruth Humbel (cvp, AG) im September 2012 in einem Postulat vom Bundesrat. Da das Selbstdispensationsverbot, also das Verbot für Ärztinnen und Ärzte, die verschriebenen Medikamente selbst zu verkaufen, sich nicht konsequent umsetzen lasse, sollten Apothekerinnen und Apotheker im Hinblick auf den sich abzeichnenden Mangel an Hausärzten gewisse Leistungen wie Impfungen oder Messungen selbst durchführen können. Der Bundesrat solle daher aufzeigen, wie das Tätigkeitsgebiet von Apothekerinnen und Apothekern ausgebaut werden könne und welche Folgen eine solche Änderung auf deren Aus- und Weiterbildung sowie auf die Vergütungsmodelle hätte.

Der Bundesrat beantragte das Postulat zur Annahme und erklärte sich bereit, die «strategisch optimierte Nutzung der pharmazeutischen Fachkompetenz in der

Grundversorgung» darzulegen. Im Dezember 2012 nahm der Nationalrat den Vorstoss stillschweigend an.²⁸

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 07.05.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Anfang 2013 hatte der Bundesrat seine Botschaft zur Änderung des Heilmittelgesetzes (HMG) publiziert, zu einer Behandlung der Vorlage kam es jedoch erst in der Sondersession des Nationalrats im Mai 2014. Das **Heilmittelgesetz** dient dem Schutz der Gesundheit von Mensch und Tier und soll gewährleisten, dass nur sichere, qualitativ hochstehende sowie wirksame Heilmittel auf den Markt gebracht werden können. Es bestehe jedoch noch Handlungsbedarf beim Zugang der Bevölkerung zu Arzneimitteln, bei der Überwachung des Marktes durch die Behörden, bei der Regelung der geldwerten Vorteile und beim Vollzug; deswegen wurde diese 2. Etappe der Heilmittelgesetzrevision lanciert.

Inhaltlich betreffen die Änderungen unter anderem die vereinfachte Zulassung von synthetischen Arzneimitteln, sowie auch von Komplementär- und Phytoarzneimitteln. Ebenfalls sollen die Bestimmungen über die Abgabe von Arzneimitteln angepasst und die Marktüberwachung verstärkt werden. Auch bei der Arzneimitteltherapie in der Kinderheilkunde sollen Verbesserungen herbeigeführt werden. Zudem sollen Anpassungen bei den Datenschutzbestimmungen und den Regelungen in den Bereichen Straf- und Verwaltungsstrafrecht vorgenommen werden. Mit der präsentierten Vorlage sollen die Aufträge von Parlament und Bundesrat umgesetzt werden. Gleichzeitig gelte es, die höchst unterschiedlichen Ansprüche von Industrie, Handel und Fachpersonen sowie der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen, ohne dabei die Interessen der Gesellschaft an einem funktionierenden Gesundheitssystem zu vernachlässigen. Die komplexe Gesetzesrevision wurde für die Beratungen im Parlament in sechs Blöcke eingeteilt, welche in der Folge chronologisch wiedergegeben werden.

Die vorberatende SGK des Nationalrates hatte 2013 und bis Anfang 2014 in mehreren Sitzungen das HMG besprochen und gelangte mit einer Reihe von Änderungsanträgen ans Ratsplenum. Eintreten war unbestritten, merkten doch auch alle Fraktionsvertreter an, die Revision des HMG sei nötig und zielführend. Gleichwohl galt es in der Detailberatung über zahlreiche Anträge zu befinden. Zunächst wurde ein Antrag Fässler (cvp, AI) deutlich gutgeheissen. Gegenüber dem Bundesratsentwurf wurde damit die Selbstdispensation, also die Medikamentenabgabe durch Ärztinnen und Ärzte (im Gegensatz zum Apothekermonopol) gefestigt. Etwas weniger deutlich fand ein Kommissionsantrag den Weg ins Gesetz. Dieser sah vor, dass Arzneimittel, die bereits am 1. Januar 2002 in einem Kanton zugelassen waren und sich zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der HMG-Revision immer noch in Verkehr befinden, entsprechend zu kennzeichnen sind und ausschliesslich im betreffenden Kanton vertrieben werden dürfen. Eine Minderheit Carobbio (sp, TI) und mit ihr eine Mehrheit der FDP-Liberalen und der Grünen Fraktion wehrten sich vergebens gegen den Kommissionsvorschlag. Andere Minderheitsanträge, ebenfalls aus SP-Kreisen, betrafen mehrere Regelungen zum Unterlagenschutz, der vom Bundesrat grundsätzlich auf zehn Jahre festgelegt wurde. Im einen Fall wollte die Kommissionsminderheit vergeblich einen Mehrheitsantrag verhindern, der den Unterlagenschutz auch bei Arzneimitteln, die durch bedeutende präklinische oder klinische Prüfungen zugelassen wurden, auf zehn Jahre festlegen wollte. In einem weiteren Fall unterlag die Minderheit gegen den Antrag, den Unterlagenschutz zu streichen, der auf Antrag gewährt werden kann, wenn es sich um wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten handelt, die in Übereinstimmung mit dem pädiatrischen Prüfkonzept entwickelt wurden. Diskussionslos wurde auch eine Anpassung im Bereich der vereinfachten Zulassung von Arzneimitteln beschlossen: Zusätzlich zu den in der Regierungsvorlage geschilderten Gründe für eine vereinfachte Zulassung sollten in der Schweiz auch Arzneimittel vereinfacht auf den Markt gebracht werden können, deren Wirkstoffe in mindestens 5 Ländern der EU und EFTA seit mindestens 10 Jahren in zugelassenen Arzneimitteln (Referenzpräparate) verwendet werden. Ebenfalls unter die vereinfachte Zulassung fallen sollen Arzneimittel, die seit mindestens 30 Jahren verwendet werden, wobei für mindestens 15 Jahre davon auch eine Zulassung in Ländern der EU und EFTA nachgewiesen werden muss. Eine Regelung zur Verschreibungspflicht (Ausstellen von Rezepten) wurde auf Antrag Humbel (cvp, AG) geändert. Ruth Humbel schlug vor, den Artikel mit der Möglichkeit für Patientinnen und Patienten zu ergänzen, auf das Ausstellen eines Rezepts in Papierform zu verzichten. Dies sei vor allem dann naheliegend, wenn die Arzneimittel direkt beim behandelnden Arzt bezogen würden. Ein Gegenantrag Pezzatti (fdp, ZG) wollte die Verschreibungspflicht aufheben, blieb jedoch gegen den Antrag Humbel chancenlos. Zum Versandhandel von Medikamenten wurde ein Einzelantrag Gilli (gp, SG) angenommen, wonach bei Bestellungen von rezeptpflichtigen Arzneimitteln das Rezept nicht eingeschickt werden muss (wie ursprünglich von der Kommission vorgeschlagen). Erfahrungen zeigten, dass dies nicht praktikabel sei. Weiter soll die Bewilligungen

erteilende Behörde nach wie vor der Kanton sein und nicht, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, das Heilmittelinstitut. Dieser Minderheitsantrag de Courten (svp, BL) kam mit 92 zu 91 Stimmen bei 4 Enthaltungen hauchdünn durch. Letztlich wird damit der Status quo beibehalten. Die übrigen Kommissionsanträge, vorwiegend unumstrittene Präzisierungen gegenüber der Regierungsvorlage, wurden angenommen. In einem zweiten Block wurden Anpassungen besprochen, welche auch das Krankenversicherungsgesetz tangieren. Regierung und Kommission schlugen vor, Medikamentenrabatte zu verbieten. Auf Antrag Humbel (cvp, AG) wurde dieser Passus jedoch anders formuliert: Zwischen Kassen und Pharmafirmen ausgehandelte Rabatte sollen erlaubt bleiben, wenn sie an die Patientinnen und Patienten weitergegeben oder für Forschung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitsbereich verwendet werden. Block drei umfasste die Behandlung diverser Punkte im Bereich der Marktüberwachung und Meldepflicht. Zwar wurden die Anträge gründlich besprochen, am Ende obsiegte jedoch die Kommissionsmehrheit mit ihren Anträgen, die die Regierungsvorlage vorwiegend ergänzten, nicht jedoch inhaltlich substantiell abänderten. Einzig ein von der SGK vorgeschlagenes Informationssystem "Antibiotika in der Veterinärmedizin" wurde auf Antrag Frehner (svp, BS) mit 90 zu 87 Stimmen knapp nicht in das Gesetz aufgenommen.

Nach intensiver Debatte über einen ganzen Tag hinweg überwies der Nationalrat die veränderte Vorlage dem Ständerat mit 139 zu 43 Stimmen zur Konsultation. Geschlossen gegen die Vorlage stand die SP-Fraktion, von der alle 43 Gegenstimmen stammten. Namens ihrer Fraktion konstatierte Silvia Schenker (sp, BS), dass das Patientenwohl – erklärtes Ziel der Vorlage – nicht mehr im Zentrum stehe, sondern die Frage, wessen Taschen besser gefüllt werden könnten. Sie SP wolle nicht Hand bieten zu einer „Gesetzesrevision, die wenigen, aber mächtigen Interessengruppen dient, statt allen Patientinnen und Patienten mehr Sicherheit zu geben.“ Insbesondere die Ablehnung des Antibiotika-Informationssystems stiess den Sozialdemokraten sauer auf, weil dies ein Instrument zur Kontrolle von Antibiotikaresistenzen hätte werden können.

In der Wintersession kam das Geschäft in den Ständerat, wo es ebenfalls über zwei Tage hinweg besprochen wurde. Die SGK-SR gelangte mit einer Vielzahl an Änderungsanträgen an das Ratsplenum, sowohl bezüglich der Regierungsvorlage, als auch bezüglich der im Nationalrat beschlossenen Version. Jedoch ist festzuhalten, dass die Anträge der SGK-SR mit relativ deutlichen Mehrheiten zustande gekommen waren und nur wenige Minderheitsanträge im Raum standen. Eintreten war unbestritten und Ständerat Felix Gutzwiller (fdp, ZH) lobte die Vorarbeit des Nationalrates. Die Änderungen gingen in die richtige Richtung, so Gutzwiller. Er honorierte jedoch auch die Arbeit der SGK des Ständerates, welche die Vorlage seiner Einschätzung nach nochmals weiterentwickelt habe. Die Detailberatung begann mit der Definition verschiedener Begrifflichkeiten. Der Nationalrat hatte in Ergänzung zur Bundesratsvorlage zahlreiche zusätzliche Begriffe per Gesetz definiert. Viele davon wollte die Mehrheit der SGK-SR wieder eliminieren, einerseits weil diese Definitionen in der betreffenden Verordnung geregelt werden können, und andererseits, weil eine Definition per Gesetz verhindere, das neue Erkenntnisse aus Forschung und Praxis unmittelbar angewendet werden könnten. Eine Minderheit Bischofberger (cvp, AI) beantragte, die Anpassungen des Nationalrates beizubehalten. Dezierte Auffassung der Minderheit war es, dass die vom Nationalrat eingeführten Begriffe zu weiterführenden Themen wie der Übernahme von einschlägigen EU-Gesetzesänderungen, Herstellungsbewilligungen für Arzneimittel, wissenschaftlichen Entwicklungen und vor allem der Selbstdispensation in der Verantwortung des Parlamentes sein müssen, und somit im Gesetzestext und nicht in der Verordnung ihren Niederschlag finden sollten. Entsprechend sollten allfällige Änderungen tatsächlich vom Parlament beschlossen werden müssen. In die gleiche Richtung argumentierte Felix Gutzwiller (fdp, ZH) der zwar anmerkte, dass eine Begriffsdefinition in einem Bundesgesetz etwas sonderbar sei, es jedoch richtig fand, neue, noch nicht definierte Begriffe erstmals zu umschreiben. Kommissionsprecherin Lilian Maury Pasquier (sp, GE) ersuchte das Ratsplenum nochmals im Sinne der bestmöglichen Legiferierung der Mehrheit zu folgen, eine Differenz zum Nationalrat einzugehen und dadurch in der Folge die Möglichkeit offen zu halten, abermals über diese Definitionen zu befinden. Ihr Appell zeigte jedoch nicht die erhoffte Wirkung: Mit 22 zu 21 Stimmen folgte der Rat der Minderheit und belies damit die Übernahme des Definitionenkatalogs im HMG.

Bezüglich Unterlagenschutz wurde zwar nur wenig diskutiert, jedoch ergaben sich Differenzen zum Nationalratsentwurf. Der Schutz geistigen Eigentums und der Schutz, aber auch die Förderung der Forschung waren nicht umstritten. Dagegen seien die Schutzdauer und deren Ausgestaltung, insbesondere bezüglich seltener Krankheiten und Kinderkrankheiten, noch nicht zufriedenstellend geklärt, so Kommissionspräsidentin Liliane Maury Pasquier. Sogleich wurden Präzisierungen und

Änderungen dahingehend vorgeschlagen, dass eine Schutzdauer auf 10 Jahre festgelegt werden könne, wenn ein bedeutender klinischer Nutzen gegenüber bestehender Therapien erwartet werden kann und die Therapie durch umfangreiche klinische Prüfungen gestützt wird. Es gehe der SGK-SR darum, einen klinischen Nutzen zu definieren, und nicht einfach nur den Aufwand, wie dies in der nationalrätlichen Version der Fall sei, führte Felix Gutzwiller (fdp, ZH) aus. Es gehe nicht darum, Konkurrenzpräparate zuzulassen oder nicht, sondern den Unterlagenschutz für echte Innovationen zu gewährleisten. Entsprechend wurde dieser Antrag im Plenum gutgeheissen. Weiter gab eine Anpassung in der Norm zur vereinfachten Zulassung von Arzneimitteln Anlass zu Diskussionen. Der Nationalrat hatte beschlossen, in der EU zugelassene Medikamente in der Schweiz unter gegebenen Umständen vereinfacht zuzulassen, was die Kommissionsmehrheit des Ständerates wieder streichen wollte. Eine Minderheit Bruderer Wyss (sp, AG) wollte diesen Passus in abgeschwächter Formulierung beibehalten. Begründet wurde dies mit der Höhe der Hürde, die nicht dem eigentlichen Ziel, der Zulassungsvereinfachung, diene. Zudem schaffe eine Differenz zum Nationalrat nochmals die Chance, sich vertieft mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die Ständerätinnen und Ständeräte folgten diesem Antrag jedoch mit 26 zu 13 Stimmen nicht. In weiteren Punkten folgte der Ständerat seiner Kommission, die mehrheitlich die Version des Nationalrates unterstützte. Erst bei der Behandlung der Verschreibemodalitäten und der Arzneimittelabgabe gab es erneut Minderheitsanträge. Besonders die Frage um die Pflicht, den Patientinnen und Patienten Rezepte ausstellen zu müssen, war umstritten. Im Sinne der Patientensicherheit sprach sich wiederum eine Minderheit Bruderer Wyss (sp, AG) für die nationalrätliche Fassung aus. Die Kommissionsmehrheit dagegen sah in der Rezepte-Ausstellungspflicht einen unnötigen bürokratischen Aufwand und wollte den Passus streichen. Stellvertretend gab Felix Gutzwiller (fdp, ZH) zu bedenken, dass mit der Selbstdispensation ein Ausstellen von Rezepten hinfällig sei. So unterlagen die Minderheitsanträge erneut mit 26 zu 18 bzw. 27 zu 16 Stimmen. Nach einwöchigem Unterbruch griff der Ständerat die langwierige und komplizierte Revision des HMG noch in der Wintersession wieder auf, um die Beratung abzuschliessen. Eine gewichtige Differenz schuf der Ständerat an diesem zweiten Beratungstag, indem er das im Nationalrat zuerst lange besprochene, dann gestrichene "Informationssystem Antibiotika in der Veterinärmedizin" wieder in die Vorlage aufnahm. Wichtig war dies dem Ständerat auch aufgrund des Auftrags einer 2013 überwiesenen Motion Heim (sp, SO), welche eine Antibiotikastrategie auch für die Veterinärmedizin gefordert hatte. Grundsätzlich ging es aber mit diesem Schritt explizit darum, Antibiotikaresistenzen in den Griff zu bekommen. Zu weiteren Diskussionen gab die Aufgabengestaltung zur Informationstätigkeit des Heilmittelinstituts und insbesondere die Normen zur Führung eines Arzneimittelverzeichnisses Anlass. Einige Absätze wurden daraufhin vom Ständerat aus der Vorlage gestrichen. Abschliessend wurde ein Einzelantrag Fetz (sp, BS) zur Präzisierung der Strafbestimmungen im Zusammenhang mit der Inumlaufbringung von Arzneimitteln gutgeheissen und diverse Änderungen bisherigen Rechts abgesehen, teilweise in Ergänzung des nationalrätlichen Entwurfs. In der GesamtAbstimmung wurde die Vorlage mit 40 Stimmen einstimmig dem Nationalrat zur Differenzbereinigung zurückgegeben. Die grosse Kammer wird sich im Jahr 2015 mit den vorgenommenen Änderungen auseinandersetzen müssen.²⁹

BERICHT
DATUM: 12.10.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2016 veröffentlichte der Bundesrat den **Bericht zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung** in Erfüllung der Motion Humbel (cvp, AG). Darin stellte er fest, dass zwingend eine interdisziplinäre Sichtweise auf die Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung nötig sei, welche die koordinierte Versorgung und das Synergiepotenzial zwischen verschiedenen Berufsgruppen einbeziehe.

Als Grundlage für den Bericht diene dem Bundesrat eine Situationsanalyse. Darin sah er die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der OKP in einem niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem – besonders wichtig bei leichten Erkrankungen, für Personen ohne Hausärztin oder Hausarzt und für Behandlungen ausserhalb der Öffnungszeiten von Arztpraxen – sowie in der Nutzung ihrer pharmazeutischen Kompetenz zur Qualitätssteigerung in der Arzneimitteltherapie. Letzterem diene die Revision des Heilmittelgesetzes, mit der die Abgabekompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker auf gewisse verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Vorliegen eines ärztlichen Rezeptes erweitert werden sollten. Zudem würde den Apotheken eine Funktion als Beobachtungs-, Beratungs- und Koordinationsstelle im Präventionsbereich zukommen, was zum Beispiel bereits in der NCD-Strategie des BAG umgesetzt werde. Doch auch langfristig sollten die Fähigkeiten der Apothekerinnen und Apotheker stärker genutzt werden, etwa in Modellen der interdisziplinären Zusammenarbeit auf

individueller Patientenebene, zum Beispiel bei Patientinnen und Patienten mit Asthma oder Diabetes. Der Bundesrat betonte jedoch, dass solche Modelle der Zusammenarbeit der Eigeninitiative und Akzeptanz der Leistungserbringenden bedürfe, der Bund indes nur die Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene optimieren könne, zum Beispiel durch eine wissenschaftliche Begleitung von erfolgsversprechenden Pilotprojekten.³⁰

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 26.10.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Eineinhalb Jahre nach ihrer Einreichung gelang der parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG) der entscheidende Schritt, nämlich die Zustimmung auch in der zweiten Gesundheitskommission. Die Kommission des Erstrates hatte bereits im Frühjahr 2017 den Vorstoss zum Moduswechsel bei der Aushandlung der Medikamentenpreise gutgeheissen. So sollten neu die **Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)** direkt zwischen den Herstellern oder Lieferanten und den Krankenkassen beziehungsweise deren Verbänden ausgehandelt werden. Sekundiert wurde Humbel von 16 weiteren mitunterzeichnenden Parlamentarierinnen und Parlamentariern aller Parteien. Bis anhin wurden die Höchstvergütungsbeträge vom EDI bestimmt, wobei sie jedoch teilweise als überhöht kritisiert wurden. Nachdem Humbel bereits zwölf Jahre zuvor eine ähnliche Motion eingereicht hatte, die zwar von beiden Räten angenommen worden war, in der Folge jedoch keine Wirkung entfaltet hatte, gelangte das Anliegen nun mit mehr Nachdruck erneut auf die Agenda. Die Initiatorin ortete in den Höchstpreisen faktische Fixpreise, weil es für die Anbieter kaum Anreize gebe, diese zu unterbieten. Letztlich zementierte dies das zu hohe Kostenniveau. Die mit der Initiative herbeigeführte freie Preisaushandlung zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern solle ein effizienteres Gegenmodell zum gegenwärtigen System der Höchstpreisvergütung schaffen. Die SGK des Nationalrates hatte der Initiative mit 13 zu 5 Stimmen (eine Enthaltung) Folge gegeben, die Kommission des Ständerates folgte dem Votum mit 9 zu 1 Stimmen (3 Enthaltungen). Letztere versprach sich mit der Neuerung eine – zumindest leichte – Hemmung des Kostenanstiegs im Bereich der Arzneimittelpreise.³¹

MOTION
DATUM: 15.12.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Mit einer Motion wurde von Nationalrätin Humbel (cvp, AG) angeregt, ein **differenziertes Preisfestsetzungssystem für Arzneimittel** einzuführen. Diese auf die Spezialitätenliste anzuwendende Neuerung soll nicht nur Tagestherapiekosten berücksichtigen, sondern überdies auch Kostenfolgen für das Gesamtsystem abbilden. Hinzu käme eine systematische Evaluation teurer und innovativer Arzneimittel gegen Krankheiten mit hoher Prävalenz (Krankheitshäufigkeit). Auf der anderen Seite wird mit der Motion eine Verschlankung der Modalitäten zur Neuzulassung patentabgelaufener Heilmittel angestossen. Vier Ziele wurden von der Motionärin gleich mitgeschickt: Erstens sollten Preisreduktionen folgen, wenn eine Mengenausweitung oder Indikationserweiterungen stattfinden. Zweitens sollte für innovative Therapien die Zulassung nur unter Auflagen erteilt werden und so rasch als möglich Evaluationen dieser neuen Heilmethoden angestossen werden. Als dritte Absicht wollte Humbel sogenannte „Pay-for-Performance-Modelle“ testen lassen. Das würde heissen, dass die Finanzierung von Arzneimitteln von deren Heilungserfolg abhängig gemacht würde. Ihre letzte Vision war eine wettbewerbliche Preisfindung für Medikamente, deren Patent abgelaufen ist und die ein neuer Zulassungsnehmer in Umlauf bringen will. Hierfür sollten Zugangshürden abgebaut werden.

Nachdem der Bundesrat bereits im Rahmen einer früheren Interpellation Eberle (svp, TG; Ip. 16.3428) positive Signale gesendet hatte, stellte er in seiner Antwort zur Motion Humbel ebenfalls in Aussicht, die Preisfestsetzungsregeln zu überdenken, und empfahl daher das Geschäft zur Annahme. Er habe den Handlungsbedarf erkannt und suche nach Verbesserungspotential in allen Bereichen (patentabgelaufene, preisgünstige oder auch hochpreisige Medikamente). Die Landesregierung blieb jedoch auf dem Standpunkt, dass „die Marktkräfte von Angebot und Nachfrage nicht genügend spielen und eine behördliche Regulierung der Preise weiterhin notwendig ist“. Insofern sei eine KVG-Revision bereits angedacht worden, die sich prinzipiell jedoch vorerst auf die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Therapien beschränke. Nachdem das Ratsplenum die Motion in der Wintersession 2017 stillschweigend angenommen hatte, stand der Umsetzung dieser Massnahmen seitens des Nationalrates nichts mehr im Weg. Offen blieb, welche Aspekte in einer noch auszuarbeitenden Gesetzesvorlage tatsächlich berücksichtigt würden. Hierzu kann sich auch die Ständekammer noch äussern.³²

MOTION
DATUM: 12.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Neue Möglichkeiten zur **Abgeltung von Apothekerleistungen** durch die OKP wollte Erich Ettlín (cvp, OW) im September 2018 mit einer Motion schaffen. Neu sollten auch kostendämpfende Apothekerleistungen ohne Medikamentenabgabe sowie die Beteiligung an OKP-mitfinanzierten kantonalen oder nationalen Präventionsprogrammen abgegolten werden. Denn auch solche Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker führten zu erheblichen Einsparungen in der OKP, erklärte der Motionär. Mit Verweis auf den Bericht zum Postulat Humbel (cvp, AG; Po. 12.3864) und auf seine Antwort auf die parlamentarische Initiative Joder (svp, BE; Pa.lv. 11.418) betonte der Bundesrat in seiner Stellungnahme die Gefahr einer Mengenausweitung durch das Anliegen. Dennoch empfahl er die Motion zur Annahme und erklärte, er werde sie im Rahmen der Motion SGK-NR (Mo. 18.3387), die Abrechnungsmöglichkeiten für nichtärztliche Leistungserbringende bei Leistungen in Früherkennung, Prävention und Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten fordert, prüfen.

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat die Motion. Dabei bat der Motionär den Bundesrat darum, bei Annahme nicht nur die Anliegen der Motion der SGK-NR zu prüfen, sondern insbesondere auch eine Abgeltung von Apothekerleistungen, welche die «Behandlungen mit ärztlich verschriebenen Arzneimitteln wirtschaftlicher und effizienter» machten, Präventionsleistungen, die Apothekerinnen und Apotheker sinnvoller erbringen könnten als Ärzte, sowie Impfungen in Apotheken. Gesundheitsminister Berset erklärte sich bereit, die vom Motionär angesprochenen Änderungen zu prüfen, liess aber das Ergebnis dieser Prüfung offen. Er stellte jedoch in Aussicht, dass das Projekt als Teil der Koordination der Pflege mit dem zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bereits 2019 in die Vernehmlassung gehen könnte.³³

MOTION
DATUM: 12.12.2018
JOËLLE SCHNEUWLY

Nachdem der Nationalrat der Motion Humbel (cvp, AG) zum **differenzierten Preisfestsetzungssystem für Arzneimittel** im Dezember 2017 Folge gegeben hatte, nahm sich die SGK-SR im Oktober 2018 dem Vorstoss an. Da das Anliegen bereits in das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen integriert worden sei, erachtete die Kommission die Motion «nicht für zweckmässig». Folglich lehnte sie diese ohne Gegenstimme ab.

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat das Geschäft zusammen mit einer Motion Brand (svp, GR; Mo. 15.4231) und einer weiteren Motion Humbel (Mo. 17.3827). Während Roland Eberle (svp, TG) noch einmal die Sicht der Kommission darlegte, entgegnete Josef Dittli (fdp, UR), dass durch das Massnahmenpaket nicht alle Forderungen des Vorstosses abgedeckt würden. Zudem betonte er den noch immer existierenden Handlungsbedarf im Arzneimittelbereich und forderte den Bundesrat dazu auf, sich – unabhängig vom Ausgang der Motion – weiterhin mit dem Thema auseinanderzusetzen und diesbezüglich Lösungsvorschläge zu präsentieren. Anita Fetz (sp, BS) kritisierte unterdessen die Wirksamkeit der Motion. Die Schweiz sei im Besitz eines guten Gesundheitssystems, habe aber ein ungerechtes Finanzierungssystem. Wolle man für den Mittelstand etwas ändern, müsse man «endlich offen über die Finanzierung reden». Gesundheitsminister Berset führte noch einmal die Geschehnisse der vergangenen zwei Jahre aus und unterstrich die Wichtigkeit der Thematik. Er sei froh, hierzu die Unterstützung des Parlaments zu haben, jedoch seien die entsprechenden Motionen in der gegenwärtigen Situation nicht nötig. Um die Kosten zu senken, schienen ihm in erster Linie Elemente wie Transparenz und Qualität entscheidend. Stillschweigend lehnte die kleine Kammer alle drei Motionen ab.³⁴

Suchtmittel

Le Conseil national a adopté par 115 voix contre 68 une motion Humbel (pdc, AG) chargeant le Conseil fédéral de proposer des modifications légales afin de fixer le même **âge légal pour la remise de produits du tabac** dans toute la Suisse. La motionnaire constate que onze cantons autorisent la vente de ces produits dès l'âge de 16 ans, sept autres le permettent dès 18 ans, tandis que les huit derniers ne disposent d'aucune législation. Ainsi, elle souhaite harmoniser la loi afin de coordonner et renforcer la prévention et la promotion de la santé à l'échelle nationale dans la ligne de la loi sur la prévention et de celle sur la protection contre le tabagisme passif. Une majorité du groupe PLR et le groupe UDC ont rejeté la motion sans succès.³⁵

MOTION
DATUM: 23.12.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

MOTION

DATUM: 01.06.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Nachdem der Nationalrat im Vorjahr das Geschäft bereits angenommen hatte, wurde 2012 im Ständerat über ein gesamtschweizerisch **einheitliches Abgabealter für Tabakprodukte** befunden, wie dies von einer Motion Humbel (cvp, AG) gefordert wird. Die Nationalrätin kritisierte, dass in der Tabakgesetzgebung ungleich der Alkoholgesetzgebung kein national geltendes Mindestalter für die Abgabe von Tabakprodukten gelte, sondern die Angelegenheit kantonal geregelt werde und damit Unterschiede herrschten. Der Annahme des auch vom Bundesrat unterstützten Vorstosses durch den Nationalrat folgte auch die Ständekammer im Juni diskussionslos.³⁶

Sport

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 15.11.2004
MARIANNE BENTELI

Im November setzte der Bundesrat eine Massnahme des Entlastungsprogramms 03 um und strich seinen allgemeinen Förderbeitrag an die kantonalen Jugend- und Sportämter in der Höhe von rund 5 Mio Fr.; er kündigte an, im Rahmen des EP 04 noch einmal 2,5 Mio Fr. einsparen zu wollen. Im Voranschlag 2004 beantragte er eine Kürzung der Gelder für **Jugend + Sport** um weitere 1,5 Mio Fr., da ja neuerdings Gelder aus dem Tabakpräventionsfonds in die Sportförderung fliessen. Gegen diesen Plan formierte sich parlamentarischer Widerstand. Viele Abgeordnete stiessen sich an den Kürzungen, die zeitlich mit dem UNO-Jahr des Sports korrelieren. Dieses war wenige Tage zuvor in New York lanciert worden und basiert im Wesentlichen auf einer Initiative von alt Bundesrat Ogi. Im Nationalrat erreichte Humbel Näf (cvp, AG) mit 103 zu 59 Stimmen den Verzicht auf die Kürzung. Im Ständerat wurde ein ähnlicher Antrag Bieri (cvp, ZG), der allerdings die Subvention nur um 1 Mio Fr. anheben wollte, was den der Pro Helvetia gestrichenen Mitteln entsprochen hätte, abgelehnt. Mit 104 zu 63 Stimmen beharrte der Nationalrat auf seinem ersten Entscheid. Auch der Ständerat war nicht zum Nachgeben bereit: mit 27 zu 11 Stimmen blieb er beim Entwurf des Bundesrates, worauf die grosse Kammer ihre Haltung mit 114 zu 65 Stimmen bekräftigte. Die Einigungskonferenz wollte dem Nationalrat zustimmen. Ihr Antrag scheiterte jedoch in beiden Kammern, womit es bei der vom Bundesrat vorgeschlagenen Kürzung blieb.³⁷

-
- 1) AB NR, 2005, S. 951.
 - 2) AB NR, 2007, S. 1142.
 - 3) AB SR, 2007, S. 302.; E-Health-Strategie: BaZ und LT, 28.6.07.; LT, NLZ und NZZ, 15.2.07
 - 4) AB NR, 2009, S. 528 f.
 - 5) AB NR, 2010, S. 1131.
 - 6) AB NR, 2010, S. 2161.
 - 7) BO CN, 2011, p. 530.
 - 8) AB NR, 2015, S. 428 ff.; AB NR, 2015, S. 438 ff.; NZZ, 19.3.15
 - 9) Medienmitteilung SGK-N vom 22.1.16
 - 10) Medienmitteilung SGK-S vom 22.3.16
 - 11) AB NR, 2016, S. 1170 f.
 - 12) AB NR, 2016, S. 2218 f.
 - 13) AB NR, 2016, S. 2245 ff.; Kommissionsbericht SGK-NR vom 3.11.16; Medienmitteilung SGK-NR vom 13.11.15; Medienmitteilung SGK-SR vom 22.3.16
 - 14) AB NR, 2017, S. 930 ff.
 - 15) AB NR, 2017, S. 1239 f.
 - 16) AB NR, 2017, S. 1393 f.; AB SR, 2017, S. 616 ff.
 - 17) BU, Blick, LZ, SGT, 17.10.17; BZ, Blick, CdT, LMD, NZZ, TA, 18.10.17; Lib, 19.10.17
 - 18) AB NR, 2019, S. 907 ff.
 - 19) AB NR, 2008, S. 63 ff.; AB NR, 2008, S. 741 ff.; AB SR, 2008, S. 288 ff.; AB SR, 2008, S. 432 f. und 531; AB NR, 2008, S. 1022.
 - 20) AB NR, 2013, S. 1343.
 - 21) AB NR, 2015, S. 130 ff.; NZZ, SGT, 6.3.15
 - 22) BBI 2018, S. 7653 ff.; AZ, LT, SGT, 8.11.18; BaZ, 9.11.18
 - 23) AB NR, 2007, S. 387 f.
 - 24) AB SR, 2008, S. 813 f.
 - 25) Motionen Heim und Humbel Näf: AB NR, 2009, S. 55 f.; AB NR, 2009, S. 2313 ff. Motion Robbiani: AB SR, 2009, S. 512 f.
 - 26) AB NR, 2010, S. 554.
 - 27) BO CN, 2011, 1680 ss.
 - 28) AB NR, 2012, S. 2552
 - 29) AB NR, 2014, S. 672 ff.; AB SR, 2014, S. 1142 ff.; AB SR, 2014, S. 1273 ff.; BBI, 2013, S. 1 ff.; BBI, 2013, S. 131 ff.; Medienmitteilungen der SGK-NR vom 24.1., 21.2., 11.4. und 4.7.2014; Medienmitteilungen der SGK-SR vom 24.10. und 18.11.2014; TA, 8.5.14
 - 30) Bericht BR vom 12.10.16
 - 31) Medienmitteilung SGK-NR vom 12.05.2017; Medienmitteilung SGK-SR vom 27.10.2017
 - 32) AB NR, 2017, S. 2187
 - 33) AB SR, 2018, S. 1041 ff.
 - 34) AB SR, 2018, S. 1032 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.18
 - 35) BO CN, 2011, p. 1841 et 2261.
 - 36) AB SR, 2012, S. 385, AB NR, S. 2261
 - 37) AB NR, 2004, S. 1839 f., 2044 f. und 2137 ff.; AB SR, 2004, S. 815 f., 869 f., 905 und 941 ff.; TA, 19.1.04; BZ, 6.11. und 11.11.04; NLZ, 15.11.04.