

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Pflege, Gesundheitspolitik, Suchtmittel
Akteure	Schmid-Federer, Barbara (cvp/pdc, ZH) NR/CN, Frehner, Sebastian (svp/udc, BS) NR/CN, Gilli, Yvonne (gp/verts, SG) NR/CN
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

Schneuwly, Joëlle
Schnyder, Sébastien
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Pflege, Gesundheitspolitik, Suchtmittel, 2011 - 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Gesundheitspolitik	1
Ärzte und Pflegepersonal	5
Suchtmittel	5

Abkürzungsverzeichnis

SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
NFP	Nationales Forschungsprogramm
ZGB	Zivilgesetzbuch
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
WBK-NR	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats

CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
PNR	Programme national de recherche
CC	Code civil
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
CSEC-CN	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

POSTULAT
DATUM: 18.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a adopté un postulat Gilli (pe, SG) chargeant le Conseil fédéral d'étudier les causes du choix systématique en Suisse pour les **procédés de dialyse** les plus coûteux et de proposer des mesures afin de faire respecter les critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation dans ce secteur en tenant compte de la révision du contrat tarifaire suisse. La postulante estime que le choix de faire des dialyses en centre, plus onéreuses, repose sur des considérations psychologiques et est issu de la structure de conseil médical, alors que la dialyse à domicile est moins dispendieuse tout en étant de qualité équivalente. Elle propose également de mettre en place des incitations tarifaires sur ce domaine très coûteux pour l'assurance obligatoire des soins.¹

POSTULAT
DATUM: 15.06.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Ein Postulat Kessler (glp, SG) beauftragt den Bundesrat, einen Bericht über **Patientenrechte** zu verfassen. Dabei soll dargelegt werden, welche Instrumente Transparenz über die Patientenrechte herstellen, und wie diese Rechte von Patientenorganisationen zur Geltendmachung schutzwürdiger öffentlicher Interessen eingeführt werden können. Grundsätzlich geht es darum, die Unübersichtlichkeit verschiedener Patientenrechte zu beheben und damit auch den Patientenorganisationen bessere Grundlagen für ihre Tätigkeit zu schaffen. Patientenorganisationen sehen sich konfrontiert mit Meldungen über systematische Gefährdungen und Schädigungen im Rahmen von medizinischen Behandlungen. Analog zu anderen Bereichen, wie beispielsweise dem Arbeitsrecht, seien deswegen auch hier die schwächeren Vertragsparteien, die Patienten, zu schützen. Die Bedenken wurden vom Bundesrat geteilt. Die Lösung sei allerdings nicht einfach umsetzbar, da der Bund lediglich in jenen Bereichen des Gesundheitsrechts die Patientenrechte normieren kann, in denen er gestützt auf eine Verfassungsnorm zur Regelung befugt ist (z. B. Transplantationsmedizin, Fortpflanzungsmedizin, Epidemien). Zudem seien die Probleme in Ansätzen handhabbar, wie der Bundesrat in seiner Antwort aufzeigte. Insbesondere in den per Anfang 2013 in Kraft tretenden Regeln des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts im ZGB werden zwei neue Instrumente zur Förderung des Selbstbestimmungsrechts von Patientinnen und Patienten (Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung) zur Verfügung stehen. Trotz der eingeschränkten Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Bereich der Patientenrechte beantragte der Bundesrat die Annahme des Postulats: Ein Bericht mit einer vertieften Darstellung der Patientenrechte könne allfällige Lücken in der Gesetzgebung von Bund und Kantonen aufdecken und die Handlungsspielräume aufzeigen. Ein identisches Postulat wurde von Nationalrätin Gilli (gp, SG) und ein ähnliches von Nationalrat Steiert (sp, FR) eingereicht. Alle drei Anliegen wurden im Rat angenommen.²

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 27.09.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das **Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung** soll den in Art. 118 Abs. 2b der Bundesverfassung verankerten Gesetzgebungsauftrag umsetzen, wonach der Bund Regelungen zur Bekämpfung stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten erlässt. Es hat zum Ziel, die Steuerung, die Koordination und die Effizienz von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zu verbessern und damit zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz beizutragen. Das Gesetz war 2011 vom Nationalrat mit einigen Änderungen an den Ständerat überwiesen worden, der jedoch noch Ende 2011 Nichteintreten beschlossen hatte. Im März 2012 behandelte der Nationalrat die Vorlage deshalb erneut und hielt nach langer Debatte mit 106 zu 79 Stimmen an Eintreten fest. Teile der CVP/EVP/glp Fraktion, sowie einige Liberale und die geschlossene SVP Fraktion stellten sich gegen den Gesetzesentwurf. Eine rechtsbürgerliche Kommissionsminderheit Frehner (svp, BS) hatte erneut einen Antrag auf Nichteintreten gestellt. Die Gegner der Vorlage sahen im Rahmengesetz eine Bevormundung der Bevölkerung sowie die Gefahr einer aufblühenden, teuren Präventionsindustrie, welche nicht kontrollierbar sei. Prävention an sich sei zwar wichtig und im Rahmen der Möglichkeiten zu fördern, ein eigenes Gesetz dazu sei aber der falsche Weg. Das vom Nationalrat abermals unterstützte Gesetz gelangte Mitte 2012 wiederum in den Ständerat, wobei die vorberatende

Kommission für Eintreten warb. Eine Minderheit Kuprecht (svp, SZ) wollte dies abermals verhindern, den ersten Ständeratsentscheid bestätigen und die Vorlage so endgültig zum Scheitern bringen. In einer langen Eintretensdebatte zwischen zwei gleich starken Lagern wurden die Argumente nochmals dargelegt. Das Gesetz sei ein wichtiges Signal und ein Instrument zur Koordination, so die Befürworter; es sei unnötig, eine Bevormundung der Bürgerinnen und Bürger, so die Voten der Gegner, welche sich im Übrigen in der kleinen Kammer zahlreich in den Reihen der CVP fanden. Bei 21 zu 21 Stimmen entschied Ratspräsident Altherr (fdp, AR) für Eintreten. Die Detailberatung zeigte keine grösseren Kontroversen und in der Gesamtabstimmung wurde die Vorlage mit 20 zu 16 Stimmen gutgeheissen. Im September wurden sämtliche Anpassungen des Ständerates von der Volkskammer angenommen, womit inhaltliche Differenzen ausgemerzt waren. Der Ständerat musste schliesslich im September des Berichtsjahres lediglich noch über die Ausgabenbremse befinden, welche wegen Artikel 39a gelöst werden musste, da das Gesetz auch 9 Mio. CHF pro Jahr für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vorsah. Die 22 für den Antrag abgegebenen Stimmen (19 dagegen) reichten allerdings nicht aus, um das nötige qualifizierte Mehr zu erreichen. Der Nationalrat stellte sich in der vierten Runde erneut hinter die Vorlage und schickte das Geschäft diskussionslos zurück an den Ständerat. Mit einem letzten Aufbäumen gegen das Gesetz beantragte eine Minderheit Schwaller (cvp, FR) die Verweigerung der Lösung der Ausgabenbremse – erfolgreich, denn mit dem Votum von 21 gegen 20 Stimmen blieb das qualifizierte Mehr erneut aus. Die Vorlage musste damit in die Einigungskonferenz, welche sich für den Entwurf des Nationalrates aussprach. Mit 105 zu 70 Stimmen folgte dieser dem Antrag. Im Ständerat hatte die Vorlage aber bis zum Schluss keine Chance und in der letzten Abstimmung scheiterte das Geschäft mit 22 zu 19 Stimmen abermals am qualifizierten Mehr. Die Vorlage war damit abzuschreiben und ein Prozess, welcher sich über rund drei Jahre hinzog, wurde ergebnislos abgeschlossen. Es war in den letzten 20 Jahren erst das zweite Mal, dass die kleine Kammer einen Vorschlag der Einigungskonferenz ablehnte.³

BUNDESRATSGESCHÄFT
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 schaffe, 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.⁴

POSTULAT

DATUM: 18.03.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Nationalrat Frehner (svp, BS) hatte noch 2015 ein Postulat eingereicht, mit dem eine Prüfung von **Massnahmen gegen die Überversorgung im Gesundheitswesen** in Erwägung gezogen werden soll. Wie es der Titel verlauten lässt, ortete der Postulant eine Überversorgung im Gesundheitswesen, wobei wettbewerbliche Grundprinzipien gefährdet seien. Insofern sollte der Bundesrat prüfen und aufzeigen, wie einzelne Anpassungen im Rahmen der OKP vorgenommen werden könnten. Vorgeschlagen wurden pauschale Vergütungsmodelle für den ambulanten Bereich anstelle des Einzelleistungstarifs; die Einführung von obligatorischen Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke; und die Verpflichtung, integrierten Versorgungsmodellen beizutreten, zum Zweck der verbesserten Koordination der Pflege. Eine Überversorgung sei entstanden, weil zunehmend medizinisch nicht indizierte, unzweckmässige oder unwirtschaftliche Leistungen verordnet würden, die einer Mengenausweitung entsprächen. Dazu zählten beispielsweise unnötige Meniskusoperationen oder übermässig häufige Durchführung von Computertomographien, Magnetresonanztomographien und Koronarangiographien. Eine Überversorgung, so der Postulant, gefährde die Behandlungsqualität und treibe die Gesundheitskosten unnötig in die Höhe. Unter der Maxime "less is more" sollte auch in der Schweiz eine "Choosing wisely"-Praxis im Sinne des US-amerikanischen Vorbilds etabliert werden.

Der Bundesrat begrüsst den Ansatz und beantragte das Postulat zur Annahme, obwohl im Rahmen der Gesamtschau Gesundheit 2020 bereits einige der vorgebrachten Ziele verfolgt werden. Eine angemessene medizinische Versorgung sei sehr wichtig und eine weiterführende Betrachtung des Themas daher angezeigt. Das von 8 Mitunterzeichnenden unterstützte Anliegen wurde vom Nationalrat diskussionslos angenommen.⁵

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.⁶

POSTULAT

DATUM: 12.06.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das Postulat Frehner (svp, BS), mit dem **Massnahmen gegen die Überversorgung im Gesundheitswesen** geprüft werden sollten, wurde vom Bundesrat 2017 zur Abschreibung beantragt. Zuvor war jedoch kein Bericht erstellt worden, stattdessen verwies die Regierung auf andere Massnahmen, die seit geraumer Zeit umgesetzt worden seien. So sei das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) seit 2007 daran, verschiedene Studien zur Gesundheitsversorgung zu erstellen. Daneben habe der Bundesrat ein nationales Forschungsprogramm (NFP) zum Thema Gesundheitsversorgung beschlossen. Das mit CHF 20 Mio. ausgestattete Programm nahm ab 2015 Gestalt an. Weiter seien auch Anstrengungen zusammen mit den Kantonen unternommen worden, um das Verlagerungspotenzial von der stationären hin zur ambulanten Versorgung besser auszuschöpfen, wobei auch die Versicherer angehört worden seien. Überversorgung und Fehlversorgung – wie von Frehner moniert – würde also bereits Gegensteuer gegeben und die Förderung der Versorgungsforschung führe ebenfalls zu einer Entlastung, erklärte der Bundesrat. Daher könnten das Postulat Frehner und ein älterer Vorstoss Sommaruga (sp, BE) aus dem Jahr 2006 abgeschrieben werden.

Die SGK des Nationalrates zeigte sich kritisch und war mit der Argumentation der Regierung nicht einverstanden. Sie nehme von den Arbeiten und Projekten des Bundesrates Kenntnis, halte aber gleichzeitig fest, dass zur Reduktion der Überversorgung noch konkrete Massnahmen fehlen würden. Gerade dass kein Bericht erstellt wurde, war der Kommission ein Dorn im Auge, weswegen sie dem Ratsplenum beantragte, Frehners Postulat noch nicht abzuschreiben. Dem folgte die grosse Kammer im Juni 2017, womit der Auftrag an die Regierung aufrechterhalten blieb.⁷

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 26.10.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Eine bereits 2015 eingereichte parlamentarische Initiative Frehner (svp, BS) wurde 2017 auch von der zweiten Gesundheitskommission befürwortet. Darin ging es um eine Sanktionsmöglichkeit gegen Spitäler, die ihre Daten den Tarifpartnern nicht transparent und fristgerecht mitteilten. Mit einer Revision des KVG sollte erreicht werden, dass fehlbaren Häusern der Referenztarif um bis zu 10 Prozent gesenkt werden könnte. Der Basler leitete die Notwendigkeit einer solchen Anpassung aus einer bundesrätlichen Stellungnahme zu einer Interpellation ab, in der die Regierung eingeräumt hatte, dass bezüglich **Kostentransparenz der Spitäler** und weiterer Institutionen (Geburtshäuser, Pflegeheime) keine Mittel zur Durchsetzung vorhanden seien. Die Kenntnis der Spitaldaten sei jedoch erforderlich, um im System der neuen Spitalfinanzierung die Referenztarife ermitteln zu können, weswegen eine Beteiligung aller Spitäler essentiell sei.

Die SGK des Nationalrates hatte der Initiative bereits Ende 2016 mit 12 Stimmen einstimmig (gleichwohl mit fünf Enthaltungen) Folge gegeben. Mit dem identischen Stimmenverhältnis unterstützte auch die ständerätliche Kommission das Anliegen. Der Ball lag somit bei den Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitikern des Nationalrates, hierzu einen Erlassentwurf zu erarbeiten.⁸

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 05.07.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Im Juli 2019 befasste sich die **SGK-NR** im Zusammenhang mit der Umsetzung der parlamentarischen Initiative Frehner (svp, BS) mit der **Kostentransparenz der Spitäler**. Um Fragen bezüglich Datenlieferungen der Spitäler zu klären, hörte sie sich Kantons-, Versicherer und Spitalvertreterinnen und -vertreter an. Zudem beauftragte die Kommission die Verwaltung, einer Reihe von offenen Punkten nachzugehen.⁹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 14.11.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Im November 2019 beantragte die SGK-NR für die parlamentarische Initiative Frehner (svp, BS) zur **Kostentransparenz der Spitäler** eine **Verlängerung der Behandlungsfrist** bis zur Wintersession 2021. Die Verwaltung bereite momentan auf der Grundlage der festgelegten Kriterien einen Vorentwurf vor, den die Kommission in den kommenden Monaten diskutieren werde, so die SGK-NR in ihrem Kommissionsbericht. Im Anschluss daran werde sie einen Entscheid über «die Frage einer Vernehmlassung» fällen. Die Verlängerung des Behandlungszeitraums sei notwendig, um die Arbeiten hinsichtlich einer definitiven Gesetzesvorlage fortsetzen zu können. In der Wintersession 2019 kam der Nationalrat diesem Antrag nach und verlängerte die Verhandlungsfrist um zwei Jahre.¹⁰

Ärzte und Pflegepersonal

POSTULAT
DATUM: 15.06.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Mit einem im Juni des Berichtsjahres vom Nationalrat überwiesenen Postulat Schmid-Federer (cvp, ZH) wird der Bundesrat beauftragt zu prüfen, wie die rechtlichen Rahmenbedingungen für Pendelmigrantinnen, die in Schweizer Privathaushalten **Altersbetreuungsdienste** leisten, verbessert werden können. Es ist beobachtet worden, dass Care-Arbeit zunehmend durch Pendelmigrantinnen aus Deutschland und den osteuropäischen EU-Staaten übernommen wird. Die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen für diesen neu entstandenen Arbeitsmarkt seien diffus, teilweise lückenhaft und böten ungenügenden Arbeitnehmerschutz. Die Postulantin merkte an, dass mit einer zunehmenden Nachfrage nach Betreuungspersonal in Privathaushalten der Erlass rechtlicher Rahmenbedingungen unerlässlich sei. Der Bundesrat teilte das Anliegen uneingeschränkt und beantragte dessen Annahme, die durch den Rat stillschweigend erfolgte.¹¹

Suchtmittel

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 17.12.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Ob sogenannte Komatrinker **Aufenthalte in Spitälern oder Ausnüchterungszellen selber bezahlen** müssen, ist seit 2010 Gegenstand parlamentarischer Beratungen. Eine parlamentarische Initiative Bortoluzzi (svp, ZH) sollte jedenfalls auf eine entsprechende Regelung hinwirken. Der Vorstoss wurde zunächst von beiden Gesundheitskommissionen unterstützt, ehe er 2014 erstmals im Plenum des Nationalrats traktandiert wurde. Damals liess man sich jedoch noch nicht auf eine Diskussion ein, um noch weiterführende Arbeiten abwarten zu können. So gelangte der Vorstoss nach der Fristerstreckung erst im Winter 2015 auf die Agenda der Volkskammer. Und die Debatte hatte es in sich, sie war nicht nur lang, sondern auch sehr emotional. Am Ende obsiegte der SGK-Antrag auf Abschreibung der Initiative, das Anliegen wurde damit verworfen.

Mit der Initiative sollte das KVG derart angepasst werden, dass durch exzessiven Alkoholkonsum resultierende Spitalaufenthalte (resp. Behandlungen in den Notaufnahmen) zulasten der Verursacher, also der „Trinker“ abgerechnet werden. Nachdem diesem Vorstoss Folge gegeben wurde, hatte die SGK eine Subkommission eingesetzt und diese beauftragt, einen Entwurf auszuarbeiten. Zwischen Ende Juni und Ende Oktober 2014 wurde dazu eine Vernehmlassung durchgeführt. Von 92 eingegangenen Stellungnahmen lehnte ein Grossteil den Entwurf ab, mit unterschiedlichen Argumenten. Unter anderem wollte man keinen Systemwechsel im KVG durch Einführen der Verschuldensfrage, zudem bezweifelte man die Wirksamkeit der Massnahme. Unklare Kostenentwicklung sowie eine Befürwortung alternativer Massnahmen im Bereich Prävention waren weitere Argumente dagegen. Trotz dieser Abwehrhaltung, vor allem der Kantone, übergab die SGK-NR den Erlassentwurf unverändert zusammen mit dem Vernehmlassungsbericht an den Bundesrat (allerdings mit 13 zu 11 Stimmen und einer Enthaltung knapp). Die Kommission war also damals noch für diese Gesetzesänderung.

Daraufhin veröffentlichte die Regierung ihre Stellungnahme im Sommer 2015. Dort wurde dargelegt, dass der Erlassentwurf vom Bundesrat in vorliegender Form nicht

unterstützt wurde. Ursächlich dürfte auch die Skepsis aus der Vernehmlassung gewesen sein. Jedoch war dies nicht der einzige Grund, wie der Bundesrat wiederholt bekräftigte. Auch mit Verweis auf seine frühere Haltung in ähnlichen Geschäften machte er deutlich, dass er nicht Hand biete für einen Systemwechsel im KVG. Überdies seien wichtige Programme unterwegs, um Alkoholsucht zu begegnen, so zum Beispiel das Nationale Programm Alkohol oder auch die Revision der Alkoholgesetzgebung. Mit diesem Gegenwind hatte die SGK ihre sessionsvorbereitende Sitzung zu bewältigen, wo sie eine Kurskorrektur vornahm. Sie schwenkte um und war fortan mehrheitlich gegen den Erlass. Neben dem Systemwechsel war auch die Wirksamkeit der Massnahme unklar und führte darum zur Ablehnung. So sei denkbar, dass Personen in wirtschaftlich prekären Verhältnissen auf eine Behandlung verzichteten, was beispielsweise zu hohen Folgekosten führen würde. Weiter war unklar, ob nur jugendliche Komatrinker gemeint sind oder auch ältere Alkoholkonsumierende. Die nicht definierbare Kostenfolge sollte ebenfalls als kritisches Argument ins Feld geführt werden. Gegen die Abschreibung wehrte sich eine Minderheit Frehner (svp, BS), die sich von der Notwendigkeit der Gesetzesänderung überzeugt zeigte. Betroffene müssten in die Pflicht genommen werden, was eine Stärkung der Eigenverantwortung bedeutete. Steigende Kosten im Gesundheitswesen rechtfertigten überdies einen solchen Schritt.

Es waren dieselben Argumente für und wider den Erlassentwurf, die in der Debatte abermals vorgebracht wurden. Kommissionssprecherin Schmid-Federer (cvp, ZH) brachte einen wichtigen Punkt zur Sprache. Es war bis anhin schon möglich, dass die Kantone die Kosten einer alkoholbedingten Hospitalisierung den Patienten in Rechnung stellen, dies würde auf jeden Fall so bleiben. Mit der Ablehnung der Initiative würde bloss die Pflicht der Kostenabwälzung umgangen. Weiterhin läge es also in der Kompetenz der kantonalen Legislative, dergleichen zu beschliessen. Ihr Gegenspieler in dieser Sache war Nationalrat de Courten (svp, BL), der sowohl die Kommissionsminderheit, als auch die SVP-Fraktion vertrat. Er wollte das Ziel der parlamentarischen Initiative nicht aus den Augen verlieren und dem Erlass zum Durchbruch verhelfen. Es könne nicht sein, dass Personen durch ein „absichtliches Besäufnis“ der Allgemeinheit zur Last fallen. Er kritisierte überdies auch die Haltung der Kommission, die nach ihrer vormaligen Unterstützung die Initiative nun fallen lassen wollte. Die Diskussion zog sich hin, von rechts wurde der Entwurf gelobt, von links als „eine der wohl absurdesten Vorlagen, die es im Rat je so weit geschafft“ haben, bezeichnet (Steiert (sp, FR)).

Es kam schliesslich zu einem einigermaßen knappen Resultat von 97 Stimmen für die Abschreibung der Initiative und 85 dagegen, elf Nationalrätinnen und Nationalräte enthielten sich. Das Geschäft wurde damit versenkt. Es waren die fast geschlossen stimmenden Fraktionen der SVP und der FDP, die in der Ausmarchung unterlagen. Acht von elf Unentschiedenen gehörten der FDP-Liberalen Fraktion an.¹²

POSTULAT
DATUM: 09.06.2021
JÖELLE SCHNEUWLY

Im November 2020 reichte die WBK-NR ein Postulat ein, mit dem sie die **Stärkung der Nationalen Strategie Sucht durch einen Einbezug der Cyberabhängigkeit** forderte, wobei die Bereiche Bildung, Prävention, Behandlung und Risikoverminderung berücksichtigt werden sollen. Der Bundesrat erklärte in seiner schriftlichen Stellungnahme, dass die Erarbeitung eines Massnahmenpakets, welches nur eine Suchtform zum Gegenstand habe, einem «suchtformübergreifenden Ansatz», wie er bei der Nationalen Strategie Sucht angedacht sei, zuwiderlaufe. Anstatt jeder Suchtform individuell zu begegnen, bedürfe es einer spezifischen Prävention pro Altersgruppe und Lebenswelten. Zudem setze sich der Bund bereits mit dem Thema «Cyberabhängigkeit» auseinander. Ein Beispiel dafür sei die Expertengruppe «Onlinesucht», die anlässlich der Postulate Forster-Vannini (fdp, SG; Po. 09.3521) und Schmid-Federer (cvp, ZH; Po. 09.3579) ins Leben gerufen worden sei. Folglich lehne er das Postulat ab. Dieser Antrag war im Nationalrat jedoch nicht erfolgreich. Diskussionslos nahm die grosse Kammer das Geschäft in der Sommersession 2021 mit 123 zu 60 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an, nachdem dieses im Rahmen der Eintretensdebatte des Bundesratsgeschäfts 20.069 diskutiert worden war.¹³

1) BO CN, 2011, p. 530.

2) AB NR, 2012, S. 1209; Po. 12.3124 (Gilli); AB NR, 2012, S. 1211; Po. 12.3207 (Steiert); AB NR, 2012, S. 1210.

3) BBl, 2009, 7071 ff.; AB NR, 2012, S. 305 ff., 1372 ff., 1579 f. und 1694 ff.; AB SR, 2012, S. 371 ff., 780, 862 ff. und 930 ff., NZZ, 28.9.12.

4) AB NR, 2015, S. 428 ff.; AB NR, 2015, S. 438 ff.; NZZ, 19.3.15

5) AB NR, 2015, S. 552

6) AB NR, 2017, S. 930 ff.

7) AB NR, 2017, S. 1022 ff.

8) Medienmitteilung SGK-NR vom 4.11.16; Medienmitteilung SGK-SR vom 27.10.17

- 9) Medienmitteilung SGK-NR vom 5.7.19
- 10) AB NR, 2019, S. 2423; Bericht SGK-NR vom 14.11.19
- 11) AB NR, 2012, S. 1213.
- 12) AB NR, 2015, S. 2281 ff.; AB NR, 2015, S. 2287 ff.; BBl, 2015, S. 4115 ff.; BBl, 2015, S. 5863 ff.; Bericht SGK-NR vom 22.10.2015; Vernehmlassungsbericht vom 17.04.2015; BaZ, NZZ, 18.12.15
- 13) AB NR, 2021, S. 1168