

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	20.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Pflege, Gesundheitspolitik
Akteure	Schmid-Federer, Barbara (cvp/pdc, ZH) NR/CN, Berset, Alain (sp/ps) BR EDI / CF DFI, Berberat, Didier (sp/ps, NE) SR/CE
Prozesstypen	Bundsratsgeschäft
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

Heidelberger, Anja
Schmid, Catalina
Schneuwly, Joëlle
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Heidelberger, Anja; Schmid, Catalina; Schneuwly, Joëlle; Schubiger, Maximilian 2024.
Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Pflege, Gesundheitspolitik, Bundesratsgeschäft, 2014 – 2020. 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	6
Medikamente	7
Sozialversicherungen	7
Krankenversicherung	8
Soziale Gruppen	8
Familienpolitik	8

Abkürzungsverzeichnis

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
WBK-SR	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Ständerats
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
NIS	nichtionisierende Strahlung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz)
FIFG	Bundesgesetz über die Förderung der Forschung und der Innovation
NISSG	Bundesgesetz über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

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
CSEC-CE	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil des Etats
DFI	Département fédéral de l'intérieur
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
RNI	rayonnement non ionisant
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
CP	Code pénal suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
LPSan	Loi sur les professions de la santé
LERI	Loi fédérale sur l'encouragement de la recherche et de l'innovation
LRNIS	Loi fédérale sur la protection contre les dangers liés au rayonnement non ionisant et au son
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.05.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

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

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

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

Immer wieder gegen den Verfassungsartikel äusserte sich indes der Zürcher SVP-Nationalrat Toni Bortoluzzi. Er kritisierte, dass der vorgeschlagene Artikel falsche Signale aussende: Es sei nicht Sache des Bundes, eine bestimmte Berufsgruppe attraktiv zu machen. Gleichwohl wurde von der Volkspartei selber vorerst keine Gegenkampagne geführt. Erst am 8. Mai, also nur zehn Tage vor der Abstimmung setzte sich ein Gegnerkomitee zusammen, in dem Bortoluzzi federführend war. Das Komitee warnte vor dem „entscheidenden Schritt zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens“. Dem Komitee schlossen sich einige SVP-Politiker und etwa 20 Ärzte an. Tatsächlich hatte die SVP als einzige Partei die Nein-Parole ausgegeben. Wichtigstes Argument blieb, dass es keines Verfassungsartikels bedürfe, um die Grundversorgung sicherzustellen. Aus Kreisen des Gegnerkomitees wurde gar vor einer „Mogelpackung“ gewarnt: Man befürchte, dass die freie Arztwahl und der direkte Zugang zum Hausarzt nicht mehr gewährleistet seien.

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

Abstimmung vom 18. Mai 2014

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

Parolen:

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

* In Klammer Anzahl abweichender Kantonalsektionen

Die Vox-Analyse im Nachgang der Abstimmung führte zu Tage, dass die Hausarztvorlage recht deutlich im Schatten der anderen, an diesem Tag behandelten Vorlagen (Gripen, Pädophilie und Mindestlohn), stand. So wusste ein Drittel der Befragten nicht, worum es bei dieser Vorlage gegangen war. Wichtigste Motive der Ja-Stimmenden waren die Förderung der Hausärzte und die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung. Es wurde jedoch auch ein grosses Regierungsvertrauen festgestellt: 92% der Befragten, die dem Bundesrat grundsätzlich vertrauen, hatten hier Ja gestimmt. Als wichtigstes Nein-Argument wurde die „last-minute-Kritik“ des Gegenkomitees ermittelt, nämlich eine Ablehnung der Verstaatlichung. Dass das gegenwärtige System funktioniere und dass Hausärzte nicht bevorzugt werden sollen waren weitere, häufig genannte Gründe der Gegner.¹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 16.06.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Ende 2015 unterbreitete die Landesregierung den eidgenössischen Räten einen Entwurf für ein neues Gesetz. Das **Bundesgesetz über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall (NISSG)** soll Menschen vor gesundheitsgefährdender nichtionisierender Strahlung (NIS) schützen und auch Risiken durch Schall minimieren. Unter anderem kann mit dem Gesetz auch ein Verbot von gefährlichen Laserpointern erlassen werden.

Bekannte Produkte, die solche Strahlungen verursachen, sind beispielsweise Solarien oder medizinische Laser, die bei unsachgemässer Verwendung zu Hautirritationen, -verbrennungen oder gar zu Krebs führen können. Ohne gesetzliche Grundlage könne nicht kontrolliert werden, ob Anbieter und Nutzer solcher Geräte die sicherheitsrelevanten Vorgaben der Hersteller einhalten. Ebenso können keine Vorschriften zur Verwendung solcher Gerätschaften erlassen werden. Das neue Gesetz steht ganz im Zeichen der Sicherheit. Neben der bestmöglichen Durchsetzung von Sicherheitsvorkehrungen soll mit dem Gesetz auch ermöglicht werden, besonders gefährliche Produkte ganz aus dem Schweizer Markt auszuschliessen. Das neue Gesetz wurde vom Bundesrat als nötig eingeschätzt, da die beabsichtigten Wirkungen nicht durch Ergänzungen anderer Bundesgesetze erzielt werden können.

Diese Einschätzung wurde in der Vernehmlassung nur begrenzt geteilt. Einige Stellungnehmende sprachen sich dafür aus, dass nicht ein eigenständiges Gesetz erlassen, sondern bestehende Gesetze ergänzt werden sollen, wie beispielsweise im Bereich des Waffenrechts oder im Heilmittelgesetz. Dass die Regierung sich mit dem Entwurf über diese Forderungen hinweggesetzt hatte, sei der Systematik der Erlasse geschuldet. Regelungen betreffend NIS oder Schall seien systemfremd und können deswegen nicht in diese bestehenden Erlasse eingefügt werden, erklärte der Bundesrat.

Als Erstrat befasste sich in der Sommersession 2016 der Ständerat mit dem Entwurf. Die SGK beantragte einstimmig (bei einer Enthaltung), dem Entwurf in der vorliegenden Form zuzustimmen. Ihr Sprecher Joachim Eder (fdp, ZG) hob insbesondere zwei Massnahmen hervor: Ein Verbot gefährlicher Laserpointer und im Sinne des Jugendschutzes ein Besuchsverbot von Solarien für Minderjährige. Der während der kurzen Debatte anwesende Gesundheitsminister sah keinen Anlass, weitere Worte an das Plenum zu richten. Das war auch nicht nötig – mit 35 zu 0 Stimmen überwies der Ständerat die Vorlage unverändert dem Nationalrat.²

Ende 2015 unterbreitete der Bundesrat dem Parlament eine **Änderung des Krankenversicherungsgesetzes**. Der Fokus lag dabei auf der **Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit**. Die Kernelemente waren die Sicherstellung qualitativ hochstehender Leistungen, eine nachhaltige Erhöhung der Patientensicherheit sowie eine Dämpfung der Kostensteigerung in der OKP. Mit diesen Anpassungen reagierte die Landesregierung auf diverse parlamentarische Vorstösse.

Das revidierte KVG ermöglicht eine Bereitstellung finanzieller und struktureller Mittel zur Etablierung der Qualitätsstrategie des Bundes, wie sie im Rahmen von Gesundheit 2020 angestossen worden war. Das Hauptaugenmerk lag auf der Einsetzung nationaler Programme sowie auf der Konstituierung einer ausserparlamentarischen Kommission „Qualität in der Krankenversicherung“, die dem Bundesrat beratend zur Seite stehen sollte. Aktivitäten einzelner Leistungserbringer sollten hingegen mit dieser Gesetzesrevision nicht unterstützt werden. In diesem Sinne sollte auch mit dieser Neuregelung das Primat der Vertragspartnerschaft nicht angetastet werden. Für die Finanzierung dieser Massnahmen schlug der Bundesrat vor, jährliche Beiträge der Versicherer im Umfang von 0.07 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie für alle nach KVG versicherten Personen (Kinder ausgenommen) zu erheben. Dadurch sollten fast CHF 20 Mio. pro Jahr zusammenkommen.

Die Vorlage wurde für die Sommersession 2016 im Ständerat traktandiert, seine vorberatende Kommission hatte sich bereits im März dazu beraten. Die KVG-Revision stiess dort jedoch nicht auf offene Ohren. Mit 9 zu 4 Stimmen beantragte die SGK-SR dem Plenum, gar nicht erst auf die Vorlage einzutreten. Vorherrschende Meinung war, dass die Leistungserbringer bereits unter dem gegenwärtigen Regime „gute medizinische Leistungen“ schuldeten, weswegen eine diesbezügliche Gesetzesänderung hinfällig sei. Überdies verfüge der Bund bereits über genügend Möglichkeiten, eine hohe Qualität im Gesundheitswesen einzufordern. Ebenso wurde die Finanzierung kritisiert. Da die Versicherer verlauten liessen, dass eine Finanzierung „durch Prämiegelder der OKP unüblich“ sei und sie diese ablehnten, befürchtete die SGK-SR, dass letztlich doch wieder die Prämienzahlenden über höhere Prämien belastet würden. Statt der Prämienzahlenden sollten aber die Leistungserbringer und Versicherer für die Ressourcenbereitstellung erhalten. Für ihre Entscheidungsfindung hatte die Kommission auch einen Zusatzbericht eingefordert, worin die Möglichkeit einer Erfüllung der Absichten in einem privatwirtschaftlich geprägten Modell geprüft werden sollte. Da seitens der Verwaltung diesbezüglich offenbar kaum Bereitschaft signalisiert wurde – Graber gab zu Protokoll, dass man keine Absicht erkannt habe, „die Vorlage auch nur im Mikrobereich“ anpassen zu wollen –, kam die Kommission zu ihrem deutlichen Votum.

Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) war für Eintreten. Ihrer Ansicht nach war eine Handlungsnotwendigkeit gegeben, da die Qualität der medizinischen Leistungen eben doch nicht so hochstehend sei, wie gemeinhin angenommen werde. Studien belegten gegenteilig, dass in einem von zehn Fällen bei Patienten während eines Spitalaufenthalts Komplikationen auftreten würden, welche die Verweildauer in stationärer Pflege um rund eine Woche verlängerten. Dies wiederum führe unter anderem zu hohen Kosten. Stöckli vertrat im Plenum aber auch die Haltung diverser Akteure im gesundheitspolitischen Umfeld, beispielsweise der GDK. Sie hatte die Ständesvertreterinnen und Ständesvertreter „eindringlich“ gebeten, auf die Vorlage einzutreten. Stellvertretend für weitere Akteure sah auch sie eine Notwendigkeit dieser Gesetzesänderung.

In der Eintretensdebatte wurde in der Folge praktisch eine neue Auslegeordnung der Argumente vorgenommen. Pascale Bruderer (sp, AG) merkte an, dass die Diskussion im Ratsplenum sogar ergiebiger sei als in der Kommission. Sie wollte das jedoch nicht als Kritik ausgelegt wissen, sondern begrüsst die umfassende Debatte. Befürworter und Gegner der Vorlage versuchten ihre Positionen für und wider die Vorlage überzeugend darzulegen. Oberhand behielten jedoch am Ende die Gegner, die – trotz besonders ausführlichem Votum des Gesundheitsministers – im Sinne der SGK mit 27 Stimmen Nichteintreten beschlossen. 16 Ständerätinnen und Ständeräte wären für Eintreten gewesen.

Nichteintreten war insofern bemerkenswert und im Übrigen von Bundesrat Berset auch kritisiert worden, weil die Vorarbeiten für diese Gesetzesänderung aus einem Auftrag des Parlaments entsprungen waren. Damals hatte man sich mehrfach für eine Qualitätsstrategie ausgesprochen.³

In der Frühjahrsession 2017 war es am Ständerat, sich erneut über das **Bundesgesetz über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall (NISSG)** zu beugen und eine Einigkeit mit dem Nationalrat zu erzielen. Die wenigen Differenzen führten nur zu einer kurzen Ratsdebatte, die Kommissionsprecher Eder (fdp, ZG) quasi in Eigenregie bewältigen konnte. Namens der Kommission beantragte der Zuger, in zwei Entscheidungen dem Nationalrat zu folgen, in einem Punkt jedoch auf der ständerätlichen Fassung zu beharren. Wie auch vom Bundesrat vorgegeben, sollte ein Verbot von gewerblichen oder beruflichen Verwendungen von Produkten mit erheblichem Gefährdungspotenzial aufrechterhalten werden. Im weiteren Sinne ging es um ein Verbot von gefährlichen Laserpointern, die im Ausland ohne Weiteres erworben werden können. Im engeren Sinne umfasste das Verbot schliesslich jedoch Laser erzeugende Vorrichtungen, wie sie beispielsweise im medizinischen oder kosmetischen Bereich verwendet werden. Solche Geräte, die besonders starke Laserstrahlungen zu erzeugen im Stande sind, sollen für den Allgemeingebrauch verboten bleiben, wobei eben die medizinische Anwendung – sofern sie „in einem grösseren medizinischen Verwendungskontext beherrschbar ist“ – nicht unter das Verbot fiel. Mit dem Segen des Gesundheitsministers unterstützte das Plenum diesen Kommissionsantrag. In Sachen Grundlagenbeschaffung lenkte der Ständerat auf die nationalrätliche Version ein, wobei es sich, so Eder, fast schon um eine redaktionelle Anpassung handle. Für die Beschaffung wissenschaftlicher Grundlagen für den Vollzug des NISSG und Unterstützungsleistungen für die Forschung biete das FIFG bereits eine Handhabe. Bezüglich der Evaluation der Norm zeigte sich das Ständeratsplenum ebenfalls mit dem Nationalrat einverstanden und folgte damit einer Einverständniserklärung des Bundesrats, eine entsprechende Überprüfung des Gesetzes veranlassen zu wollen. Das Geschäft ging mit guten Aussichten zurück in den Nationalrat.⁴

Im Mai hatte der Bundesrat seine Botschaft zu einem Rahmenabkommen mit Frankreich vorgelegt. Es ging dabei um die Koordination der regionalen, **grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich**. Auf Anregung Frankreichs, das zuvor auch mit seinen Nachbarstaaten Deutschland, Spanien und Belgien entsprechende Vereinbarungen getroffen hatte, liess sich auch die Schweiz auf solche Verhandlungen ein. Angesichts der zunehmenden Mobilität, gerade auch arbeitsmarktbedingt in den Grenzregionen, seien Gesundheitskrisen ernst zu nehmen. Ein Interesse an einer Zusammenarbeit sei dabei also durchaus gegeben. Um die vorliegenden Entwürfe zu erarbeiten, hatte die Regierung die betroffenen Grenzkantone sowie die aussenpolitischen Kommissionen angehört. Herausgekommen ist ein Set von Übereinkommen, deren Gültigkeitsbereich sich räumlich jedoch auf die schweizerisch-französischen Grenzgebiete beschränkt. Geregelt werden unter anderem die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Grenzgebiet, die Gewährleistung einer schnellstmöglichen medizinischen Notfallversorgung oder auch Formalitäten bezüglich Informationsaustausch.

Der Bundesrat bezeichnete das Rahmenabkommen und die dazugehörigen Durchsetzungsprotokolle als wichtiges Instrument für beide Länder, weil es zu einer erleichterten Durchführung von grenzüberschreitenden Massnahmen im Gesundheitswesen führt. Er merkte mit einem Blick in die Zukunft jedoch auch an, dass das Potential damit noch nicht ausgeschöpft sei und weitere konkrete Projekte erarbeitet werden müssten, um alle Ziele zu erreichen. Hierfür baut der Bundesrat auf regionale Akteure, die im Rahmen der neuen Vereinbarungen eigene Programme und Massnahmen entwerfen, um die Gesundheitsversorgung im Grenzgebiet optimal zu organisieren.

Im Ständerat waren die Übereinkommen unbestritten, so gab bereits die SGK-SR einstimmig die Ja-Empfehlung aus. Sprecherin Maury Pasquier (sp, GE) merkte an, dass sich für die Schweiz kaum etwas ändere und Standorte mit einer universitären Klinik von den Abkommen nur profitieren könnten. Ähnliche Abkommen im Raum Basel, dort ebenfalls mit Frankreich und Deutschland, aber auch in der Bodenseeregion hätten gezeigt, dass solche Kooperationen im Gesundheitsbereich funktionieren. Gesundheitsminister Berset hatte dem kaum etwas anzufügen und belies es in seinem Votum bei der Verdeutlichung, dass die Rahmenverträge als Grundlage für weitere, grenzüberschreitende Projekte wichtig seien. Mit 40 Stimmen gab das Plenum einstimmig seine Unterstützung kund.⁵

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 11.12.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Überhaupt keine Opposition gab es im Nationalrat zur **grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich**. Das Rahmenabkommen wurde auf einstimmigen Antrag der Kommission ebenso unanim vom Ratsplenum verabschiedet. Die einzigen drei Sprecher, die beiden Berichterstatter de Courten (svp, BL) und Ruiz (sp, VD) sowie Bundesrat Berset, bliesen ins gleiche Horn und zeigten die Vorzüge der Regelung auf. Auf unbestrittenes Eintreten folgte die mit 181 zu 0 Stimmen resultierende Gesamtabstimmung. Die definitive Beschlussfassung in den Schlussabstimmungen blieb noch reine Formsache.⁶

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 Gesundheitswesen 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 Kommissionsmehrheit 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.⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 05.03.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Dank den vom Nationalrat vorgenommenen Verbesserungen trat die SGK-SR im Juni 2018 auf die Vorlage zur **Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im KVG** ein und hiess sie im Februar 2019 mit 11 zu 2 Stimmen gut. Während eine Kommissionsminderheit die von ihrer Schwesterkommission vorgeschlagene Eidgenössische Qualitätskommission befürwortete, machte sich die Kommissionsmehrheit für eine privatrechtliche Organisation stark. Diese sollte sich aus Kantonen, Leistungserbringern sowie Versicherern zusammensetzen und unter anderem Qualitätsindikatoren entwickeln. Dazu sollten zwischen 2021 und 2024 CHF 50 Mio. durch den Bund, die Kantone und die Versicherer gesprochen werden.

In der Frühlingssession 2019 gelangte das Geschäft in den Ständerat. Dort fand der Vorschlag der Kommissionsmehrheit jedoch bezüglich Organisationsform keinen Anklang. Stattdessen sprach sich die kleine Kammer – wie bereits die Kommissionsminderheit Stöckli (sp, BE), die SGK-NR und ihr Schwesterrat – mit 24 zu 18 Stimmen für eine Qualitätskommission aus, die durch den Bund, die Kantone und die Versicherer finanziert werden soll. Anders als vom Nationalrat vorgeschlagen, sollten darin auch die Patientinnen- und Patientenorganisationen vertreten sein. Bundesrat

Berset begrüßte diesen Entscheid, da sich eine Eidgenössische Qualitätskommission schneller und einfacher einrichten liesse als eine privatrechtliche Organisation. In der Gesamtabstimmung stimmte der Ständerat der Gesetzesänderung mit 35 zu 3 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) zu und überwies sie mit einigen kleineren Änderungen zurück an den Nationalrat.⁸

Ärzte und Pflegepersonal

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 02.03.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Im November 2015 hatte der Bundesrat seine Botschaft zum neuen **Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe** (GesBG) präsentiert. Zentral war darin die Förderung der Qualität in den Gesundheitsberufen, wofür einheitliche Anforderungen an die Ausbildung und Berufsausübung formuliert wurden. Im Fokus stand jedoch nicht das ärztliche Personal, sondern Pflegenden, also Gesundheitsfachleute in den Bereichen Therapie, Betreuung, Beratung, Prävention sowie auch Palliation. Diese Kompetenzen, die vorwiegend in Studiengängen an den Fachhochschulen vermittelt werden, sollen mit dem GesBG umschrieben und vorgegeben werden. Ziel ist unter anderem, dass alle Absolventinnen und Absolventen dieser Ausbildungsprogramme über ebendiese Kompetenzen verfügen.

Neu wird auch eine obligatorische Akkreditierung der Studiengänge vorgeschrieben, die bis anhin freiwillig war. Begründet wurde dies mit dem Gefährdungspotenzial im Bereich der Gesundheitsberufe. Die Bewilligung dazu wird von den Kantonen erteilt und soll sicherstellen, dass die Inhaberinnen und Inhaber der Diplome, die ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, die notwendigen Anforderungen erfüllen. Wie beim Medizinalberuferegister wird hierfür ein „aktives Register“ eingerichtet. Weitere Anpassungen betreffen eine Gleichstellung der Pflegeberufe mit anderen Ausbildungsgängen im Gesundheitssektor sowie eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen der Gesundheitsversorgung. Das Gesundheitsberufegesetz ist Bestandteil der Strategie „Gesundheit 2020“.

Das bereits Ende 2013 in die Vernehmlassung gegebene Gesetz erhielt mehrheitlich positive Bewertungen. Grösster Kritikpunkt dürfte gewesen sein, dass einige Vernehmlassungsteilnehmenden bezweifelten, dass das neue GesBG helfen würde, den Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich abzufedern. Weiter stiess auch eine befürchtete Akademisierung der Gesundheitsberufe auf Skepsis, ebenso eine allfällige Überregulierung sowie der Kostenfaktor. Das Gesundheitsberuferegister auf Bundesebene fand hingegen eine deutliche Zustimmung.

Das Geschäft gelangte im Frühjahr 2016 in die kleine Kammer, deren WBK nicht nur Eintreten beantragte, sondern auch empfahl, der Vorlage mit einigen Änderungen zuzustimmen. Ein Punkt betraf die Regelungen der Abschlüsse, wobei im Bereich der Pflege bezüglich des Studiengangs „Advanced Practice Nurse“ (APN) auch der Masterstudiengang gesetzlich geregelt werden solle – und nicht nur wie bei anderen Profilen der Bachelorabschluss. Die Einführung einer Gesundheitsberufe-Kommission wurde diskutiert, jedoch verworfen. Weiter gab Kommissionssprecherin Häberli-Koller (sp, TG) eingangs der Debatte zu Protokoll, dass auch die Einführung eines Titelschutzes für diverse Berufsbezeichnungen in der Kommission thematisiert wurde – ein Anliegen, welches auch in der Vernehmlassung vereinzelt geäußert worden war. Auf die Einführung einer Weiterbildungspflicht wurde aus Gründen der Verhältnismässigkeit verzichtet.

Alle Fraktionssprecher zeigten sich mit dem Gesetzesentwurf zufrieden, insofern war keine allzu starke Gegenwehr gegen die Vorlage zu erwarten, wenngleich einige Minderheitsanträge im Raum standen. Hierzu muss jedoch angefügt werden, dass sämtliche Minderheitsanträge auf Annahme der bundesrätlichen Version lauteten. Eintreten war denn auch unbestritten. Für einigen Diskussionsbedarf sorgte die Anwendung des Gesetzes auf die Masterstufe im Bereich Pflege. Die Kommissionmehrheit wollte diese integrieren, die Minderheit nicht, da eine Verakademisierung der Pflegeberufe drohe. Man wollte sich jedoch gleichwohl offen lassen, eine derartige Regelung zu einem späteren Zeitpunkt noch einfügen zu können. So argumentierte auch der Gesundheitsminister, dass es hierfür zu diesem Zeitpunkt noch zu früh sei. Für eine Ausdehnung auf die Masterstufe spreche gemäss Kommissionmehrheit jedoch die dadurch erhöhte Patientensicherheit. Mit 20 zu 18 Stimmen folgte das Plenum jedoch knapp der Minderheit und schloss damit diese Berücksichtigung aus (2 Enthaltungen). Weitere Änderungsanträge wurden ebenfalls abgelehnt, so auch ein Titelschutz, wie er von einer Minderheit Savary (sp, VD) gefordert wurde. In den Augen der Mehrheit sei es zu schwierig, für alle im Gesetz enthaltenen Berufe eine schützbar und verhältnismässige Bezeichnung zu finden. Der Vorschlag unterlag mit 15 zu 27 Stimmen.

Mit 44 Stimmen verabschiedete der Ständerat das Gesetz einstimmig und überliess es damit dem Nationalrat zur weiteren Bearbeitung.⁹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 14.09.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das **Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe** (GesBG) und der neu dazu gekommene **Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Interprofessionalität** waren im Ständerat weit weniger umstritten als in der Volkskammer. Bezüglich der verbleibenden fünf Differenzen zum Nationalrat wurde von einer Mehrheit der WBK-SR beantragt einzulernen und die Anpassungen mitzutragen. Das Ratsplenum fügte sich seiner Kommission und hiess die nationalrätlichen Anpassungen allesamt gut.

Diese umfassten die Forderung, dass die Studiengänge der geregelten Berufe eine praxisbezogene und patientenorientierte Ausbildung bezwecken müssen; Einzelheiten bezüglich des einzuhaltenden Berufsgeheimnisses, das in Einzelfällen durch das StGB geregelt wird; Einzelheiten über den Bundesbeschluss (siehe unten); die Anerkennung von Osteopathiediplomen; eine zeitliche Begrenzung der Geltungsdauer der neuen Bestimmungen sowie Beschlüsse über Änderungen von anderen Erlassen.

Bezüglich des Bundesbeschlusses, der in erster Linie die Finanzierung zweier Projekte ("Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige 2017-2021" und "Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2021") sichern wollte, stellte sich die Kommission beinahe uneingeschränkt hinter den Gesundheitsminister und das Ratsplenum folgte. Die CHF 8. Mio. sollen also nach dem Willen der Ständerätinnen und Ständeräte freigegeben werden, jedoch müssen sie haushaltsneutral und auf den vorgegebenen Betrag limitiert sein.

Mit 44 Stimmen und nur einer Enthaltung wurde das Paket in der Gesamtabstimmung verabschiedet. Das Geschäft ging darauf zurück an den Nationalrat, der zuvor nicht auf den Bundesbeschluss eingetreten war. Das GesBG war indes bereits unter Dach und Fach.¹⁰

Medikamente

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 05.03.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Der Ständerat beschäftigte sich im März 2019 als erster der beiden Räte mit der **neuen Medizinprodukte-Regulierung**. Im Namen der SGK-SR gab Didier Berberat (sp, NE) bekannt, dass die Kommission den vom Bundesrat vorgeschlagenen Entwurf ohne Änderung einstimmig angenommen habe. Er begründete die Wichtigkeit der Vorlage einerseits mit dem besseren Schutz der Patientenschaft vor fehlerhaften Medizinprodukten und deren Möglichkeit, vom gesamten europäischen Produkteangebot zu profitieren, andererseits sei die neue Regulierung auch essentiell, um der Schweizer Medizinprodukteindustrie freien Zugang zum europäischen Markt zu gewähren. Diesem Votum schlossen sich die anderen Redner, zu denen auch Gesundheitsminister Berset gehörte, an. In der Folge wurde Eintreten ohne Gegenantrag beschlossen. In der Detailberatung erklärte sich die kleine Kammer – abgesehen von einer kleinen formalen Änderung – stillschweigend mit sämtlichen Punkten des bundesrätlichen Entwurfs einverstanden. Den Ausgaben für die Mehrkosten, mit denen aufgrund der Kompetenzstärkung von Swissmedic und der strengeren Aufsicht gerechnet wurde, stimmte der Ständerat mit 31 zu 0 Stimmen einstimmig zu. Auch in der Gesamtabstimmung sprachen sich die Kantonsvertreterinnen und -vertreter einstimmig (bei 2 Enthaltungen) für die Annahme des Entwurfs aus.¹¹

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

In der Wintersession 2020 **bereinigte das Parlament die Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials**. Einstimmig bestätigte der Ständerat die vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen und löste die Ausgabenbremse, nachdem Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO) im Namen der Kommission die Annahme der Vorlage empfohlen hatte. Auf Einzelantrag von Peter Hegglin (cvp, ZG) und Bitte von Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) schloss der Rat – ebenfalls einstimmig – zudem eine Lücke, welche der Gesetzestext bis dahin noch aufgewiesen hatte: So war man davon ausgegangen, dass alle Beträge, die bisher vergütet worden waren, auch zukünftig vergütet würden. Tatsächlich wären durch die geplante Änderung aber Materialien, die ausschliesslich vom Pflegefachpersonal angewendet werden, sich aber nicht auf der MiGeL befinden, weder von der OKP noch von den Kantonen vergütet worden. Um dies zu verhindern, stimmte der Rat dem Antrag Hegglin zu, wonach die entsprechenden Mittel und Gegenstände während eines Jahres ab Inkrafttreten der Änderung weiterhin nach dem bisherigen Recht vergütet werden sollten. Damit habe man Zeit, die entsprechenden Güter auf die MiGeL zu setzen. Diese Lösung hatte auch Bundesrat Berset zuvor im Rahmen der Debatte unterstützt. Einstimmig (41 zu 0 Stimmen) verabschiedete der Ständerat das Gesetz in der Gesamtabstimmung. Gegen diese Änderung hatte auch der Nationalrat nichts einzuwenden, stillschweigend nahm er die Differenz an und stimmte dem Gesetz in den Schlussabstimmungen (195 zu 0 Stimmen) genauso einstimmig zu wie der Ständerat (41 zu 0 Stimmen).¹²

Soziale Gruppen

Familienpolitik

In der Wintersession 2019 begrüsst SGK-SR-Kommissionssprecher Paul Rechsteiner (sp, SG) den **Ständerat** als Zweitrat zur Beratung der Vorlage zur **Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Angehörigenbetreuung**. Die mit Blick auf die Kosten sehr massvoll ausgestaltete Vorlage sei sowohl in der Vernehmlassung als auch im Nationalrat auf breite Zustimmung gestossen, begründete Rechsteiner den Eintretensantrag der Kommission. Nachdem die kleine Kammer diesem ohne Gegenantrag gefolgt war, begann sogleich die **Detailberatung**. Den Beschlüssen des Nationalrats – und somit grossmehrheitlich der Botschaft des Bundesrats – stimmte der Ständerat jeweils stillschweigend zu. Mit Ausnahme einer Ergänzung im Gesetzesentwurf habe die SGK-SR selbst auf weitergehende Forderungen verzichtet, um die Realisierung des Gesetzes nicht weiter zu verzögern, betonte Rechsteiner. Dies sei insbesondere im Interesse des einzigen Antrags, welchen die Kommission gestellt habe: Im Nachgang der bereits verabschiedeten, aber noch nicht in Kraft gesetzten Revision der Ergänzungsleistungen war eine unbeabsichtigte Benachteiligung von gemeinschaftlichen Wohnformen zur Sprache gekommen, welche nun im Rahmen der vorliegenden Revision noch korrigiert werden könne. Durch die im ELG vorgesehene Pro-Kopf-Teilung würden die entsprechenden Maximalbeträge derart gekürzt, dass solche Wohnformen faktisch verunmöglicht würden, erläuterte Rechsteiner die Problematik. Entsprechend solle diese Änderung bereits wieder korrigiert werden, bevor die Änderung des ELG 2021 in Kraft trete. Die Kommission schlug deshalb vor, die Maximalbeträge für den Mietzins von Personen, welche in einer Wohngemeinschaft leben und Rente beziehen, künftig dem jährlichen Höchstbetrag für eine Person in einem Haushalt mit zwei Personen gleichzustellen und diesen Wert nicht mehr auf Basis der tatsächlich in der Wohngemeinschaft lebenden Personen zu berechnen. Die Mitglieder der kleinen Kammer nahmen diesen Antrag – welcher gemäss Gesundheitsminister Alain Berset die Unterstützung des Bundesrats genoss – stillschweigend an. Ohne weitere Wortmeldungen nahm der Ständerat den Entwurf in der Gesamtabstimmung mit 39 Stimmen bei einer Enthaltung ohne Gegenstimmen an und schrieb zugleich das Postulat Seydoux-Christe (cvp, JU; Po. 09.4199) ab.¹³

1) Lit. Longchamp et al.; Medienmitteilung H+ vom 20.05.14; lit. Bürgisser et al.; NZZ, 25.2.14; NZZ, 20.3.14; So-Bli, 23.3.14; AZ, NZZ, 2.4.14; AZ, 3.4.14; NZZ, 9.4.14; BZ, 24.4.14; NZZ, 8.5., 17.5.14; AZ, NZZ, 19.5.14

2) AB SR, 2016, S. 556; BBl, 2015, 465 ff.; BBl, 2015, 517 ff.

3) AB SR, 2016, S. 546 ff.; BBl, 2015, 257 ff.; Medienmitteilung BR vom 7.12.15; Medienmitteilung SGK-S vom 22.3.2016; AZ, BaZ, LT, SGT, TG, 17.6.16

4) AB SR, 2017, S. 62 f.

5) AB SR, 2017, S. 610; BBl, 2017, S. 4005 ff.

6) AB NR, 2017, S. 2036 ff

7) AB NR, 2019, S. 907 ff.

8) AB SR, 2019, S. 17 ff.; Medienmitteilung SGK-SR vom 16.10.18; Medienmitteilung SGK-SR vom 18.1.19; Medienmitteilung SGK-SR vom 20.2.19; Medienmitteilung SGK-SR vom 29.6.18

- 9) AB SR, 2016, S. 38 ff.; BBI 2015, S. 8715 ff.; BBI 2015, S. 8781 ff.; NZZ, 19.11.15
10) AB SR, 2016, S. 629 f.
11) AB SR, 2019, S. 31 ff.
12) AB NR, 2020, S. 2523; AB NR, 2020, S. 2729; AB SR, 2020, S. 1285 ff.; AB SR, 2020, S. 1439
13) AB SR, 2019, S. 1049 ff.