

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>23.04.2024</b>
Thema	<b>Keine Einschränkung</b>
Schlagworte	<b>Medizinalpersonen, Gesundheitspolitik</b>
Akteure	<b>Keine Einschränkung</b>
Prozesstypen	<b>Anderes</b>
Datum	<b>01.01.1965 - 01.01.2022</b>

# Impressum

## Herausgeber

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

## Beiträge von

Benteli, Marianne  
Bühlmann, Marc  
Heidelberger, Anja  
Hulliger, Caroline  
Porcellana, Diane  
Schneuwly, Joëlle  
Schubiger, Maximilian

## Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Bühlmann, Marc; Heidelberger, Anja; Hulliger, Caroline; Porcellana, Diane; Schneuwly, Joëlle; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Medizinalpersonen, Gesundheitspolitik, Anderes, 1993 - 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern.  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 23.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	1
<b>Grundlagen der Staatsordnung</b>	1
Politische Grundfragen	1
Stimmung in der Bevölkerung	1
Institutionen und Volksrechte	1
Regierungspolitik	1
<b>Aussenpolitik</b>	2
Beziehungen zur EU	2
<b>Sozialpolitik</b>	2
Bevölkerung und Arbeit	2
Löhne	2
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	2
Gesundheitspolitik	2
Medikamente	7
Epidemien	7
Sozialversicherungen	7
Krankenversicherung	7

## Abkürzungsverzeichnis

<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>SAMW</b>	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
<b>BAZL</b>	Bundesamt für Zivilluftfahrt
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>SGB</b>	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>EDA</b>	Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten
<b>SRK</b>	Schweizerisches Rotes Kreuz
<b>Swissmedic</b>	Schweizerisches Heilmittelinstitut

---

<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>ASSM</b>	Académie Suisse des Sciences Médicales
<b>OFAC</b>	Office fédéral de l'aviation civile
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>USS</b>	Union syndicale suisse
<b>SIDA</b>	Syndrome de l'immunodéficience acquise
<b>DFAE</b>	Département fédéral des affaires étrangères
<b>CRS</b>	Croix-Rouge suisse
<b>Swissmedic</b>	Institut suisse des produits thérapeutiques

# Allgemeine Chronik

## Grundlagen der Staatsordnung

### Politische Grundfragen

#### Stimmung in der Bevölkerung

ANDERES  
DATUM: 31.12.2013  
MARC BÜHLMANN

Nach wie vor grösste Sorge der Schweizer Bevölkerung war im Berichtsjahr die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Seit elf Jahren findet sich die Sorge um Arbeitslosigkeit im **Sorgenbarometer**, einer im Auftrag der Crédit Suisse bei jeweils rund 1000 Personen von gfs.bern durchgeführten Langzeitbefragung, auf Platz eins; allerdings war der Anteil der Befragten im Vergleich zum Vorjahr relativ deutlich von 49% auf 44% gesunken, was seit 2000 den geringsten Anteil darstellte. In der Westschweiz (52%) war die Sorge um einen Jobverlust dabei nach wie vor grösser als in der Deutschschweiz (40%), der Sprachgraben hatte sich aber im Vergleich zum Vorjahr verkleinert. Unverändert an zweiter Stelle lag die Sorge um die Zuwanderung und die damit verbundenen Integrationsfragen (37%; 2012: 37%), gefolgt von Ängsten um die Altersvorsorge (29%; 2012: 32%), von den Sorgen um das Asylwesen (28%; 2012: 32%) und von den Sorgen um die persönliche Sicherheit (24%; 2012: 21%), die vor allem von Frauen und Männern im Pensionsalter geäussert wurden. Weiterhin rückläufig waren auch die Ängste um das Gesundheitswesen, die während Jahren einen der drei Spitzenplätze eingenommen hatten; 2013 gaben aber lediglich noch 21% der Befragten an, sich um das Gesundheitswesen zu sorgen (2012: 30%).<sup>1</sup>

### Institutionen und Volksrechte

#### Regierungspolitik

ANDERES  
DATUM: 31.12.2017  
MARC BÜHLMANN

Auch 2017 trafen sich die Präsidentinnen und Präsidenten der Bundesratsparteien und deren Fraktionen viermal im Rahmen der **von-Wattenwyl-Gespräche** mit den Bundesrätinnen und Bundesräten, um strategische Gespräche zu führen.

Die Einschätzung der aktuellen aussen- und sicherheitspolitischen Lage war Hauptdiskussionspunkt Anfang Februar. Übereinstimmung bestand bei allen Akteurinnen und Akteuren darin, dass die Schweiz ihre Interessen auch zu Zeiten von Cyberkriminalität, Terrorismus und Falschinformationen wahren müsse. Über die Bedeutung der anstehenden Abstimmung zur Unternehmenssteuerreform III herrschte jedoch keine Einigkeit.

Mitte Mai stand der Brexit im Fokus der Gespräche, wobei auch die Fortschritte beim Rahmenabkommen mit der EU diskutiert wurden. Hierbei betonten die Parteien, dass nicht nur die Aussen-, sondern auch die Innenpolitik beachtet werden müsse.

Die Gesundheits- und erneut die Europapolitik waren die Traktanden für die Gespräche Anfang September. Ein gut zugängliches und tragbares Gesundheitswesen stelle innerhalb der Legislaturziele 2015-2019 ein Hauptziel des Bundesrates dar, wie dies in der Strategie Gesundheit 2020 dargelegt werde. Betreffend Informationen zu den Verhandlungen mit der EU über die institutionellen Fragen vertröstete der Bundesrat die Parteien auf den Herbst; geplant sei aber ein Treffen von Doris Leuthard mit EU-Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker.

Nicht wie im Vorjahr festgelegt an der dritten Sitzung, dafür bei den Gesprächen Mitte November, die als Klausur organisiert wurden, nahm der Bundesrat in corpore teil. Hauptgegenstand war freilich, wie im Vorjahr vereinbart, die Präsentation der Jahresziele 2018. Darüber hinaus äusserte die Regierung ihre Sorge zur Gewaltenteilung zwischen Exekutive und Legislative, die sie momentan durch das diskutierte Verordnungsveto in Gefahr sehe. Bezüglich der EU erklärte Neo-Aussenminister Ignazio Cassis, dass man im Rahmen eines weiteren Treffens mit Juncker im November die nächsten Schritte in den verschiedenen Bereichen der Zusammenarbeit zwischen der Schweiz und der EU definieren wolle.<sup>2</sup>

## Aussenpolitik

### Beziehungen zur EU

ANDERES  
DATUM: 01.06.2015  
CAROLINE HULLIGER

Début juin à Bruxelles, **Alain Berset a rencontré quatre commissaires européens**. D'abord, il s'est entretenu avec Valdis Dombrovskis, vice-président de la Commission européenne chargé de l'Euro et du Dialogue social. Ensuite, le chef du DFI a eu l'occasion de discuter de la stratégie « Santé2020 » avec Vytenis Andriukaitis, commissaire européen à la Santé et à la Sécurité alimentaire. S'en est suivi un entretien avec Pierre Moscovici, le commissaire européen aux affaires économiques et financières, ainsi qu'avec Marianne Thyssen, la commissaire européenne pour l'emploi, les affaires sociales, les compétences et la mobilité des travailleurs.<sup>3</sup>

## Sozialpolitik

### Bevölkerung und Arbeit

#### Löhne

ANDERES  
DATUM: 09.04.2020  
DIANE PORCELLANA

A la suite d'un appel lancé par plusieurs personnalités publiques, l'Union syndicale suisse (USS) avait demandé **une prime pour** les caissières et les caissiers pour **leur prise de risques lors de la crise du Covid-19**. En signe de reconnaissance, la Migros a offert CHF 500 à son personnel de vente, et à celui œuvrant dans les usines de production et dans la distribution. D'autres entreprises et institutions emboîtèrent le pas, comme par exemple la Poste qui a récompensé ses employé.e.s en contact direct avec la clientèle, d'un montant entre CHF 250 et 500. Les député.e.s neuchâtelois ont aussi accepté de gratifier, notamment, le personnel soignant, de la vente et de la voirie, exposé durant la crise. Le Grand conseil fribourgeois a, lui, octroyé un bonus de CHF 1'000 aux fonctionnaires du monde médical et de CHF 500 pour le personnel de deuxième ligne.<sup>4</sup>

### Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

#### Gesundheitspolitik

ANDERES  
DATUM: 18.11.2000  
MARIANNE BENTELI

Unter Federführung des EDI diskutierten im April rund 60 Experten über die Mängel und dringend notwendigen **Reformen des schweizerischen Gesundheitswesens**. Im Vordergrund des Gedankenaustauschs stand die Spitalplanung, bei welcher die überregionale Zusammenarbeit stärkeres Gewicht erhalten soll. Einen grossen Handlungsbedarf sahen die Fachleute auch bei den Leistungserbringern. Es bestand Einigkeit darüber, dass die Kriterien für deren Zulassung strenger als bisher reguliert werden sollten. Neu thematisiert wurde die Qualitätssicherung, von der sich alle eine kostendämpfende Wirkung erhoffen, bei der die Schweiz aber im internationalen Vergleich noch weit hinten nach hinkt. Ein zweiter runder Tisch befasste sich im November mit der immer wieder festgestellten Mengenausweitung, welche die meisten Sparanstrengungen (beispielsweise durch den Abbau von Spitalbetten) fast umgehend zunichte macht. Wichtigste Diskussionspunkte waren hier der in den letzten Jahren erfolgte Kostenschub bei den ambulanten Behandlungen, die Tendenz, ältere, bewährte und billige Medikamente durch neue teure zu ersetzen, sowie der sprunghafte Anstieg von Praxisgründungen. Für Bundesrätin Dreifuss und das BSV stehen drei Massnahmen im Vordergrund: ein Zulassungsstopp für Ärzte, die Verpflichtung zum Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung vor bestimmten kostenintensiven Behandlungen sowie die Einführung eines individuellen Gesundheitspasses und einheitlicher Patientendossiers in den Spitälern, um Mehrfachuntersuchungen möglichst zu vermeiden. Die OECD ortete in ihrem Länderbericht 2000 zur Lage der Schweiz ein Überangebot von Angebot und Nachfrage als Hauptgrund für die hohen Gesundheitskosten der Schweiz. Ihre Empfehlungen (überregionale Spitalplanung, Eindämmung der Zahl der Leistungserbringer) deckten sich mit jenen der Experten.<sup>5</sup>

**ANDERES**  
DATUM: 01.12.2003  
MARIANNE BENTELI

Im Dezember nahm die neu gegründete Stiftung für **Patientensicherheit** ihre Arbeit auf. Sie versteht sich als Antwort auf die nationale und internationale Diskussion über die Patientensicherheit in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung. Die Tätigkeit der Stiftung stützt sich auf die Vorschläge der vom EDI eingesetzten Expertengruppe „Patientensicherheit“ ab. Diese hatte die folgenden Massnahmen empfohlen: Erarbeitung einer Datenbasis zu medizinischen Fehlern, Analyse der Ursachen und Risikofaktoren, Entwicklung von Sicherheitsstrategien und -instrumenten, Kommunikation sowie Wissenstransfer und Unterstützung der von schwerwiegenden Zwischenfällen betroffenen Patientinnen und Patienten und des beteiligten Personals. Unter den Gründern der Stiftung sind die SAMW, die Eidgenossenschaft (vertreten durch BAG und BSV) sowie die FMH <sup>6</sup>

**ANDERES**  
DATUM: 21.10.2004  
MARIANNE BENTELI

Die im Vorjahr ins Leben gerufene **Stiftung für Patientensicherheit** stand Ende Jahr bereits wieder knapp vor dem Aus. Der Bund hatte ihr 200'000 Fr. als Startkapital für 2004 zugesprochen, diese Unterstützung allerdings an die Auflage geknüpft, dass die Stiftung mittelfristig selbsttragend sein resp. von den Zuschüssen der involvierten Kreise (Kantone, Interessengruppen) finanziert werden müsse. Es gelang nun dem Sekretariat der Stiftung im ersten Betriebsjahr nicht, die Finanzierung sicherzustellen, da insbesondere die Kantone (mit Ausnahme des Tessin) sich mit verbindlichen Zusagen schwer taten. <sup>7</sup>

**ANDERES**  
DATUM: 20.02.2014  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Im Rahmen der Strategie „Gesundheit 2020“ werden auch Ziele im Bereich der Organtransplantation verfolgt, beziehungsweise die höhere Verfügbarkeit von gespendeten Organen angestrebt. Dazu hat der Bundesrat gemeinsam mit den Kantonen einen Aktionsplan **„mehr Organe für Transplantationen“** lanciert. Erste beschlossene Massnahmen umfassten die Ausbildung des medizinischen Personals, das Qualitätsmanagement, die Spitalstrukturen und -ressourcen sowie die Information der Öffentlichkeit. Zwar habe die Zahl gespendeter Organe, beziehungsweise die Zahl von Organspendern, im Vorjahr gegenüber 2012 zugenommen, es stehen jedoch nach wie vor viel zu wenige Spenderorgane zur Verfügung. Im Rahmen des Aktionsplans sollen vor allem auch die potenziellen Spenderinnen und Spender erkannt und dann besser betreut werden. Das längerfristige Ziel ist, bis 2018 die Spenderate Verstorbener auf 20 Spenderinnen und Spender pro Million Einwohnerinnen und Einwohner zu erhöhen. Diese Massnahmen wurden neben der noch laufenden Teilrevision des Transplantationsgesetzes an die Hand genommen. Zur Gesetzesrevision konnten 2014 im Parlament keine Fortschritte gemacht werden. <sup>8</sup>

**ANDERES**  
DATUM: 28.03.2014  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die 2013 skizzierte und lancierte Strategie **„Gesundheit 2020“** sei auf Kurs. Diese Einschätzung gab das BAG Ende März 2014 ab. Damit das Grossprojekt weiter ausgebaut werden konnte, legte der Bundesrat zwölf Prioritäten für das Jahr 2014 fest. Diese beinhalteten die Eröffnung der Vernehmlassungen zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie, für eine Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich, zum Bundesgesetz über den Schutz vor nichtionisierender Strahlung und Schall sowie zum Bundesgesetz über Tabakprodukte. Darüber hinaus sollten folgende Entscheide innert Jahresfrist gefasst werden: Entscheid über eine Verordnung über die Anpassung von TARMED sowie eine Einigung über das weitere Vorgehen im Bereich der Medikamentenpreise. Zudem soll die Botschaft zum Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen publiziert werden sowie die Berichte über Massnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger und über die psychische Gesundheit (in Erfüllung eines Postulates der SGK-SR) sowie zur künftigen Positionierung der Apotheken in der medizinischen Grundversorgung fertig gestellt werden. Zudem sollen die Eckwerte für die Botschaft zum Gesundheitsberufegesetz definiert werden. Ein weiterer, wichtiger Punkt ist die Beurteilung und die Kenntnisnahme des Resultats der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 über die medizinische Grundversorgung und die Klärung der Umsetzung.

Zwei Projekte aus dem Vorjahr, welche nicht hatten abgeschlossen werden können, wollte der Bundesrat ebenfalls 2014 zum Abschluss bringen: Dies waren die Weiterentwicklung des Systems für die Preisfestsetzung von Medikamenten und die Umsetzung der Qualitätsstrategie für die Gesundheitsversorgung, die aufgegleist und auf gutem Wege waren. <sup>9</sup>

ANDERES  
DATUM: 02.05.2014  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Rund fünf Jahre nachdem der Verfassungsartikel zur Besserstellung der **Komplementärmedizin** in der Volksabstimmung angenommen worden war, beschrieb das EDI sein beabsichtigtes weiteres Vorgehen. Seit 2012 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung provisorisch bis 2017 ärztliche Leistungen der anthroposophischen Medizin, der traditionellen chinesischen Medizin, der ärztlichen Homöopathie sowie der Phytotherapie. Das Provisorium und die Befristung sind dem ausstehenden Nachweis nach Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) geschuldet. Es zeichne sich nun ab, dass dieser Nachweis nicht für alle Fachrichtungen als Ganzes erbracht werden kann, weswegen beabsichtigt wird, diese Fachrichtungen den anderen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten medizinischen Fachrichtungen gleichzustellen. Wie bei anderen medizinischen Fachrichtungen sollen jedoch diejenigen Leistungen daraus überprüft werden, die besonders umstritten sind. Das weitere Verfahren für die Anwendung der WZW-Kriterien in Bezug auf die Komplementärmedizin wurde verwaltungsintern angegangen: Das EDI und das BAG haben die relevanten Akteure über das geplante Vorgehen unterrichtet und für die Erarbeitung von Kriterien und Arbeitsprozessen um Mitwirkung gebeten. Um den Verfassungsauftrag zu erfüllen, müssen die Verordnung über die Krankenversicherung sowie die Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angepasst werden.<sup>10</sup>

ANDERES  
DATUM: 14.05.2014  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Mittels schweizweit umzusetzender Qualitätssicherungsprogrammen will der Bundesrat die **Qualität der medizinischen Leistungen** und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten verbessern. Mitte Mai 2014 stellte er seine Visionen in diesem Bereich vor. Mitunter soll ein nationales Qualitätszentrum geschaffen werden, das die bestehenden privaten und staatlichen Initiativen optimal koordiniert. Grund dafür ist die Feststellung, dass zahlreiche Patientinnen und Patienten bei einer Behandlung in einem Spital medizinische Zwischenfälle erleiden, seien das Diagnosefehler, Infektionen oder falsche Medikationen. Dies verlängere die Spitalaufenthalte unnötig (im Schnitt um eine Woche), was für die Betroffenen eine grosse Belastung sein kann und zudem Mehrkosten in Millionenhöhe verursache. Konkret sollen solche Zwischenfälle möglichst verhindert sowie die Sicherheit und die Qualität des Gesundheitssystems weiter erhöht werden, wie es in der Strategie „Gesundheit 2020“ festgelegt wurde. Dabei geht es primär um die Messung der Qualität der medizinischen Leistung, die verbindliche Regelung des Einsatzes anerkannter Standards für die Patientensicherheit und die systematische und regelmässige Überprüfung der Leistungskataloge der Krankenversicherung. Das nationale Qualitätszentrum, eine unabhängige öffentlich-rechtliche Anstalt, soll eng mit Universitäten, Fachhochschulen und anderen, bereits in der Qualitätssicherung tätigen Organisationen zusammenarbeiten. Strategische Ziele würde der Bundesrat vorgeben. Dabei soll er von einer nationalen Plattform für Qualität sowie einer Plattform für die Bewertung von Gesundheitstechnologien unterstützt werden. Für die Finanzierung wurden CHF 22 Mio. veranschlagt, Kosten von rund CHF 3.50 pro versicherte Person und Jahr. Die Aufwände im Bereich der Überprüfung medizinischer Leistungen sollen über Bundesmittel finanziert werden, und werden auf CHF 10 Mio. geschätzt.<sup>11</sup>

ANDERES  
DATUM: 27.05.2014  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

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



für ein Versorgungsmonitoring in Auftrag, womit untersucht werden soll, welche Daten zu Demenz und den Versorgungskosten erhoben werden können und wie diese zu erheben sind. Ein Projekt „Finanzierung“ untersucht schliesslich, ob die Versorgungsangebote für Demenzkranke in den bestehenden Finanzierungssystemen angemessen abgebildet sind und so abgegolten werden, dass die betroffenen Personen und ihre Angehörigen gut versorgt werden können. Zunächst soll die Finanzierung der ambulanten Angebote und der Angebote zur Entlastung von Angehörigen untersucht werden. Diese Massnahme wird von der Gesundheitsdirektorenkonferenz koordiniert.<sup>12</sup>

**ANDERES**

DATUM: 24.11.2016  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die von Bund und Kantonen getragene **Nationale Demenzstrategie** wurde im Herbst 2016 verlängert. Das ursprünglich auf 2017 terminierte Massnahmenprogramm sollte um zwei Jahre verlängert werden und bis 2019 weitere Projekte ermöglichen. Angesichts der demografischen Entwicklung und der prognostizierten Zunahme von Demenzerkrankungen wurde diese Verlängerung von den beteiligten Partnern anlässlich des „Dialogs Nationale Gesundheitspolitik“ beschlossen. Weiterhin werden der Bund, die Kantone und einzelne Verbände die Demenzstrategie gemeinsam tragen, wofür in vier Handlungsfeldern 18 Massnahmen umgesetzt werden sollen. Neun Ziele wurden ausgerufen, die auf diesem Weg erreicht werden sollten.

Es war aber nicht nur die zunehmende Zahl von älteren Menschen in der Schweiz, die als Grund für die Programm-Verlängerung genannt wurde. In einem als Standortbestimmung dienenden Bericht wurde ferner festgehalten, dass noch nicht alle Projekte den geplanten Stand erreicht hätten und damit nicht bis Ende 2017 ihre Wirkungen entfalten könnten. Es wurde im Bericht jedoch auf den Wert der Demenzstrategie hingewiesen: Die gesundheitspolitische Bedeutung der Strategie sei aus Sicht der Leistungserbringer und der Patientenorganisationen sehr hoch, so das BAG. In der modifizierten Strategie wurden jedoch keine grösseren neuen Ziele gesetzt, sondern der Schwerpunkt lag nach wie vor auf der Erreichung der bereits gefassten Zielsetzungen. Laufende Arbeiten sollten beendet werden können und noch nicht gestartete Projekte sollten lanciert werden, damit bis Ende 2019 die Instrumente für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung von Demenzerkrankungen vorliegen würden.<sup>13</sup>

**ANDERES**

DATUM: 03.07.2017  
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Ab Mitte 2017 dürfen **Schwule** wieder **Blut spenden**. Auf Antrag der Dachorganisation Blutspende SRK Schweiz hat das Heilmittelinstitut Swissmedic die Kriterien für Blutspender angepasst und einen seit 1977 geltenden Ausschluss von homosexuellen Männern aufgehoben (resp. "MSM": Männer, die Sex mit Männern haben). Es gibt jedoch keine generelle Öffnung, sondern es gilt nach wie vor eine 12-monatige sexuelle Enthaltensamkeit als Bedingung. Swissmedic befand damit, dass „diese Anpassung nicht zu einem erhöhten Risiko für Empfängerinnen und Empfänger von Bluttransfusionen führen wird.“ Mit diesem Schritt kam das Heilmittelinstitut einer Forderung der BDP zuvor, die als Motion formuliert erst später im Parlament beraten wurde.

Die Schwulenorganisation Pink Cross zeigte sich erfreut über diesen Entscheid, äusserte jedoch gleichzeitig auch weiteren Handlungsbedarf. Die noch geltende 12-monatige Hürde sei diskriminierend und unnötig, so der Verband. Ins Zentrum solle eine Beurteilung des Risikoverhaltens der Spender (wechselnde Partner, Reisen in Gebiete mit hohen HIV-Raten) gestellt werden, und nicht die sexuelle Orientierung. Damit in Zusammenhang müssten auch die im Vorfeld von Blutspenden auszufüllenden Fragebogen angepasst werden. Ähnlich liess sich das SRK zitieren: Der vorliegende Entscheid sei als „Zwischenschritt“ zu betrachten. Dass dadurch mehr Blutspenden erfolgten, wurde indes auch infrage gestellt. Pink Cross-Geschäftsführer Baumann vermutete nicht, dass jemand auf Sex verzichten würde, bloss um Blut spenden zu können. Dass die sexuelle Orientierung als Hindernis zur Blutspende angeführt wurde, war im Juli bei der Umsetzung der Zulassung ein mediales Thema. Dass die Neuerung noch nicht ausgereift sei, fand auch der ehemalige FDP-Nationalrat Daniel Stolz. Die neue Regelung sei „ein Witz“, so der Basler in der AZ. Mit der noch hängigen BDP-Motion wird weiterhin über diese Sache debattiert werden.<sup>14</sup>

Mit der **gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrats 2020–2030** – auch als **Gesundheit2030** bekannt – wurden Ende 2019 die neuen gesundheitspolitischen Schwerpunkte verabschiedet. Dabei wurde an die Strategie Gesundheit2020 angeknüpft. Faktoren wie die steigenden Gesundheitskosten, der Anstieg der nichtübertragbaren Krankheiten und der Fachkräftemangel bezüglich Gesundheitsfachpersonen übten Druck auf das Gesundheitssystem hierzulande aus, so das BAG. Der Bundesrat ziele mit Gesundheit2030 auf eine Verbesserung des Systems ab, sodass auch in Zukunft alle Menschen in der Schweiz in den Genuss eines qualitativ hochwertigen und erschwinglichen Gesundheitssystems kämen. Die Strategie stelle zudem den politischen Handlungsrahmen dar, der den Akteuren des Gesundheitswesens zur Orientierung dienen soll. Mit der technologischen und digitalen Entwicklung, dem demografischen und gesellschaftlichen Wandel, der Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und eines finanziell tragfähigen Systems sowie der Chance, ein Leben in guter Gesundheit zu führen, stünden «die vier dringlichsten Herausforderungen» im Zentrum. Um die Strategie umzusetzen, seien 8 Ziele und 16 Massnahmen vorgesehen, zu denen etwa die Sicherstellung der Pflege und Finanzierung (Ziel) und mehr Langzeitpflegepersonal (Massnahme) gehörten.<sup>15</sup>

Anfang April 2020 gab die **Rega** bekannt, dass sie im vergangenen Monat um die 50 Patientinnen und Patienten aus vier verschiedenen Kontinenten zurück in die Schweiz geflogen habe. Dabei habe es sich bei über einem Dutzend von ihnen um Covid-19-Patientinnen und -Patienten oder um Personen mit Verdacht auf das Coronavirus gehandelt. Bis Ende April waren es gemäss Angaben der Rega über zwanzig mit Covid-19 infizierte Personen, die mit einem der drei Rega-Jets repatriiert wurden. Die aufgrund der Covid-19-Pandemie herrschenden Reisebeschränkungen hätten die Repatriierungsflüge beeinflusst, unter anderem sei ihre Organisation aufgrund ständiger Änderungen der Ein- und Ausreisebestimmungen der verschiedenen Länder mit mehr Aufwand verbunden gewesen als unter normalen Umständen. Die Rega sei zum Teil vom EDA unterstützt worden, das zum Beispiel bei der Beschaffung notwendiger Bewilligungen geholfen habe. Doch nicht nur der organisatorische und administrative Aufwand, sondern auch der Transport der Corona-Patientinnen und -Patienten habe die Rega vor Herausforderungen gestellt, betonte diese. In der überwiegenden Zahl der Fälle sei bei der Repatriierung solcher Personen die sogenannte Patienten-Isolationseinheit (PIU) verwendet worden. Diese sei vergleichbar mit einem Schutzzelt, in dem die Patientin oder der Patient vor dem Besteigen des Ambulanzjets isoliert werde. Dadurch könne die Ansteckung der Crew verhindert werden und der Jet müsse nicht nach jedem Flug desinfiziert werden, sondern sei gleich wieder einsatzbereit.

Auch die Helikopter-Crews der Rega waren während der ersten Welle der Corona-Epidemie im Einsatz. Zwischen dem 11. März und dem 24. April transportierten sie gemäss eigenen Angaben 88 Personen, die am Coronavirus erkrankt waren. Dabei habe es sich in erster Linie um Sekundärtransporte gehandelt, also Flüge, bei denen Patientinnen und Patienten von einem Spital in ein anderes verlegt werden. Gut zwei Drittel von ihnen seien intensivmedizinische Spezialtransporte gewesen, bei welchen eine künstliche Beatmung notwendig gewesen sei. Damit die Rega bei Kapazitätsengpässen im Tessin Patientinnen und Patienten auf bei schlechten Sichtverhältnissen in die Deutschschweiz habe verlegen können, habe sie vom BAZL für die Zeit der ausserordentlichen Lage Ausnahmegewilligungen für Instrumentenflugverfahren erhalten.

Sowohl die drei Ambulanzflugzeuge wie auch die Helikopter der Rega seien auch anderen Staaten und Organisationen zur Verfügung gestanden, wenn es die Kapazität der Rega erlaubt habe, zum Beispiel zur Verlegung von italienischen und französischen Corona-Patientinnen und -Patienten in deutsche Spitäler. Während die Rega-Helikopter seit Mitte März eine geringere Anzahl Einsätze als im gleichen Zeitraum des Vorjahres verzeichnet hätten, was vor allem auf die zurückhaltendere Freizeitgestaltung der Bevölkerung zurückzuführen sei, hätten die Ambulanzjets seit dem 11. März mehr Flugstunden gesammelt als im Frühjahr 2019. Dies erklärte die Rega mit den weiter entfernten Destinationen, die sie angefliegen habe, und dem Rückgang der Repatriierungen durch Linienflugzeuge.<sup>16</sup>

ANDERES  
DATUM: 14.11.2003  
MARIANNE BENTELI

## Medikamente

Im Juni kündigte Santésuisse einseitig den LOA-Vertrag mit den Apothekern per Ende 2003. Dieser Vertrag regelt die Entschädigung der **Apotheken** für die Abgabe von Medikamenten aus der Grundversicherung. Erst Mitte November wurde eine Einigung erzielt, die verhinderte, dass die Patientinnen und Patienten ab Anfang 2004 das Geld für ärztlich verschriebene Medikamente hätten vorstrecken und selber mit den Krankenkassen abrechnen müssen. Für 2005 soll aber ein neuer Vertrag ausgehandelt werden.<sup>17</sup>

## Epidemien

ANDERES  
DATUM: 27.03.1993  
MARIANNE BENTELI

Noch bevor konkrete Zahlen aus dem «Look-back» vorlagen, stellte das **SRK** den neu gegründeten **AIDS-Solidaritätsfonds** vor, der mit einem Aufpreis von knapp 5 Prozent auf Blutkonserven finanziert wird. Laut dem Fonds-Reglement erhält Beiträge, wer erwiesenermassen mit dem AIDS-Virus infizierte Blut- oder Plasmapräparate des SRK-Blutspendedienstes erhalten hat, indirekt durch einen Empfänger eines infizierten Präparates angesteckt wurde oder gegenüber einer direkt oder indirekt angesteckten Person unterhaltspflichtig ist. Die SRK-Beiträge sollen den Betroffenen in Ergänzung zu Versicherungs- und Fürsorgeleistungen die Weiterführung eines menschenwürdigen Lebens ermöglichen. Die SRK-Entschädigungen werden ohne Rechtspflicht im Sinne einer sozialen Massnahme erbracht.<sup>18</sup>

## Sozialversicherungen

### Krankenversicherung

ANDERES  
DATUM: 20.09.1998  
ANJA HEIDELBERGER

#### Zusammenfassung der Zulassung der Leistungserbringenden (1998–2020)

Die Schweiz verfügt über eine der höchsten Dichten an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der OECD. Zur Beschränkung der Ärztezahle hatte das Parlament 2000 eine zeitlich begrenzte Bedürfnisklausel eingeführt und diese bis 2011 dreimal verlängert. Aufgrund der grossen Zahl an Praxiseröffnungen nach dem Auslaufen der Bedürfnisklausel schränkte das Parlament die Zulassung von Leistungserbringenden 2013 in einem dringlichen Bundesgesetz erneut ein. Nachdem der Nationalrat einen Vorschlag zur langfristigen Steuerung des ambulanten Bereichs in der Schlussabstimmung abgelehnt hatte, musste die Zulassungsbeschränkung 2016 erneut verlängert werden. Gleichzeitig beauftragte das Parlament den Bundesrat, einen neuen Vorschlag zur Zulassung der Leistungserbringenden in die Vernehmlassung zu schicken. Diesen Vorschlag basierte der Bundesrat auf den Bericht zur Erfüllung eines Postulats der SGK-SR.

ANDERES  
DATUM: 31.12.2000  
MARIANNE BENTELI

Erwartungsgemäss fand die SP-Initiative bei der bürgerlichen Mehrheit **im Nationalrat keine Unterstützung**. SP-Fraktionschef Cavalli (TI) legte einleitend dar, dass es eine Illusion sei zu glauben, ein vom Angebot bestimmter Markt könne die Kosten nach wettbewerbpolitischen Grundsätzen regeln. Die Abkehr von den Kopfprämien würde zur **grössten finanziellen Entlastung** führen, die man in der Schweiz je **für Familien mit mittleren Einkommen** vorgeschlagen habe. Die Sprecher von FDP, CVP, SVP und LP widersprachen dem und rechneten vor, dass eine **Verlagerung auf die Mehrwertsteuer keineswegs sozial** sei. Im Gegenteil: Eine – gemäss Initiativtext nach oben offene – Erhöhung dieser Konsumsteuer treffe am härtesten junge Familien. Man gaulke einen Sinkflug der Prämien vor, tatsächlich aber würde der Bevölkerung das Geld via indirekte Steuern aus der Tasche gezogen, warnte der Aargauer CVP-Vertreter Zäch. Ins gleiche Horn stiess der Zürcher Freisinnige Gutzwiller. Nicht zentralistische Planwirtschaft führe zur Genesung des Krankenversicherungssystems, sondern die konsequente **Umsetzung wettbewerblicher Anreize**. Als prioritär erachtete er die umfassende Reform der Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Kassen und Leistungsanbietern und eine wirkungsorientierte Überprüfung der Grundversicherungsleistungen. Die **Initiative** wurde mit 91 gegen 55 Stimmen **deutlich abgelehnt**. Ein Antrag des Tessiner CVP-Vertreters Robbiani, die Vorlage zwecks Ausarbeitung eines indirekten Gegenvorschlags an die Kommission zurückzuweisen, der die Unterstützung von Bundesrätin Dreifuss fand, wurde ebenfalls – wenn auch bedeutend knapper – mit 79 zu 62 Stimmen verworfen.<sup>19</sup>

- 1) NZZ, 10.12.13; Lit. Longchamp et al.
- 2) Medienmitteilung BR vom 1.9.2017; Medienmitteilung BR vom 10.11.2017; Medienmitteilung BR vom 12.5.2017; Medienmitteilung BR vom 3.2.2017
- 3) Communiqué du DFI du 01.06.2015
- 4) 24h, 13.7.20; LeMatin, 27.5.20; RTS, 19.5.20; RadioFr, 13.7.20
- 5) Presse vom 5.4.00; Lit. OECD; Presse vom 7.10. und 18.11.00.
- 6) CHSS, 2004, S. 4.
- 7) NZZ, 27.4. und 21.10.05. Siehe dazu auch die Ausführungen des BR in AB NR, 2004, S. 1547 und Beilagen V, S. 293 ff.
- 8) Medienmitteilung BAG vom 20.2.14.
- 9) Medienmitteilung BAG vom 28.3.14.; Pa.Iv. 11.411 (Meier-Schatz): AB NR, 2012, S. 330 ff.; Pa.Iv. 11.412 (Meier-Schatz). ; Po. 12.3864 (Humbel): AB NR, 2012, S. 2252.; Po. 13.3370 (SGK-SR): AB SR, 2013, S. 484 f.
- 10) Medienmitteilung BAG vom 2.5.14.
- 11) Medienmitteilung BAG vom 14.5.14.; NZZ, 11.1.14
- 12) Medienmitteilung BAG vom 27.5.14.
- 13) Bericht BAG vom 24.06.2016; Nationale Demenzstrategie 2014–2019
- 14) Medienmitteilung Pink Cross vom 31.01.2017; Medienmitteilung Swissmedic vom 31.01.2017; AZ, 1.2., 3.7.17
- 15) Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030; Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030; Medienmitteilung BR vom 6.12.19
- 16) Medienmitteilung der Rega vom 11.4.20; Medienmitteilung der Rega vom 24.4.20; Medienmitteilung der Rega vom 3.4.20; NZZ, 26.3.20; Blick, 3.4.20; 20LU, 6.4.20; Blick, 11.4.20; CdT, 16.4.20
- 17) Presse vom 1.7. und 14.11.03.
- 18) NZZ, 27.3.93.
- 19) AB NR, 2000, S. 1501ff.; AB NR, 2000, S. 1507ff.; AB NR, 2000, S. 1547ff.