

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	18.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Gesundheitskosten, Gesundheitspolitik
Akteure	Keine Einschränkung
Prozesstypen	Verwaltungsakt
Datum	01.01.1965 - 01.01.2023

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

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

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Frick, Karin; Heidelberger, Anja; Meyer, Luzius; Rohrer, Linda; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Gesundheitskosten, Gesundheitspolitik, Verwaltungsakt, 1989 – 2022*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 18.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Grundlagen der Staatsordnung	1
Rechtsordnung	1
Privatrecht	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Gesundheitspolitik	1
Ärzte und Pflegepersonal	9
Medikamente	11
Epidemien	12
Medizinische Forschung	13
Suchtmittel	13
Sozialversicherungen	15
Krankenversicherung	15

Abkürzungsverzeichnis

EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
VBS	Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
WHO	World Health Organization
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
EGK	Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BLV	Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
EKA	Eidgenössische Ausländerkommission
HMO	Health Maintenance Organization
BetmG	Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz)
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
AHS	Aids-Hilfe Schweiz
BSE	Bovine spongiforme Enzephalopathie (Rinderwahn)
IKS	Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
FFE	fürsorgerische Freiheitsentziehung
CJK	Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
HCV	Hepatitis-C-Virus
GRAT	Gesamtrevision Arzttarif
MVG	Bundesgesetz über die Militärversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
TARDOC	Ambulanter Einzelleistungstarif für die Abrechnung ärztlicher Leistungen (Ersatz von TARMED)
TARMED	Ambulanter Einzelleistungstarif für die Abrechnung ärztlicher Leistungen
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
<hr/>	
DFJP	Département fédéral de justice et police
DDPS	Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OMS	Organisation mondiale de la Santé
EEE	l'Espace économique européen
CFP	Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
OSAV	Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
AOS	Assurance obligatoire des soins

LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
CFE	Commission fédérale des étrangères
HMO	Health Maintenance Organization
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants)
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
ASS	Aide Suisse contre le Sida
ESB	Encéphalite spongiforme bovine (maladie de la vache folle)
OICM	Office intercantonal de contrôle des médicaments
CRS	Croix-Rouge suisse
PLAFA	privation de liberté à des fins d'assistance
MCJ	Maladie de Creutzfeldt-Jakob
HCV	Virus de l'hépatite C
GRAT	Révision totale du tarif médical
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
TARDOC	Tarif ambulatoire à la prestation pour le décompte et l'indemnisation des prestations médicales (remplacement de TARMED)
TARMED	Tarif ambulatoire à la prestation pour le décompte et l'indemnisation des prestations médicales
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA

Allgemeine Chronik

Grundlagen der Staatsordnung

Rechtsordnung

Privatrecht

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 25.02.2015
KARIN FRICK

Ergänzend zu den laufenden gesetzgeberischen Arbeiten zur Anpassung des Verjährungsrechts setzte Innenminister Alain Berset im Frühjahr 2015 einen **Runden Tisch zum Thema Asbest** ein. Unter der Leitung von alt Bundesrat Moritz Leuenberger sollen Vertreter der Wirtschaft, der Gewerkschaften, des Vereins Asbestopfer sowie der Behörden die spezifischen Probleme im Zusammenhang mit durch Asbest verursachten Langzeitschäden erörtern und Lösungen erarbeiten, damit Betroffene – insbesondere solche ohne Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung – nicht in finanzielle Schwierigkeiten geraten.¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 30.11.2016
KARIN FRICK

Der **Runde Tisch Asbest** präsentierte im Dezember 2016 Eckwerte zur finanziellen und psychologischen Unterstützung von Asbestopfern. Die Vertreter von Asbestgeschädigten, von ehemals Asbest produzierenden und verarbeitenden Unternehmen sowie von Gewerkschaften und der Wirtschaft haben sich auf den Grundsatz geeinigt, dass alle Personen, die ab 2006 an einem asbestbedingten bösartigen Tumor im Bauch- und Brustfellbereich (Mesotheliom) erkrankt sind, Unterstützung erhalten können. Die finanzielle Unterstützung soll dabei so ausgestaltet werden, dass Betroffene ohne Ansprüche aus der obligatorischen Unfallversicherung in gleicher Weise unterstützt werden wie anspruchsberechtigte Personen. Zur Finanzierung der Unterstützungsleistungen soll ein Fonds eingerichtet werden, der von einer privatrechtlichen Stiftung betreut und von Sponsoren geüffnet wird. Paritätische Berufskommissionen, die Asbest verarbeitende Branche, die Versicherungsbranche sowie Bahnunternehmungen haben bereits freiwillige Fondsbeiträge in der Höhe von rund 30 Millionen Franken zugesichert. Neben der finanziellen Unterstützung soll auch ein kostenloser «Care-Service» zur psychologischen Betreuung von Betroffenen eingerichtet werden. Bedingung für den Erhalt von Unterstützungsleistungen aus dem Fonds ist es, keine zivilrechtlichen Forderungen geltend zu machen bzw. bereits hängige Klagen auf aussergerichtlichem Wege zu erledigen.²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 28.03.2017
KARIN FRICK

Mit der **Gründung der Stiftung Entschädigungsfonds für Asbestopfer** am 28. März 2017 wurden die Arbeiten des Runden Tisches Asbest abgeschlossen. Urs Berger, Präsident des Schweizerischen Versicherungsverbandes, übernahm das Amt des Stiftungsratspräsidenten, in welchem des Weiteren die Verbände und Unternehmen, die den Fonds finanzieren, sowie die Asbestgeschädigten und die Gewerkschaften vertreten sind.³

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 31.12.1993
MARIANNE BENTELI

Das BAG beschaffte 1993 **65 Mio. Kaliumiodidtabletten**. Diese wurden in der Umgebung der Kernkraftwerke an die Haushaltungen verteilt, in der übrigen Schweiz auf Stufe Gemeinde oder Kanton eingelagert. Die Einnahme von Kaliumiodid vermindert nach einem Kernkraftunfall mit Austritt von Radioaktivität das Risiko von späteren Schilddrüsenerkrankungen.⁴

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 01.09.1994
MARIANNE BENTELI

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und neue epidemiologische Probleme erfordern eine **Neuordnung der Gesundheitsstatistik**. Die Spital- und Heimstatistik soll in die amtliche Statistik integriert und revidiert werden. Ein entsprechendes Konzept wurde vom EDI zuhaden der Konferenz der kantonalen Sanitätsdirektoren verabschiedet. Bereits eingeführt wurde eine Erhebung über die ambulanten Behandlungen im Alkohol- und Drogenbereich.⁵

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 15.02.1996
MARIANNE BENTELI

Kurz nach Inkrafttreten des neuen KVG wurde bekannt, dass die Leistungsverordnung zum KVG **Ultraschalluntersuchungen bei Schwangeren** nur mehr in Risikofällen vorsieht. Dies löste sowohl bei Patientinnen- und Frauenorganisationen wie auch bei den Fachärzten einen Sturm der Entrüstung aus und veranlasste das zuständige EDI, noch einmal über die Bücher zu gehen. Die Leistungsverordnung wurde per 15. Mai 1996 – und auf fünf Jahre befristet – dahingehend abgeändert, dass zwei Ultraschalluntersuchungen pro Schwangerschaft wieder zur Pflichtleistung der Kassen werden.⁶

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 14.08.1996
MARIANNE BENTELI

Das Bundesamt für Gesundheitswesen wurde neu organisiert und in **Bundesamt für Gesundheit** (BAG) umbenannt. Dem BAG sind in den letzten Jahren zahlreiche neue Aufgaben übertragen worden. Dementsprechend mussten Organisation und Führung angepasst werden. Insbesondere wurden die Aufgaben neu gebündelt, die Amtsleitung erweitert, die einzelnen Fachgebiete verselbständigt und teilweise umbenannt sowie die Abläufe vereinfacht.⁷

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 19.07.1997
MARIANNE BENTELI

Obgleich die Weltgesundheitsorganisation WHO darauf hinwies, dass die mit dem Rinderwahnsinn verwandte **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit** (CJK) möglicherweise über **Bluttransfusionen** übertragen werden kann, beschlossen die Behörden in der Schweiz keine zusätzlichen Massnahmen. Erst als ein regelmässiger Blutspender nachweislich an CJK verstarb, wies das BAG das Schweizerische Rote Kreuz an, jene zur Transfusion bestimmten Blutprodukte, die möglicherweise mit dem Blut des verstorbenen Spenders in Kontakt gekommen waren, vom Markt zurückzuziehen. Es gibt aber nach wie vor keinen Früherkennungstest für Träger von CJ-Erregern.⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 05.09.1997
MARIANNE BENTELI

Der **Preisüberwacher** meldete **Zweifel gegenüber** der von den Spitälern geübten und von den Krankenkassen tolerierten **Praxis** an, den Privat- und Halbprivatversicherten **medizinische Leistungen zusätzlich zur Tagespauschale in Rechnung zu stellen**. Dies führe zu Missbräuchen und sei Anreiz für eine nicht gerechtfertigte Mengenausweitung. Als Beispiel fügte er die Situation im Kanton Zug an, wo eine Laboranalyse in der Privatabteilung eines Spitals 120% teurer ist als in der ambulanten Behandlung. Für den Preisüberwacher ist es deshalb nicht verwunderlich, dass immer mehr Personen aus den Halbprivat- und Privatversicherungen aussteigen, weil deren Prämien geradezu exorbitant werden.⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 21.01.1998
MARIANNE BENTELI

Das BAG und das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) lehnten ein **Massenscreening zur Suche nach Hepatitis-C-Kranken ab**, die sich vor 1990 über eine Bluttransfusion mit dem Virus angesteckt haben, obgleich dies möglicherweise für rund 10'000 Personen gilt. Die Infektion führt in vielen Fällen zu einer chronischen Leberentzündung, die wiederum eine Leberzirrhose und schlimmstenfalls Leberkrebs auslösen kann. Wegen des schleichenden Verlaufs der Krankheit wissen viele Betroffene nicht, dass sie HCV-positiv sind. Erst seit 1990 kann man das Virus im Blut nachweisen. Das SRK erklärte sich aber bereit, ab 1999 mit einem neuen, auf Gentechnik beruhenden Test das Übertragungsrisiko bei Bluttransfusionen noch weiter einzuschränken. Das BAG will künftig gespendetes Blut filtrieren, um Möglichkeit einer Ansteckung mit der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit auf ein Minimum zu senken. Die Kosten wurden auf rund 12 Mio Fr. pro Jahr geschätzt.¹⁰

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 04.02.1998
MARIANNE BENTELI

Gemäss neuem **KVG** wird ab 1998 zusammen mit der Krankenkassenprämie auch der sogenannte **„Gesundheitsrappen“** erhoben. Dank dieser zusätzlichen Leistung der Versicherten werden jährlich rund 17 Mio. Fr. für die Prävention zur Verfügung gestellt, die von der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung verwaltet werden. Für die Jahre 1998–2002 sind Präventionskampagnen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung sowie Arbeit und Gesundheit geplant.¹¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 01.01.1999
MARIANNE BENTELI

Mit finanziellem Engagement durch das BAG schuf die Schweizerische Patientenorganisation einen **Röntgenpass**, der dazu beitragen soll, übermässiges Röntgen zu vermeiden. Das BAG erfüllte mit seiner Unterstützung den Auftrag der Strahlenschutzverordnung, die Bevölkerung vor vermeidbarer Strahlenexposition zu schützen. Auf dem Pass können Patientinnen und Patienten Röntgenaufnahmen, die zu medizinischen und zahnmedizinischen Zwecken, bei Durchleuchtung, Computertomographie usw. gemacht werden, eintragen lassen. Unnötige Wiederholungen könne so vermieden und die Strahlenbestrahlung gering gehalten werden.¹²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 31.12.1999
MARIANNE BENTELI

Als Richtungskampf innerhalb des Bundesrates wurde der **Beschwerdeentscheid des EJPD** interpretiert, der Privatspitälern in den Kantonen St. Gallen und Basel-Stadt ohne Bedarfsnachweis für Halbprivat- und Privatbetten Anrecht auf Spitalistenplätze und somit auf einen Sockelbeitrag aus der sozialen Krankenversicherung zugestand. Dieser Entscheid löste bei Fachleuten Kopfschütteln aus. Sie meinten, eine sinnvolle und kostendämpfende **Spitalplanung** sei unter Ausschluss der Halbprivat- und Privatabteilungen nicht machbar. Bei den Kantonen zeigte man sich insbesondere verärgert darüber, dass der gleiche Bundesrat, der jetzt mit der Rechtsprechung des EJPD die Planung **der Kantone** durchlöchere, im laufenden Projekt des EDI zur Revision des KVG eine umfassende Planung für alle Spitäler und Abteilungen verlange und vorsehe, dass die Kantone künftig öffentlichen und privaten Spitälern für alle Abteilungen gleiche Subventionen zu leisten haben. Informierte Quellen erklärten, es gebe im Bundesrat zwei widersprüchliche Tendenzen. Innenministerin Dreifuss verlange eine Gesamtplanung aller Spitäler, da nur so die Kosten in der sozialen Krankenversicherung kontrollierbar seien; demgegenüber wolle Bundesrätin Metzler – wie schon ihr Vorgänger Koller – mit der Beschwerdepraxis ihres Departements einen planungsfreien Privatspitalbereich schaffen.¹³

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 29.03.2000
MARIANNE BENTELI

Aus den Mitteln des 1998 auf allen Krankenkassenprämien eingeführten „Gesundheitsrappens“ startete die Stiftung für Gesundheitsförderung unter dem Titel „Feel your power“ ihre erste Kampagne, die sich über fünf Jahre erstreckt. Hauptanliegen ist die **Stressbewältigung**, unter der vor allem die 30- bis 44-Jährigen – und im besonderen die Frauen mit Doppelbelastung Beruf und Familie leiden. In Inseraten, TV-Spots und im Internet soll diesem Personenkreis gesunde Ernährung und genügend Bewegung schmackhaft gemacht werden.¹⁴

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 15.09.2000
MARIANNE BENTELI

Ein Fragenkomplex, der in den letzten Jahren immer wieder zu Diskussionen Anlass gab, ist jener der **Rationierung im Gesundheitswesen**. Die Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung (EGK), die sich aus Vertretern von Bund und Kantonen, der medizinischen Ethik sowie von Spitälern, Ärzten und Konsumenten zusammensetzt, veröffentlichte erstmals Thesen zu diesem brisanten Thema. Unter Berufung auf Bundesverfassung und KVG bekannte sie sich zum Grundsatz der gleichen Medizin für alle; anstatt aus Kostengründen zu rationieren, solle das noch mögliche Sparpotential ausgeschöpft werden. Die EGK bemängelte, dass nach wie vor nicht genügend energisch gegen nicht nachweislich wirksame Therapien, Überkapazitäten im stationären Bereich und unnötige Operationen vorgegangen werde. Sie widersetzte sich allerdings auch nicht der Einsicht, dass in bestimmten Bereichen (insbesondere in der Transplantationsmedizin) mangels Ressourcen Rationierungsmassnahmen nicht umgangen werden können. Diesem ihrer Ansicht nach beschönigendem Befund widersprachen die Praktiker an der Front: Sie vertraten die Auffassung, Rationierung sei längst Alltag in Spitälern und Praxen.¹⁵

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 10.04.2001
MARIANNE BENTELI

Eine Expertenkommission des Bundes schlug vor, die Sicherheit der Patienten mit einem nationalen Programm zu verbessern. Aus Rücksicht auf den Föderalismus im Gesundheitswesen soll aber nicht eine zentrale Sicherheitsbehörde eingesetzt werden, sondern analog zum Büro für Flugunfälle ein nationales Zentrum für **Patientensicherheit**, das Meldungen über medizinische Zwischenfälle registriert und analysiert. Die FMH beschloss ihrerseits, für ihre Mitglieder eine Datenbank einzurichten, in welche Ärzte und Ärztinnen (auf Wunsch auch anonym) Fehlermeldungen eingeben können; die gesammelten Daten sollen in einem späteren Zeitpunkt auch der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Im gleichen Bestreben gründete die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation eine Stiftung für Patientensicherheit¹⁶

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 17.08.2001
MARIANNE BENTELI

Erstmals erhielten drei Schweizer Ortschaften vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanzielle und fachliche Unterstützung für Programme, die **Gesundheit und Umwelt** miteinander verknüpfen. Aarau (AG, Wohnen), Thal (SO, Natur) und Crans-Montana (VS, Mobilität) wurden aus 15 Bewerbungen ausgewählt. Hier übernimmt der Bund während der nächsten fünf Jahre die Hälfte der Projektkosten (jährlich maximal 200'000 Fr.).¹⁷

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 24.08.2001
MARIANNE BENTELI

Bei **Katastrophen** und Unfällen grösseren Ausmasses ist die psychologische Betreuung der Betroffenen (Opfer und Angehörige) wichtig. Nach privaten Initiativen (z.B. Swissair) startete der Bund im Berichtsjahr eine Ausbildungsoffensive in diesem Bereich. Der vom VBS angebotene Kurs richtet sich ausdrücklich an Laien; das Konzept wurde in enger Zusammenarbeit mit ausgebildeten Psychologinnen und Psychologen erstellt.¹⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 17.06.2002
MARIANNE BENTELI

Viele ältere Menschen leiden an **Mangelernährung**. Ein nationales Programm soll aufzeigen, wie ihre Ernährung verbessert und die Förderung ihres Wohlbefindens im Gesundheitssystem umgesetzt werden können. Gemäss einem ersten Bericht weisen viele 70- bis 75-Jährige eine Unterversorgung an Proteinen, Vitaminen und Mineralstoffen auf. Bei den über 75-Jährigen in Pflegeheimen sind diese Mangelerscheinungen noch ausgeprägter. Als Gründe dafür wurden eine Abnahme von Geruchs- und Geschmacksempfinden, Isolation, Depression, Demenz und die Zunahme körperlicher Gebrechen genannt. Das Phänomen betrifft allerdings auch jüngere Menschen. In den Spitälern sind je nach Abteilung 20-60% aller hospitalisierten Patientinnen und Patienten mangelernährt. Das Risiko steigt beim Spitaleintritt markant, da sich in den von Spezialisten geprägten Institutionen kaum jemand um die ausreichende Ernährung der Patientinnen und Patienten kümmert; insbesondere die Appetitlosigkeit wird nur ganz selten thematisiert. Die so geschwächten Patienten erholen sich schlecht von Operationen, brauchen intensivere Pflege und liegen länger im Spital als gut ernährte. Fachleute bezeichnen die Mangelernährung darum als einen der wichtigsten versteckten Gründe der Kostensteigerung im Gesundheitswesen.¹⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 18.10.2002
MARIANNE BENTELI

Die Auswirkungen von ungesunder Ernährung, zu hohem Körpergewicht und zu wenig Bewegung werden in der Bevölkerung noch allzu oft unterschätzt. Dabei gehen 30% der jährlichen Gesundheitskosten auf das Konto von ernährungsbedingten Krankheiten, und knapp 200 Todesfälle pro Jahr sind eine direkte Folge von Bewegungsmangel. Dieser Umstand bewog das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Stiftung für Gesundheitsförderung, die **Ernährungsbewegung Swiss Balance** ins Leben zu rufen. Unter deren Impuls soll sich bis 2010 der Anteil Menschen mit gesundem Bewegungs- und Ernährungsverhalten signifikant vergrössern. Massnahmen sind namentlich in den Bereichen der Öffentlichkeitsarbeit und der politischen Meinungsbildung geplant. Eine Motion Gutzwiller (fdp, ZH) (Mo. 02.3135), die eine substantielle Erhöhung der Bundesmittel zur Ernährungsinformation, -ausbildung und -erziehung verlangte, wurde auf Antrag des Bundesrates, der auf bereits unternommene Anstrengungen verwies, nur als Postulat verabschiedet.²⁰

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 12.11.2002
MARIANNE BENTELI

Zusammen mit der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und den kantonalen Behörden lancierte das BAG eine **Impf-Informationskampagne**. Der Bevölkerung soll damit in Erinnerung gerufen werden, dass die Möglichkeit, sich gegen Infektionskrankheiten zu schützen, eine Chance und nicht eine Verpflichtung ist, dass es sich beim Impfplan für Kinder um eine in der Schweiz und der ganzen Welt wissenschaftlich verankerte Massnahme handelt, und dass nur die freiwillige Impfung aller Kinder und Jugendlicher ermöglicht, neun allzu oft als harmlos betrachtete Infektionen (Masern, Röteln, Mumps, Diphtherie, Tetanus, Polio, Keuchhusten, Hepatitis B und Haemophilus influenza) wirksam zu bekämpfen. (Auf den 1. Juli wurden die ansteckenden Erkrankungen Anthrax und Pocken meldepflichtig, ebenso ärztliche Untersuchungen oder Tests bei Verdacht auf die Creutzfeld-Jakob-Krankheit; der klinische Verdacht auf CJK ist bereits seit 1999 meldepflichtig.)²¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 06.12.2003
MARIANNE BENTELI

Bund und Kantone schlossen eine **Vereinbarung zum Dialog Nationale Gesundheitspolitik**, die eine engere Zusammenarbeit aller involvierter Kreise anstrebt. Es soll ein regelmässiger Informationsaustausch stattfinden, die gemeinsamen gesundheitspolitischen Felder sollen abgesteckt, Grundlagen-, Vorbereitungs- und Entwicklungsarbeiten festgelegt und gemeinsame Stellungnahmen und Empfehlungen verabschiedet werden. An dem Dialog, der mehrmals jährlich stattfinden wird, beteiligen sich der Vorsteher des EDI und die Vertreter der verantwortlichen Bundesstellen sowie der Vorstand der Gesundheitsdirektorenkonferenz und deren Zentralsekretär.²²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 30.10.2004
MARIANNE BENTELI

Anfang Dezember verschickte der Bund **Jodtabletten** an alle Haushalte, die im Umkreis von 20 Kilometern eines Atomkraftwerks liegen. Im Notfall sollen sie bei rund 1,2 Mio Menschen eine Verseuchung der Schilddrüse verhindern. Zehn Jahre zuvor hatten nur Haushalte im Umfeld von fünf Kilometern die Jodtabletten als Hausvorrat erhalten. Die Gemeinden, die im Abstand von fünf bis 20 Kilometer liegen, lagerten den Jodvorrat zentral. Abklärungen hatten seither gezeigt, dass mit diesem System die Tabletten nicht rechtzeitig an die Bevölkerung verteilt werden könnten.²³

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 10.12.2005
MARIANNE BENTELI

Ab Spätsommer, als mit den ersten Fällen in der Türkei die aus Asien kommende **Vogelgrippe** Europa erreichte, begannen auch in der Schweiz die Diskussionen über eine mögliche Übertragung des Erregers auf den Menschen und die daraus resultierenden Gefahren einer Pandemie. Obgleich die Bundesbehörden, vorab BAG und BVET, die Risiken relativierten, wurde doch damit begonnen, ein „worst-case“-Szenario auszuarbeiten. Die Behörden gaben bekannt, dass für einen Viertel der Bevölkerung bereits ein einigermaßen wirksames Gegenmittel zur Verfügung stehe; zudem werde der Bund im Ausland mittelfristig rund 200'000 Impfdosen einkaufen, um die besonders exponierte Bevölkerung (Landwirte, Medizinalpersonen) schützen zu können. (Für die Massnahmen der Landwirtschaft, siehe hier)²⁴

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 16.12.2006
MARIANNE BENTELI

Trotz sehr guter technischer und organisatorischer Voraussetzungen liegt die Schweiz bei den elektronischen Gesundheitsdiensten („E-Health“) im internationalen Vergleich im Rückstand. Die föderalistische Organisation der Gesundheitsversorgung fördert zwar praxisnahe Lösungen, erschwert aber ein einheitliches System. Der Bundesrat beauftragte deshalb das EDI im Januar, bis Ende 2006 ein Konzept für eine **nationale Strategie „E-Health“** mit Massnahmen vorzulegen. Der Mitte Dezember vorgestellte Entwurf setzte Schwerpunkte in den Bereichen elektronische Patientendossiers, Online-Informationen und Online-Dienste sowie Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen. Mit Zustimmung des Bundesrates wurde zudem ein Postulat Stump (sp, AG) (Po. 05.3693) überwiesen, das die Regierung ersucht, die Grundlagen für einen optimalen Einsatz von Telemedizin zu schaffen und die entsprechenden Berichte erarbeiten zu lassen.²⁵

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 29.09.2007
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat erteilte dem EDI den Auftrag, bis im Herbst 2008 einen Vorentwurf für gesetzliche Bestimmungen zur Stärkung von **Prävention** und Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Als Grundlage dient ein Bericht zum Thema, der als Antwort auf zwei Postulate festhält, dass es in Anbetracht der Zunahme von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten neue rechtliche Grundlagen für diesen Bereich braucht. Diese gesetzlichen Bestimmungen sollen die folgenden Bereiche regeln: Massnahmen des Bundes, Koordination der Präventionsbemühungen von Bund, Kantonen und privaten Organisationen sowie der Aktivitäten der Bundesstellen, Vereinfachung und Neugestaltung der Präventionsstrukturen. Dass verstärktes Engagement in der Schweiz nötig ist, hatte im Vorjahr auch ein OECD-Bericht zum Gesundheitswesen der Schweiz zum Ausdruck gebracht.²⁶

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 18.06.2008
LINDA ROHRER

Der Bundesrat verlängerte Mitte Jahr seine **Präventionsprogramme** und setzte die Ziele bis 2012 fest. Unausgewogene Ernährung, zu wenig Bewegung, problematischer Alkoholkonsum sowie Rauchen verursachen jährlich Kosten von rund 20 Mia Fr., die mittels Präventionsmassnahmen reduziert werden können. Seine Hauptaufgabe sah der Bundesrat in der Koordination zwischen Bund, Kantonen, Nicht-Regierungsorganisationen und anderen involvierten Kreisen, in der Sicherung einer aussagekräftigen Datenlage, der Evaluation, Forschung und Definition von „Best-Practices“ sowie der Information. Er umschrieb seine Ziele in Bezug auf die nationalen Programme Alkohol, Ernährung und Bewegung, Tabak und HIV/Aids. Im Vorfeld hatte sich eine Allianz von Wirtschaftsverbänden gebildet, die gegen Teile der Präventionsmassnahmen des Bundes kämpfte. Diese Allianz umfasste 20 Verbände aus der Tabak- und Alkoholbranche sowie aus dem Bereich Handel und der Kommunikationsbranche. Ebenfalls beteiligt waren Economiesuisse, der Schweizerische Arbeitgeberverband und der Gewerbeverband. Diese Allianz engagierte sich für eine stärkere Ausrichtung der Präventionsmassnahmen auf Eigenverantwortung und Aufklärungsmassnahmen, die sich an Risikogruppen richten. Sie wandte sich gegen Eingriffe in die freie Marktwirtschaft, zusätzliche Einschränkungen der persönlichen Freiheit und Steuern.²⁷

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 03.07.2008
LINDA ROHRER

Mit dem Übergang des **Dossiers Sterbehilfe** von Christoph Blocher an die neue Justizministerin Eveline Widmer-Schlumpf änderte sich auch die Haltung der Landesregierung in der Frage der gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe. Bis anhin hatte der Bundesrat wiederholt erklärt, dass im Bereich der Sterbehilfe prinzipiell keine weiteren gesetzlichen Regelungen notwendig seien. Die sich nun abzeichnende Kehrtwende kann vor allem mit der anhaltenden Diskussion in der Öffentlichkeit und den damit verbundenen Forderungen einer minimalen Sorgfaltspflicht für Sterbehilfeorganisationen begründet werden. Ein umfassendes Aufsichtsgesetz kam für den Bundesrat aber weiterhin nicht in Frage, da ein solches zu einer Mitverantwortung des Staates für diese Organisationen führen und ihnen ein staatliches Gütesiegel ausstellen würde.²⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 30.09.2009
LINDA ROHRER

Der Bundesrat plant ein neues **Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung**. Das neue Gesetz will die Prävention, die Gesundheitsförderung und die Früherkennung bei übertragbaren Krankheiten stärken und dadurch zu einer guten Gesundheit der Schweizer Bevölkerung beitragen. Der vorgesehene Erlass enthielt keine direkt anwendbaren Massnahmen wie Werbe- und Verkaufsverbote, sondern war sehr allgemein formuliert und hatte dadurch einen weiten Anwendungsbereich. In der Vernehmlassung wurde die Schaffung eines neuen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung besonders kritisch aufgenommen. Auch sonst war das neue Gesetz umstritten. Namentlich die Wirtschaft stand dem Vorhaben skeptisch bis völlig ablehnend gegenüber. Sie befürchtete zusätzliche Eingriffe in die Freiheit der Wirtschaft und in die alltäglichen Gewohnheiten des Einzelnen.²⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 29.10.2009
LINDA ROHRER

Der Bundesrat war sich bezüglich der **Regelung der Sterbehilfe** uneinig und erwog auch ein Verbot der Sterbehilfeorganisationen. Die Thematik sorgte für einen Streit zwischen der Bundesrätin Eveline Widmer Schlumpf, die einen Antrag für gesetzliche Mindeststandards für die Sterbehilfeorganisationen Dignitas und Exit nicht wie erhofft durchsetzen konnte und den Gegnern der organisierten Sterbehilfe im Bundesrat, Pascal Couchepin und Ueli Maurer. Britische Ärzte kritisierten derweil die Sterbehilfeorganisation Dignitas, weil die Organisation nicht nur Todkranke in den Suizid begleitete. Im Herbst präsentierte der Bundesrat dann einen überarbeiteten Gesetzesentwurf zur Suizidhilfe, der zwei Varianten der Änderung des Strafrechts vorsah. Dieses sollte entweder klare Sorgfaltspflichten für Suizidhilfeorganisationen festlegen oder aber die organisierte Suizidhilfe überhaupt verbieten. Für Freitodbegleitungen wurden Mindeststandards in sechs Bereichen formuliert. Die einschneidendste Massnahme bestand darin, dass Suizidhilfe künftig Patienten mit einer unmittelbar tödlichen Prognose vorbehalten sein soll. Suizidwillige benötigen zwei Gutachten von zwei verschiedenen Ärzten und müssen zudem ihren freien Willen äussern können; das todbringende Medikament muss ärztlich verschrieben sein und die Sterbehilfeorganisationen haben über jeden Fall eine vollständige Dokumentation zu erstellen. Die Suizidhilfe darf ausserdem nicht zur gewinnorientierten und gewerbemässigen Tätigkeit werden.³⁰

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 07.04.2010
LUZIUS MEYER

2009 hatte der Bundesrat ein Papier zur Sterbehilfe vorgelegt, das in der **Vernehmlassung** für einige Kritik sorgte. Da die Vorschläge einer strengen Regulierung oder eines Verbotes von Sterbehilfeorganisationen auf breite Ablehnung gestossen waren, schwenkte die Justizministerin Eveline Widmer-Schlumpf um. Sie kündigte an, dass sie dem Wunsch einer Mehrheit in der Vernehmlassung Rechnung tragen wolle und die Suizidhilfe nicht nur für unmittelbar vom Tod bedrohte oder schwerkranke Personen zulassen wolle. Damit würde sich ein liberaleres Gesetz zur Sterbehilfe ergeben als die in der Vernehmlassung formulierten Vorschläge. Während die beiden Vorschläge des Bundesrates bei den verschiedenen Vertretern der Verwaltung und Verbände für Uneinigkeit sorgten, gewann die Sterbehilfeorganisation Exit innerhalb eines Jahres 2000 neue Mitglieder.³¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 13.01.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Suite à la votation de 2009 qui a vu le peuple adopter l'initiative en faveur des **médecines complémentaires**, le Conseil fédéral a réintroduit à titre provisoire les prestations de ces médecines dans le catalogue de l'assurance de base malgré le préavis négatif de la Commission fédérale des prestations. Le DFI souhaite élaborer une nouvelle évaluation en 2017 afin de tester les critères d'économicité et d'efficacité exigés par la LAMal en collaboration avec les acteurs concernés.³²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 12.06.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le DFI a mis en consultation un projet de modification de la **loi sur la transplantation** afin d'y intégrer la motion Maury Pasquier (ps, GE) visant à permettre aux frontaliers et à leurs proches ayant contracté une assurance-maladie en Suisse de bénéficier de l'égalité de traitement avec les personnes domiciliées en Suisse en matière d'attribution d'organe.³³

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 12.07.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le DFI a mis en consultation un projet de modification de la Constitution et de la loi sur la **procréation médicalement assistée** afin de lever l'interdiction du diagnostic préimplantatoire, de déterminer des conditions-cadres strictes et de prévoir des sanctions lors d'utilisation abusive.³⁴

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 17.09.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le DFI a mis en consultation un projet de loi relatif à l'établissement d'un **dossier électronique** pour les patients afin d'éviter la répétition d'actes médicaux et d'améliorer la transmission d'informations entre les prestataires de soins. La transmission aux assurances n'est pas concernée. L'établissement d'un tel dossier n'est pas obligatoire et les patients sont supposés maîtriser la confidentialité de leurs données et les acteurs y ayant accès.³⁵

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 09.09.2013
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Der Bundesrat verabschiedete Anfang Jahr die **Gesamtschau Gesundheit 2020**. Mit insgesamt 36 Massnahmen in allen Bereichen des Gesundheitssystems soll die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität verbessert und die Transparenz erhöht werden. Eines der zentralen Ziele ist es, das Schweizer Gesundheitssystem optimal auf die kommenden Herausforderungen auszurichten und gleichzeitig die Kosten überschaubar zu halten. Als eine der Hauptschwierigkeiten sah der Bundesrat die in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zunehmende Zahl älterer Menschen und mit ihr ein Anstieg chronischer Krankheiten, denen die heutigen, auf Akutversorgung ausgerichteten Strukturen nicht mehr genügen werden. Prognostiziert wurde auch eine Zunahme der Gesundheitskosten, welche mit der demographischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt begründet wurden. Problematisch seien des Weiteren die hohen Krankenkassenprämien, welche bereits gegenwärtig für viele Versicherte eine spürbare finanzielle Belastung darstellten. Einige der in der Gesamtschau enthaltenen Massnahmen sind bereits fortgeschritten und stehen vor der politischen Umsetzung, so beispielsweise die Einführung des elektronischen Patientendossiers, das Gesundheitsberufegesetz, das Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz oder der Gegenvorschlag zur öffentlichen Krankenkasse. Weitere Massnahmen müssen noch gestaltet und konkretisiert werden, wobei der Bundesrat hauptsächlich auf den Masterplan Hausarztmedizin, die schrittweise Erhöhung der Zahl von Medizinstudentinnen und -studenten, die Vereinfachung des Prämiensystems, eine differenziertere Zulassungssteuerung bei den Spezialärzten und die Einführung neuer Steuerungsinstrumente für die Versorgung im spitalambulantem und ambulanten Bereich fokussierte. Anfang September trafen sich rund 350 Vertreter aller wichtigen Organisationen des Gesundheitswesens und der Schweizerischen Gesundheitspolitik zur ersten Nationalen Konferenz Gesundheit2020 mit der Absicht, die Ziele und Massnahmen der Strategie zu priorisieren und die zentralen Partner für die Umsetzung zu benennen.³⁶

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 21.11.2013
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Ende Jahr beschloss der Bundesrat zwei Strategien: eine **nationale Demenzstrategie** 2014 bis 2017 sowie eine nationale Strategie bezüglich nichtübertragbarer Krankheiten. Aufgrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung und des steigenden Anteils älterer Menschen werden die Demenzerkrankungen in der Schweiz weiter zunehmen und sich zu einer zentralen gesundheits- und sozialpolitischen Herausforderung entwickeln. Gegenwärtig werden jährlich rund 25'000 Demenz-Neuerkrankungen registriert. Da Demenz nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch das familiäre Umfeld und die in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen betrifft, sieht sich die Gesundheitspolitik mit vielerlei Aufgaben konfrontiert. Mit neun Zielformulierungen soll die Strategie eine Sensibilisierung der Bevölkerung, die Förderung von bedarfsgerechten, integrierten Angeboten, die Sicherstellung der Versorgungsqualität und Fachkompetenz sowie die intensiviertere Berücksichtigung in der Versorgungsplanung erreichen. Die Weiterentwicklung zeitgemässer Versorgungsangebote ist mitunter ein Ziel der gesundheitspolitischen Strategie „Gesundheit2020“. Den Anstoss zu einer Demenzstrategie hatte das Parlament im März 2012 gegeben: Es überwies zwei Motionen, in denen Bund und Kantone aufgefordert wurden, in Zusammenarbeit mit betroffenen Organisationen entsprechende Schritte zu unternehmen. Die angedachte „nationale **Strategie nichtübertragbare Krankheiten**“ soll die Bewältigung von Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Störungen, Atemwegs- oder Muskel-Skelett-Erkrankungen angehen. Diese verursachen nicht nur viel Leid und schränken die Lebensqualität ein, sondern stellen auch das Gesundheitswesen vor erhebliche finanzielle, strukturelle und personelle Herausforderungen. Die Strategie soll die Kompetenzen der Bevölkerung im Gesundheitsbereich verbessern sowie Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesünderes Verhalten ermöglichen. Innerhalb von drei Jahren soll den Kantonen und dem Bundesrat ein Massnahmenpapier vorgelegt werden.³⁷

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 23.03.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das BAG hat eine **Strategie gegen nosokomiale Infektionen** erarbeitet, um Spitalinfektionen einzudämmen. Die so genannte Strategie NOSO basiert auf vier Handlungsfeldern: Governance, Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung und Forschung. Spital- und Pflegeheiminfektionen gehören zu den häufigsten Komplikationen einer medizinischen Behandlung und es treten rund 70'000 Fälle jährlich in der Schweiz auf. Davon führen 2'000 zum Tod – zu viele, finden die Bundesbehörden. Die Strategie soll deswegen zum Schutz der Patientinnen und Patienten beitragen, aber auch das Pflegepersonal abdecken. Bis zu 50 Prozent der

Infektionen können mit einem umsichtigeren Umgang vermieden werden. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats (Gesundheit 2020) und das revidierte Epidemienetz bilden die Grundlagen für dieses neue Programm. Ende 2015 sollte die Strategie vom Bundesrat beschlossen werden.

Zwar dauerte es etwas länger als geplant, aber im März 2016 gab die Regierung grünes Licht für die Strategie NOSO. Fortan werden die geplanten Standards umgesetzt, in Koordination zwischen Bund, Kantonen und allen betroffenen Akteuren im Gesundheitswesen, die auch massgeblich zur Erarbeitung der Strategie beigetragen hatten.³⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 24.02.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Ende 2018 wurde die **«Strategie eHealth Schweiz 2.0 2018–2022»** publiziert, welche auf die bisherige eHealth-Strategie aus dem Jahr 2007 folgte. Ihr Hauptaugenmerk lag auf der Verbreitung des elektronischen Patientendossiers. Mittels Digitalisierung strebte sie die Verbesserung der Behandlungsqualität, Patientensicherheit, Effizienz, koordinierten Versorgung, Interprofessionalität und Gesundheitskompetenz an. Durch digital kompetente Menschen und digital vernetzte Gesundheitseinrichtungen und Fachpersonen soll das Gesundheitssystem qualitativ besser, sicherer und effizienter werden, so die Vision der Strategie. Insgesamt enthielt die Strategie 25 Ziele, die sich in den drei Handlungsfeldern «Förderung von Digitalisierung», «Abstimmung und Koordination von Digitalisierung» sowie «Befähigung zur Digitalisierung» verorten liessen. Die Umsetzung soll durch den Bund, die Kantone, eHealth Suisse und den Stammgemeinschaften – Gruppen von Dienstleistenden im Gesundheitswesen – geschehen, wobei es ebenfalls der Beteiligung weiterer relevanter Akteure bedürfe.³⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 05.03.2021
JOËLLE SCHNEUWLY

Um den Herausforderungen, die mit Demenz einhergehen, adäquat zu begegnen, initiierte das BAG Anfang März 2021 die **Nationale Plattform Demenz**, welche aus der Nationalen Strategie Demenz 2014–2019 hervorging. Mit der Plattform soll auf eine gute Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen abgezielt werden. Dazu werden einerseits Veranstaltungen in Form von Forumsveranstaltungen und Webinaren organisiert, anlässlich derer sich Mitglieder respektive alle Interessierten austauschen können. Andererseits wurden folgende sechs Schwerpunktthemen definiert, die als Leitlinien für die Arbeit der Plattform dienen: Lebensqualität, Datengrundlagen, Finanzierung, vulnerable Personen, stationäre Langzeitpflege und ambulantes Betreuungssetting.⁴⁰

Ärzte und Pflegepersonal

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 10.09.1994
MARIANNE BENTELI

Auf Druck des Preisüberwachers verzichtet die Schweizerische **Zahnärztegesellschaft** inskünftig darauf, ihren Mitgliedern Mindestpreisvorschriften zu machen. Mit der **Auflösung des Preiskartells** eröffnen sich den Zahnärztinnen und Zahnärzten gegen unten unbeschränkte Honorarspielräume. Nach Einschätzung des Preisüberwachers wird sich der neue Modus preis- und kostendämpfend auswirken.⁴¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 29.01.1999
MARIANNE BENTELI

Gemäss neuem KVG hätte die **Gesamtrevision des Arzttarifs** (GRAT), welche eine gesamtschweizerisch **einheitliche Tarifstruktur (TarMed)** bezweckt und die Kerntätigkeit der Ärzte (Diagnose, Therapieberatung etc.) gegenüber den technischen Leistungen aufwerten will, bereits 1998 in Kraft treten sollen. Von der neuen Berechnungsgrundlage versprechen sich alle Beteiligten eine bessere Kostentransparenz und eine vertiefte Kontrolle der ärztlichen Leistungen. Da eine kostenneutrale Reform angestrebt wurde, verliefen die Verhandlungen zwischen der Ärzteschaft, den Spitälern und den Krankenversicherern besonders zäh. Im Januar lag ein erstes Resultat vor, welches Bundespräsidentin Dreifuss unterbreitet wurde.⁴²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 24.04.1999
MARIANNE BENTELI

Aber auch das **EDI** zeigte sich keineswegs erfreut über den ersten Vorschlag, vor allem nachdem der Preisüberwacher vorgerechnet hatte, dass die Lösung keinesfalls kostenneutral sei, sondern zu einem Schub bei den Arzthonoraren von mindestens 30% führen würde. Angesichts der hoffnungslos eingefrorenen Positionen – ein neues Konzept des BSV zur Kostenneutralität war von der FMH als „verkapptes Globalbudget“ in Bausch und Bogen verworfen worden – drohte Bundespräsidentin Dreifuss damit, den neuen Arzttarif **allenfalls über den Kopf der Verhandlungspartner hinweg zu verordnen**.⁴³

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 27.05.2000
MARIANNE BENTELI

Im Februar genehmigte die Schweizer Ärztekammer den **neuen Arzttarif (TarMed)**. Anlässlich der Jahrestagung der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) Ende Mai wurde ein Vorvertrag unterzeichnet. Damit einigten sich – nach jahrelangen, zähen Verhandlungen – die Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen (FMH), das Konkordat der Krankenkassen (KSK), die Organisation der Schweizer Spitäler (H+) und die privaten Versicherer auf ein gesamtschweizerisch einheitliches Tarifmodell. Obgleich dies nach einem Durchbruch in der sehr strittigen Ausmarchung aussah, wurde der Vertrag nicht dem EDI zugestellt. Hintergrund der Verzögerung war der nach wie vor innerhalb der FMH schwelende Konflikt zwischen Spezialärzten, die eine tarifäre Rückstufung ihrer vor allem technischer Leistungen nicht zu akzeptieren bereit sind, während die Allgemeinpraktiker darauf drängen, ihre umfassend beratende Tätigkeit besser honoriert zu sehen. (Die Chirurgen drohten sogar mit Operationsstopp) Bundesrätin Dreifuss drohte erneut, die Tarifstruktur durch das BSV festlegen zu lassen, falls sich die Partner nicht innert nützlicher Frist einigen sollten. Zum letztmöglichen Zeitpunkt wurde der neue Arzt- und Spitaltarif Ende Juni dem Bundesrat schliesslich doch noch eingereicht. Im September genehmigte der Bundesrat den neuen TarMed, doch erwies sich die Umsetzung weiterhin als harzig, weil eine Splittergruppe der FMH, in der sich 1998 die invasiv und operativ tätigen Spezialärzte zusammengeschlossen hatten, immer wieder Nachbesserungen verlangte.⁴⁴

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 22.06.2002
MARIANNE BENTELI

Die **FMH**, welche die Aufhebung des Kontrahierungszwangs bisher aufs schärfste bekämpft hatte, signalisierte im Lauf des Sommers ein gewisses Entgegenkommen, in erster Linie, um den Zulassungsstopp nicht zu einer dauerhaften Einrichtung werden zu lassen, die den Jungärzten auf Jahre hinaus die berufliche Zukunft verbauen würde. Der Präsident der FMH regte eine Art „Drei-Kreise-Modell“ für die Zulassung zur Grundversicherung an: Mit einem ersten Kreis von Ärzten müssten die Kassen zwingend zusammenarbeiten; aus einem zweiten Kreis könnten sie wählen, und der dritte Kreis, jene „rücksichtslosen Gestalten, die nichts taugen und betrügerische Rechnungen stellen“ würde ganz ausgeschlossen. Dass **überhöhte Abrechnungen** nicht nur die Tat einzelner schwarzer Schafe sind, zeigte sich an einer von der Sendung „Kassensturz“ des Schweizer Fernsehens aufgedeckten virtuellen Laborgemeinschaft in St. Gallen. Rund 550 Ärzte und Ärztinnen hatten sich in dieser Laborgemeinschaft zusammengeschlossen, um eine eigene Labortätigkeit vorzutäuschen, für welche höhere Tarife gelten. In Wirklichkeit wurden die Analysen aber in bis zu dreimal billigeren Grosslabors durchgeführt. Die Differenz blieb in der Tasche der betrügerischen Ärzte. Das BSV, welches in früheren Jahren Kenntnis von ähnlichen Praktiken in der Romandie erhalten hatte, prüft nun, ob Betrug mit Laborrechnungen nicht zum Offizialdelikt erklärt werden könnte, analog zu den Betrügereien mit Medikamenten, bei denen gewisse Ärzte die Rabatte der Pharmafirmen nicht weitergeben.⁴⁵

Medikamente

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 21.08.1990
MARIANNE BENTELI

Auf Vermittlung der Kartellkommission wurde bei den Generika eine gewisse Annäherung der Positionen erzielt, insofern als die **Handelsmargen der Generika etwas angehoben** wurden, was dazu führen dürfte, dass vermehrt preisgünstige Nachahmerprodukte verschrieben werden.⁴⁶

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 05.10.1990
MARIANNE BENTELI

Auch der Bundesrat ist offenbar der Ansicht, die alternativen Heilmethoden verdienen eine eingehendere Abklärung und Würdigung. In Beantwortung einer Einfachen Anfrage Humbel (cvp, AG; A. 90.1088) gab er bekannt, im Rahmen der 6. Serie der Nationalen Forschungsprogramme ein eigenständiges, mit CHF 6 Mio. dotiertes **Forschungsprogramm** in Auftrag gegeben zu haben, welches die **Wirkung von alternativen Behandlungsmethoden** und deren Beziehungen zur Schulmedizin abklären soll. Gleichzeitig wies er aber darauf hin, dass er aufgrund der kantonalen Vorrechte im Hochschulwesen keine Möglichkeit habe, auf die Schaffung eines Lehrstuhls für Naturheilverfahren hinzuwirken. Diesen Schritt könnte der Kanton Zürich als erster tun, beschloss doch die Zürcher Regierung im Herbst, an ihrer Universität einen Lehrstuhl für Naturheilkunde einzurichten. Da sich der Zentralvorstand der FMH bereits für einen Einbezug alternativ-medizinischer Ansätze ins Medizinstudium ausgesprochen hat, sollte von dieser Seite kein allzu heftiger Widerstand entstehen. Mit einer von links-grünen Abgeordneten unterstützten Motion möchte Nationalrat Hafner (gp, BE; Mo. 90.973) erreichen, dass die vom Bund für Komplementärmedizin eingesetzten Mittel innerhalb von zehn Jahren denjenigen für die Schulmedizin anzugleichen sind.⁴⁷

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 27.02.1995
MARIANNE BENTELI

Das EDI setzte 1995 eine **Expertenkommission** ein, welche einen Entwurf für ein **Bundesgesetz über die Kontrolle der Heilmittel** ausarbeiten soll. Das neue Gesetz wird die Heilmittelkontrolle erstmals eidgenössisch regeln. Eine selbständige Anstalt des Bundes soll die Aufgaben übernehmen, die heute von der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) und der Abteilung Pharmazie des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) wahrgenommen werden. Der Zweck des künftigen Bundesgesetzes ist die Versorgung der Bevölkerung mit sicheren und wirksamen Heilmitteln guter Qualität. Erfasst werden alle Sparten der Arzneimittel und der immunbiologischen Erzeugnisse für Mensch und Tier (Medikamente, Blutpräparate und Medizinprodukte).⁴⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 10.04.1996
MARIANNE BENTELI

Ausgehend von der revidierten Verordnung über die Arzneimittelpreiskontrolle, welche auf den 1. Januar 1996 in Kraft trat, nahm das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) die **Preise von rund 280 Präparaten unter die Lupe**. Kernpunkt des neuen Vorgehens ist ein Preisvergleich mit Deutschland, Dänemark und den Niederlanden. In einer ersten Überprüfung wurden für 70 ältere, patentabgelaufene Medikamente die Preise gesenkt, gleichzeitig aber für 90 neuere Arzneimittel Preiserhöhungen vorgenommen, da diese Produkte im internationalen Vergleich zu billig abgegeben würden. Nach dem gleichen Vorgehen werden bis zum Jahr 2000 alle Medikamente verbilligt, die vor 1985 auf den Markt gekommen sind. Das soll zu Einsparungen von gut CHF 500 Mio. führen; der verbesserte Patentschutz auf den neueren Medikamenten wird demgegenüber mit rund CHF 70 Mio. zu Buche schlagen.⁴⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 05.11.2021
ANJA HEIDELBERGER

Im November 2021 berichtete das BAG über die **Arzneimittelüberprüfung 2021** – jedes Jahr werden dabei die Preise eines Drittels aller Arzneimittel (Originalpräparate, Generika, Co-Marketing-Arzneimittel und Biosimilars) mit den Preisen in Referenzländern und von anderen Arzneimitteln verglichen. Demnach seien im Jahr 2021 die Preise von knapp 300 Arzneimitteln um durchschnittlich 10 Prozent gesenkt worden, wodurch CHF 60 Mio. eingespart werden sollen. Bei den Originalpräparaten wurden die Preise in 53 Prozent der Fälle, bei den übrigen Präparaten in knapp 40 Prozent der Fälle gesenkt. Im Juni 2021 hatten sich Jakob Stark (svp, TG) und Verena Herzog (svp, TG) mit je einer Motion gegen zu starke Preissenkungen von günstigeren Medikamenten im Rahmen der Arzneimittelüberprüfung gewehrt, aus Angst, die entsprechenden Medikamente könnten vom Markt genommen werden, was zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit führen würde.⁵⁰

Epidemien

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 13.03.1989
MARIANNE BENTELI

Davon ausgehend, dass am Anfang der Prävention die Information steht, wurde im März 1989 in Bern unter der Ägide des BAG das **Informationszentrum «AIDS Info-Docu Schweiz»** gegründet, welches Unterlagen vermitteln und die Aktivitäten der verschiedenen Amtsstellen koordinieren soll. Daneben führten das BAG und die «AIDS-Hilfe Schweiz» mit neuen Plakatslogos und -sujets ihre landesweite «Stop AIDS»-Kampagne weiter, deren Bedeutung für die Prävention durch einen Evaluationsbericht des Lausanner Universitätsinstituts für Sozial- und Präventionsmedizin wissenschaftlich untermauert wurde.⁵¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 05.04.1991
MARIANNE BENTELI

Zur besseren **Aufklärung der bei uns lebenden Ausländer** legten die Eidgenössische Kommission für Ausländerfragen (EKA) und das BAG gemeinsam eine neue AIDS-Informationsbroschüre in 14 Sprachen auf, um möglichst vielen fremdsprachigen Bevölkerungsgruppen die grundlegenden Kenntnisse **zur AIDS-Prävention** in ihrer Muttersprache näherzubringen. Zudem lancierte das BAG zusammen mit der AIDS-Hilfe Schweiz (AHS) drei auf die jeweiligen kulturellen und religiösen Bedürfnisse abgestimmte Kampagnen zur gezielten Information der türkischen, spanischen und portugiesischen Bevölkerungsgruppen in unserem Land.⁵²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 24.04.1991
MARIANNE BENTELI

Fünf Monate nach dem erstmaligen Auftreten des **Rinderwahnsinns** (BSE) in der Schweiz erliess die IKS vorbeugende Massnahmen gegen die nicht völlig auszuschliessende Ansteckung des Menschen über Medikamente mit Rinderbestandteilen. Produktion und Handel von fünf Arzneimitteln, die Extrakte von Rinderinnereien enthalten, wurden bis auf weiteres verboten.⁵³

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 03.10.1992
MARIANNE BENTELI

Nach einem dreimonatigen Pilotprojekt im Vorjahr lancierte die AIDS-Hilfe Schweiz mit Unterstützung des BAG im Oktober 1992 neben anderen Präventionsprojekten das flächendeckend in Apotheken und Drogerien abgegebene **Präventionsset «Flash»**, welches neben sauberem Spritzenmaterial und einem Kondom Informationsmaterial mit einer Liste der Beratungsstellen enthält. Bis Ende Jahr wurden 75'000 Sets ausgeliefert. Hingegen wurde im gleichen Zeitpunkt eine weitere Stop-Aids-Kampagne, welche den Gebrauch sauberer Spritzen propagieren wollte, vom BAG auf unbestimmte Zeit verschoben, da – vor allem auch an der Spitze des EDI – befürchtet wurde, dies könnte in der Öffentlichkeit als Drogenpromotionskampagne missverstanden werden.⁵⁴

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 24.03.1993
MARIANNE BENTELI

Im Frühjahr 1993 setzte Bundesrat Cotti eine dreiköpfige **Arbeitsgruppe** ein mit dem Auftrag, abzuklären, unter welchen Umständen und in welchem Umfang **Patienten durch Transfusionen von Blutpräparaten möglicherweise mit dem HI-Virus infiziert** wurden. Nach Angaben des Departements des Innern (EDI) sollen die Experten feststellen, ob bei den meist vor dem Jahr 1985 erfolgten Infektionen die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten wurden bzw. der ärztlichen Pflicht nachgelebt wurde. Überprüft werden soll namentlich die Arbeitsteilung zwischen den Bundesämtern für Gesundheitswesen (BAG) und Sozialversicherungen (BSV), der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) und dem Roten Kreuz (SRK). Ziel ist laut EDI, für die Zukunft Verantwortlichkeit und Strukturen festzulegen, die eine rasche Reaktion der Behörden im Bereich der Blutprodukte sicherstellen.⁵⁵

Medizinische Forschung

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 21.01.1992
MARIANNE BENTELI

Im Auftrag des Bundesrates schrieb der Schweizerische Nationalfonds ein neues **Nationales Forschungsprogramm (NFP 34)** aus, welches in den nächsten fünf Jahren mit einem Kreditrahmen von CHF 6 Mio. die Kenntnisse über diagnostische und therapeutische Verfahren, die nicht zur Schulmedizin gehören, vertiefen soll. Im ersten Forschungsschwerpunkt werden die Gründe für die zunehmende Verbreitung der Komplementärmedizin analysiert. Der zweite Teilbereich umfasst die Abklärung ihrer gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedeutung. Im dritten Teil sollen Methoden entwickelt und angewendet werden, welche es erlauben, die Wirksamkeit von komplementärmedizinischen Verfahren zu überprüfen.⁵⁶

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 30.05.1997
MARIANNE BENTELI

Zusammen mit den Medikamenten sind die Analysen einer derjenigen Bereiche, in denen der Bund Kompetenzen zur Festlegung von Tarifen hat. Die Kartellkommission war im vergangenen Jahr auf Missbräuche gestossen, indem einzelne Labors den Ärzten und Spitälern auf Analysen Rabatte von bis zu 75% eingeräumt hatten, welche nicht an die Versicherten weitergegeben worden waren. Das EDI verfügte auf den 1. Oktober des Berichtsjahres eine **Senkung der Tarife der 50 am häufigsten angeordneten Analysen** um 10%. Diese 50 Analysen machen rund 80% des gesamten Analysevolumens aus. Diese Massnahme wurde in Absprache mit Ärzteschaft, Laboratorien und Spitälern getroffen und dürfte Kosteneinsparungen von rund 60 Mio. Fr. pro Jahr mit sich bringen. Zudem wurden generell alle Analysen bis Ende Jahr einer zusätzlichen Untersuchung unterzogen mit dem Ziel, 1998 eine weitere Kostensenkung vorzunehmen.⁵⁷

Suchtmittel

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 19.07.1990
MARIANNE BENTELI

Mit einer breit angelegten **Kampagne** wollen das BAG und die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) möglichst vielen **Rauchern und Raucherinnen in der Schweiz den Ausstieg aus ihrer Sucht** erleichtern. National- und Ständerat nahmen Kenntnis von der Petition des Raucher-Clubs, welche sich gegen derartige Präventionskampagnen wandte, gaben ihr aber diskussionslos keine Folge. Einen kleinen Erfolg konnten die Raucher insofern verbuchen, als das **Bundesgericht** in einer Versicherungstreitfrage entschied, Nikotin sei keine Droge im Rechtssinn, könne also nicht zu einer Einschränkung des Versicherungsschutzes gemäss Art. 33 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) führen.⁵⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 02.11.1990
MARIANNE BENTELI

Immer häufiger ertönt auch der Ruf nach **ärztlich kontrolliertem Zugang zu Heroin**. Sowohl die Basler Regierung als auch die neue Zürcher Stadtexekutive befürworteten die versuchsweise Abgabe, um damit die Verelendung der Konsumenten und die Beschaffungskriminalität einzudämmen. Zur Abklärung des Spielraums, den das geltende BetmG hier bietet, gab das BAG beim EJPD ein Gutachten in Auftrag. Dieses kam zum Schluss, eine Heroinabgabe in grösserem Rahmen wäre nicht zulässig, doch könnte sie in einem limitierten Versuch toleriert werden.⁵⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 08.09.1991
MARIANNE BENTELI

Bund, Kantone und private Organisationen schlossen sich zu einer **Pressekampagne** zusammen, mit welcher Jugendliche **über die Gefahren von Alkohol und Nikotin** aufgeklärt werden sollten. Als erste Aktion wurde landesweit ein Jugendmagazin verteilt, welches zur Lektüre und Diskussion über Tabak und Alkohol anregen und den gesunden Lebensstil des Nicht-Rauchens propagieren will.⁶⁰

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 01.04.1992
MARIANNE BENTELI

Als die Vernehmlassung klar zeigte, dass mit Ausnahme der SVP alle Bundesratsparteien und eine Mehrheit der Kantone sowie der Städteverband Versuche mit der medizinisch indizierten Abgabe von Heroin befürworten, begann sich ein **Sinneswandel** Cottis abzuzeichnen. Nun war es aber der Gesamtbundesrat, der sich mit einem Entscheid schwer tat und diesen deshalb wiederholt vertagte. Mitte Mai 1992 gab der Bundesrat dann doch noch **grünes Licht für die Heroinversuche**, wenn auch unter sehr strengen Rahmenbedingungen: Die bis Ende 1996 befristeten wissenschaftlichen Versuche brauchen eine Bewilligung des Bundes sowie des jeweiligen Kantons und sind auf 50 Personen zu beschränken. Das BAG rechnete damit, dass ungefähr zehn Projekte

durchgeführt werden, davon maximal fünf mit Heroin, die restlichen mit Morphin oder injiziertem Methadon.⁶¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 01.06.1992
MARIANNE BENTELI

Die ebenfalls zum Massnahmenpaket des Bundes gehörende **Informationskampagne zur Drogensuchtprävention** kam in der Bevölkerung gut an und konnte im Laufe des Sommers in eine zweite; vertiefende Phase treten, in welcher das BAG seine Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und Hilfsorganisationen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene verstärken will, um zu gewährleisten, dass gefährdeten Menschen eine Beratung und Betreuung in der näheren Umgebung zur Verfügung steht.⁶²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 12.02.1994
MARIANNE BENTELI

Als Reaktion auf die in mehreren Kantonen erfolgte **Aufhebung der Bedürfnisklausel für Gaststätten** forderte die Eidg. Kommission für Alkoholfragen die Kantone auf, diese Einschränkung auch in Zukunft aus volksgesundheitlichen Gründen aufrechtzuerhalten, da der übermässige Alkoholkonsum nach wie vor eines der wichtigsten sozialmedizinischen Probleme darstelle.⁶³

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 28.04.1994
MARIANNE BENTELI

In die Drogenpolitik des Bundes kam im Berichtsjahr 1994 neue Bewegung. Die Landesregierung bekundete ihr zunehmendes Engagement durch die **Schaffung einer Drogendelegation**, bestehend aus Bundesrätin Dreifuss (Vorsitz) und den Bundesräten Koller und Villiger, sowie durch die **Einsetzung einer interdepartementalen Arbeitsgruppe für Drogenfragen** auf Verwaltungsebene. Gleichzeitig bekräftigte sie ihren Willen, mit der seit 1992 eingeschlagenen Drogenpolitik fortzufahren und insbesondere die Versuche mit der medizinisch kontrollierten Abgabe von harten Drogen zu intensivieren.

Anfangs Oktober 1994 zog Dreifuss eine **erste positive Zwischenbilanz der verschiedenen Projekte**. Sie führte aus, der Gesundheitszustand der in den Versuchen betreuten Patientinnen und Patienten habe sich deutlich gebessert, und es sei gelungen, mit marginalisierten, desintegrierten und verelendeten Süchtigen den Kontakt aufzunehmen und sie in einen therapeutischen Prozess mit strengen Regeln einzugliedern. Aus diesem Grund – und weil die Verabreichung von Morphin vor allem bei Frauen starke Nebenwirkungen gezeigt hatte – beschloss der Bundesrat, die Heroinversuche mittelfristig auf rund 1000 Probandinnen und Probanden auszudehnen und gleichzeitig die 250 bestehenden Morphin- in Heroinplätze umzuwandeln. Allein in Zürich sollen rund 300 Schwerstabhängige Heroin erhalten.

Andererseits will der Bundesrat seine **Anstrengungen im Bereich Therapie und Rehabilitation von Drogensüchtigen ausbauen** und die Kantone bei der Schaffung eines qualitativ hochstehenden Therapieangebots unterstützen sowie die dafür notwendigen Mittel zur Verfügung stellen. Insbesondere sollen Startbeiträge für neue Angebote in der stationären Drogentherapie ausgerichtet werden. Zwischen 1994 und 1998 ist so die Inbetriebnahme von jährlich fünf bis sieben Projekten mit rund 380 zusätzlichen Behandlungsplätzen vorgesehen, womit das gesamtschweizerische Angebot um etwa ein Viertel vergrössert würde. Bis ins Jahr 2000 rechnet der Bundesrat dafür mit Ausgaben von CHF 13.3 Mio., welche noch der Zustimmung des Parlaments bedürfen.

Als dritte Massnahme setzte der Bundesrat eine **Expertenkommission** ein, welche bis Ende 1995 Vorschläge für eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes ausarbeiten soll. Im Zentrum der Diskussionen stehen dabei die Regelungen des fürsorglichen Freiheitsentzugs (FFE) zur Einleitung einer Therapie, die Entkriminalisierung des Drogenkonsums und seiner Vorbereitungshandlungen sowie die Ausdehnung der ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln an Drogenabhängige.⁶⁴

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 27.06.1989
MARIANNE BENTELI

Ziemlich überraschend schickte das BSV im Juni das bereits bewilligte Gesundheitskassenmodell **HMO** (Health Maintenance Organization) und das bedeutend umstrittenere, von der Krankenkasse Grütli vorgeschlagene **Bonussystem** in eine breite Vernehmlassung. Während die probeweise Einrichtung von HMO-Praxen in den Kantonen und bei den Parteien allgemein auf ein eher positives Echo stiess, lehnten viele Kantone, die SVP, die SP, die Gewerkschaften und die Invalidenverbände das Bonussystem zum Teil vehement ab, da es zu einer krassen Entsolidarisierung im Kassenwesen führe. FDP und CVP konnten sich mit einem befristeten Versuch unter gewissen Bedingungen einverstanden erklären, forderten aber dessen wissenschaftliche Begleitung. Die meisten Krankenkassen – mit Ausnahme der Helvetia, die sich dem Grütli-Modell angeschlossen hat – zeigten wenig Begeisterung, erklärten aber, bei Einführung des Versuchs aus Konkurrenzgründen ebenfalls Bonus-Versicherungen anbieten zu wollen. Ende Dezember beschloss der Bundesrat, die beiden Modelle versuchsweise bis Ende 1995 zuzulassen. Am 01.01.1990 wurde in Zürich die erste HMO-Praxis eröffnet, weitere Praxen sind in Basel, Bern und Lausanne geplant. Das Bonus-System soll ab dem 01.07.1990 erlaubt werden.⁶⁵

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 01.01.2008
ANJA HEIDELBERGER

Die **SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)** ist das seit 2012 **gültige Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen und stationäre Leistungen in Geburtshäusern** und legt die Höhe der Entschädigung durch die OKP, beruhend auf diagnosebezogenen, gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen, fest. Die SwissDRG AG wurde im Januar 2008 von den Kantonen und den Tarifpartnern im Krankenversicherungsbereich als gemeinnützige Aktiengesellschaft gegründet; noch immer setzt sich der Verwaltungsrat aus Vertretenden der Kantone, der Spitäler und der Ärzteschaft sowie der Versicherungsverbände zusammen. Im Juli 2009 beantragte die SwissDRG beim Bundesrat die Genehmigung der gleichnamigen Tarifstruktur, welche seit 1. Januar 2012 schweizweit gilt.

Neben SwissDRG existieren auch weitere schweizweit einheitliche Tarifstrukturen zur Abrechnung von stationären Leistungen – im Unterschied zum TARMED, das auf ambulante Leistungen anwendbar ist. Die Leistungen im Bereich der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie werden demnach im Rahmen der Tarifstruktur **TARPSY** vergütet. Diese war ebenfalls von der SwissDRG AG entwickelt und vom Bundesrat auf den 1. Januar 2018 in Kraft gesetzt worden.

Die Tarifstruktur **ST Reha**, welche die Abrechnung der Kosten der stationären Rehabilitation regeln soll, befindet sich noch in der Entwicklung. Im März 2021 gab die SwissDRG AG deren Fertigstellung bekannt und beantragte ihre Einführung per Anfang 2022.⁶⁶

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 14.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2017 beauftragte der Bundesrat mit Bezug auf den Expertenbericht zu den kostendämpfenden Massnahmen für die OKP das EDI damit, neue Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP vorzuschlagen und sich dabei an folgende Leitlinien zu halten: Alle Akteure sollen zur Dämpfung der Kosten beitragen und ihren Handlungsspielraum ausschöpfen, zudem soll die Transparenz durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten verbessert werden. Des Weiteren sollen Anreize zur Mengenausweitung korrigiert werden. Die Tarifpartnerschaft soll aufrechterhalten werden; sollte sie sich jedoch als ergebnislos erweisen, soll der Bund subsidiär eingreifen.

Im September 2018 schickte der Bundesrat das **erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** in die Vernehmlassung. Das lang erwartete Projekt, das zahlreiche angenommenen Vorstösse aufnimmt, soll Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken mit sich bringen. Konkrete Auswirkungen auf die vergüteten Preise sollen durch ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente, welches durch einen Preisabschlag oder ein Meldesystem die Verschreibung von Generika verstärken soll, durch die Schaffung einer paritätisch zusammengesetzten nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich sowie durch die Schaffung von Patientenpauschaltarifen, also Pauschalen im ambulanten Bereich beruhend auf einer einheitlichen Tarifstruktur, erzielt werden. Auch weitere Massnahmen sollten kostenrelevant sein: die Schaffung eines Experimentierartikels, wie

er von Heinz Brand (svp, SZ) gefordert worden war und der es ermöglichen soll, ausserhalb des KVG innovative, kostendämpfende Pilotprojekte thematisch, zeitlich und räumlich eingegrenzt zu testen; eine Verpflichtung der Leistungserbringenden und Versicherungen, Massnahmen zur Korrektur von ungerechtfertigtem Mengen- und Kostenwachstum vorzulegen; das Versenden von Rechnungskopien an die Versicherten zur Rechnungskontrolle sowie ein Beschwerderecht von Versichererverbänden bei Verfügungen der Kantone bezüglich Spitäler, mit dem eine Überversorgung verhindert werden sollte.⁶⁷

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 14.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung zum ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** zwischen September und Dezember 2018 beteiligten sich 150 Einheiten und Organisationen, darunter alle Kantone, die sieben grossen nationalen Parteien, der Städte- und der Gemeindeverband, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumenten-, Patienten-, Leistungserbringenden- sowie Versichererverbände. Entsprechend breit war trotz Lobes für die Bemühungen des Bundesrates zur Kostensenkung auch die Kritik an dem neuen Projekt. Insbesondere wurde vor Wechselwirkungen mit anderen Revisionen, vor Finanzierungs- oder Versorgungsproblemen sowie vor einer verstärkten Bürokratisierung oder staatlichen Steuerung gewarnt, wie das BAG in seinem Ergebnisbericht erklärte.⁶⁸

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 12.07.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2019 gab eine Minderheit der Tarifpartner – FMH und Curafutura – bekannt, dem Bundesrat einen Vorschlag für eine **neue Tarifstruktur, TARDOC**, als Nachfolgerin von TARMED **zur Genehmigung einzureichen**. TARDOC war zuvor von der ats-tms AG, der gemeinsamen Tariforganisation von FMH, Curafutura und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) während über drei Jahren erarbeitet worden. Eine Revision von TARMED sei überfällig, da dieser veraltet sei, begründeten die Tarifpartner die Revision in ihrer Medienmitteilung. Dabei habe man die Kostenmodelle «dem heutigen Stand der Medizin, der Medizinaltechnik und dem heutigen Personalaufwand angepasst», die Behandlungsdauer der einzelnen Leistungen aktualisiert sowie Leistungen des nichtärztlichen Personals aufgenommen. Schliesslich sei die Tarifstruktur vereinfacht und der Leistungskatalog von 4600 auf 2700 Positionen gekürzt worden. Nicht einig wurden sich FMH und Curafutura einzig bei den Taxpunkten, zu denen sie zwei unterschiedliche Varianten einreichten.⁶⁹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 21.08.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 legte der Bundesrat seine **Botschaft zum ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** vor. Darin wollte er zwölf Kostendämpfungsmassnahmen umsetzen, von denen jedoch nur neun Gesetzesänderungen nach sich ziehen würden; bei den restlichen sah er auf Gesetzesstufe keinen Handlungsbedarf. Von den Gesetzesänderungen im ersten Paket seien alle Akteure des Gesundheitswesens betroffen, betonte der Bundesrat. Diese beträfen die Einführung des Experimentierartikels, zwingende Rechnungskopien der Leistungserbringenden an die Versicherten und die maximal mögliche Busse bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Des Weiteren solle eine Tariforganisation im ambulanten Bereich sowie eine Pflicht zu einheitlichen Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife bei ambulanten Behandlungen geschaffen werden. Die Leistungserbringenden und Versicherungen sollten verpflichtet werden, dem Bundesrat alle für die Festlegung der Tarife und Preise notwendigen Daten kostenlos zukommen zu lassen sowie in Verträgen zur Vereinbarung von Tarifen und Preisen Kostensteuerungsmassnahmen vorzusehen. Schliesslich sollte ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente sowie ein Beschwerderecht für Versichererverbände bezüglich Spitalisten geschaffen werden. Änderungen seien im KVG, im UVG, im MVG und im IVG geplant.⁷⁰

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 25.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

Nach einer ersten Prüfung der 2019 eingereichten neuen Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen, **TARDOC**, **verlangte der Bundesrat verschiedene Anpassungen der Tarifstruktur**. Im Juni 2020 reichten die Tarifpartner FMH und Curafutura eine überarbeitete Version des Ärztetarifs nach, mit der sie nun sämtliche Auflagen des Bundesrates zu erfüllen glaubten. Neu habe man nun ein gemeinsames Kostenneutralitätskonzept ergänzt und die Tarifstruktur überarbeitet. In der Zwischenzeit hatte sich zudem die Krankenkasse SWICA der Tarifstruktur angeschlossen, womit TARDOC nun mit den in der Curafutura vertretenen

Versicherungen CSS, Helsana, Sanitas und KPT die Mehrheit der Versicherten hinter sich wusste.

Im August 2020 gab das BAG bekannt, seine ausführliche Prüfung des Tarifs noch um die neu eingereichten Elemente erweitern zu müssen. So müsse sichergestellt werden, dass die Tarifstruktur die vom Bundesrat gestellten Bedingungen einhalte und daraus insbesondere keine Mehrkosten entstünden.⁷¹

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 30.06.2021
ANJA HEIDELBERGER

im Juni 2021 gab der Bundesrat das Ergebnis seiner Prüfung der neuen **Tarifstruktur TARDOC** bekannt: Diese sei in ihrer aktuellen Form **nicht genehmigungsfähig**, weil sie «gewichtige materielle Mängel aufweist und eine kostenneutrale Einführung nicht sichergestellt ist». Unerfüllt blieben die Anforderungen im Bereich der Kostenneutralität sowie insbesondere bezüglich Wirtschaftlichkeit und Billigkeit der Tarifstruktur, wie der Bundesrat erklärte. Überdies zeigte er sich aber auch mit der Vereinfachung der Tarifstruktur, ihrer Anpassung an aktuelle Gegebenheiten und ihrer Transparenz nicht zufrieden, insbesondere nachdem er diese Punkte in seinem Prüfbericht von November 2020 bereits hervorgehoben habe. Schliesslich störte sich der Bundesrat daran, dass weder Santésuisse noch der Spitalverband (H+) den Tarifvertrag unterzeichnet hätten. Daher forderte er die Tarifpartner zu einer gemeinsamen Überarbeitung auf.

Die **beteiligten Tarifpartner** zeigten sich mit dieser Entscheidung des Bundesrats **nicht einverstanden**, in einer Medienmitteilung nannten sie ihn «unverständlich und nicht nachvollziehbar». Die aktuelle Version von TARDOC erfülle die gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien, betonten sie. Gar von einer «Art Todesstoss für die Tarifautonomie» sprach alt-Ständerat Joachim Eder, Präsident des Tarifbüros ats-tms. Schliesslich sei TARMED nicht mehr zeitgemäss, wodurch die medizinischen Leistungen unsachgemäss vergütet würden. Man werde prüfen, «inwieweit die Forderungen nach Anpassungen des TARDOC überhaupt sachgerecht und umsetzbar sind».

Ende Dezember 2021 reichten die betroffenen Tarifpartner eine von ihnen als «**finale Version des TARDOC**» bezeichnete Überarbeitung zur Genehmigung ein. Man habe dabei wie gefordert die Kostenneutralität verlängert, den Tarif vereinfacht und die Transparenz erhöht, erklärten sie in einer Medienmitteilung. Sie wiesen überdies auf die fehlenden Alternativen bezüglich einer Tarifrevision hin und hofften entsprechend auf eine Inkraftsetzung von TARDOC per 1. Januar 2023.⁷²

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 01.09.2021
ANJA HEIDELBERGER

In Umsetzung der Motion Heim (sp, SO) beauftragte der Bundesrat das EDI im September 2021 mit der Ausarbeitung der rechtlichen Grundlage für eine **Kostenübernahme von medizinischen Produkten aus dem Ausland**. Gemäss dem Territorialitätsprinzip werden im Ausland gekaufte MiGeL-Produkte, beispielsweise Verbandmaterial oder Inkontinenzhilfen, heute von der OKP nicht vergütet. Zukünftig sollen jedoch die Kosten derjenigen MiGeL-Produkte, bei denen die Anforderungen zur Anwendung und Abgabe niedrig sind – sie machen gut 60 Prozent der MiGeL-Vergütungen aus –, von der obligatorischen Krankenkasse übernommen werden, solange die Produkte im EWR-Raum gekauft werden.⁷³

VERWALTUNGSAKT
DATUM: 03.12.2021
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2021 **genehmigte** der Bundesrat die im März 2021 eingereichte neue Tarifstruktur für den stationären Bereich der Rehabilitation (**ST Reha**), hiess die aktualisierten Versionen von **SwissDRG** (für stationäre akutsomatische Spitalleistungen) und **TARPSY** (für Leistungen der Psychiatrie) gut und verlängerte die Gültigkeit der **Tarifverträge zur Vergütung einer Krebstherapie** (autologe CAR-T-Zelltherapie) bis Ende 2022.

Gleichentags genehmigte er auch vier Tarifverträge zur Festlegung des Taxpunktwertes für Leistungen der diagnostischen Neuropsychologie, wie sie die Tarifpartner (Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, Spitalverband H+, CSS, Einkaufsgemeinschaft HSK) ausgearbeitet hatten.⁷⁴

Ende 2021 legten die **Tarifpartner H+ und Santésuisse dem Bundesrat ihre Tarifstruktur für ambulante Pauschalen** zur Prüfung vor. Die neue Tarifstruktur decke im Gegensatz zu TARMED, die auf Einzelleistungstarifen beruht, «im ambulanten Spitalbereich eine Mehrheit der Leistungen mit Pauschalen» ab. Damit wollten die Tarifpartner dem Entscheid des Parlaments vom Juni 2021 nachkommen, das mit Annahme des Massnahmenpakets 1a zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen den Einsatz von Pauschalen auch im ambulanten Bereich so weit wie möglich vorschreibt. H+ und Santésuisse hatten die Pauschalen der neuen Tarifstruktur im Rahmen ihrer Tariforganisation «solutions tarifaires suisses sa» basierend auf realen Kosten- und Leistungsdaten der Leistungserbringenden entwickelt, noch nicht darin enthalten waren jedoch die Einzelleistungstarife für nicht pauschalisierbare Leistungen. An der Entwicklung mitgewirkt hatte auch der Verband der Chirurgeninnen und Chirurgen, FMCH. Dieser beteiligte sich jedoch nicht an der Einreichung der Tarifstruktur, da diese nicht «für alle Ärztinnen und Ärzte, die ambulant behandeln, sinnvoll, wirtschaftlich und anwendbar» sei, wie der Verband gegenüber den Medien verlauten liess. Mit ihrem Vorschlag standen H+ und Santésuisse bis zu einem gewissen Grad in Konkurrenz mit dem Projekt TARDOC, das FMH und Curafutura entwickelt hatten, der Bundesrat bisher aber noch nicht genehmigt hatte. Man könne damit «einige der von der Genehmigungsbehörde konstatierten Mängel des TARDOC [...] beheben», betonten die Einreichenden, während FMH vor allem die konzeptionellen Unterschiede zwischen den zwei Modellen hervorhob und die neuen Pauschalen generell als «anschlussfähig an den TARDOC» erachtete. Da TARDOC auf Einzelleistungstarifen statt Pauschalen beruhte, hatte die Ärzteschaft, darunter auch FMCH und FMH bereits zuvor erklärt, dass die neuen ambulanten Pauschalen als Ergänzung zu TARDOC verstanden werden sollen. Nach Einreichung der neuen Struktur zeigte sich FMH mit dieser jedoch nicht einverstanden: Die Struktur sei zu wenig ausgereift, beruhe ausschliesslich auf Spitaldaten und sei überdies nicht kostenneutral, wurde kritisiert.⁷⁵

Im Juni 2022 entschied der Bundesrat **einmal mehr**, die neue **Tarifstruktur TARDOC noch nicht zu genehmigen**. Zwar seien gegenüber den Vorgängerversionen Verbesserungen erzielt worden, noch immer würden jedoch insbesondere die Anforderungen an die Kostenneutralität und die Wirtschaftlichkeit nicht eingehalten, kritisierte er. Folglich sollten die beteiligten Tarifpartner Curafutura und FMH die Tarifstruktur bis Ende 2023 erneut überarbeiten – bestenfalls in Zusammenarbeit mit zusätzlichen Tarifpartnern – sowie ein langfristiges Monitoring von TARDOC und ein Konzept zur Behebung der Mängel beilegen. Der Bundesrat präzisierte überdies die für eine Genehmigung notwendigen Bedingungen. Die Tarifpartner sprachen in der Folge von einem «unverständliche[n] Entscheid, der die Tarifpartnerschaft nachhaltig schwächt». So erfülle TARDOC die gesetzlichen Genehmigungskriterien und wäre dank Effizienzsteigerungen und der Beseitigung von Fehlanreizen eine Verbesserung gegenüber TARMED. Insbesondere sei die vom Bundesrat im Juni 2021 geforderte Kostenneutralität sichergestellt gewesen, der Bundesrat habe jedoch die entsprechenden Spielregeln in der Zwischenzeit geändert. Zudem kritisierten Curafutura und FMH, dass damit die «Verweigerungshaltung» der nicht an TARDOC beteiligten Akteurinnen und Akteure belohnt werde. Santésuisse, das Ende 2022 zusammen mit H+ ambulante Pauschalen für eine alternative Tarifstruktur zur Prüfung eingereicht hatte, zeigte sich über diesen ablehnenden Entscheid des Bundesrates erleichtert und forderte alle Tarifpartner auf, ein gemeinsames Modell auszuarbeiten, etwa im Rahmen eines gemeinsamen nationalen Tariffbüros. Die Medien betonten in der Folge einhellig die Relevanz der Ablösung von TARMED. Die aktuell noch verwendete Tarifstruktur, über die Zahlungen in der Höhe von CHF 12 Mrd. jährlich abgerechnet werden, sei veraltet und bilde die tatsächlichen Kosten nicht mehr genügend ab – diese würden folglich je nach Kostenpunkt über- oder unterschätzt.⁷⁶

1) Medienmitteilung BAG vom 25.02.2015; Exp, LT, 26.2.15

2) Medienmitteilung BAG vom 19.12.2016; Runder Tisch Asbest Schlussbericht vom 30.11.2016; TA, TG, 20.12.16

3) Finanzielle Hilfe für Asbestopfer – SRF.ch vom 01.04.2017; NZZ, 1.4.17

4) Gesch.ber. 1993, S. 78.

5) Gesch.ber., 1994, II, S. 56. Fischer (1994). Möglichkeiten der Leistungsmessung in Krankenhäusern

6) Presse vom 15.2., 16.2., 12.3. und 27.4.96., Amtl. Bull. NR, 1996, S. 186 f., Amtl. Bull. StR, 1996, S. 389 f., Amtl. Bull. NR, 1996, S. 1200 f.

7) NZZ, 14.8.96

8) JdG, 3.4.97; Presse vom 19.7.97, Presse vom 22.7.97

9) Presse vom 5.9.97.

10) Presse vom 21.1.98; NZZ, 24.4.98, Presse vom 7.7.98; LT, 20.10.98; TA, 17.10.98.

11) CHSS, 1998, S. 31 f.; Presse vom 4.2.98.

12) CHSS, 1999, S. 227.

- 13) Presse vom 3.7.99; NZZ, 14.12.99; "CHSS: Müller (1999). Die aktuelle Rechtsprechung des Bundesrates zur Spitalliste S. 317-321"; BaZ, 9.9.99
- 14) NZZ, 29.3.00. Weitere Informationen unter www.FeelYourPower.ch. Zu den volkswirtschaftlichen Kosten von Stress am Arbeitsplatz, die auf über 4 Mia Fr. pro Jahr geschätzt werden, siehe Presse vom 13.9.00.
- 15) CHSS, 2000, S. 197 ff. und 271 ff.; LT, 2.2.00; NZZ, 8.4.00; Ww, 13.4.00; Presse vom 25.8.00 (EGK); TA, 29.8. und 11.10.00. Vgl. auch CHSS, 2000, S. 148 (BSV-Direktor Piller). TA, 15.9.00.
- 16) Presse vom 10.4.01.; Presse vom 26.1.01.; Presse vom 16.2.01
- 17) Presse vom 17.8.01.
- 18) NZZ, 24.8.01.
- 19) NZZ, 11.6. und 17.6.02.
- 20) AB NR, 2002, S. 1510 f.; Presse vom 18.10.02.
- 21) Presse vom 12.11.02.; NZZ, 29.6.02
- 22) Presse vom 6.12.03.
- 23) BaZ, 30.10.04.
- 24) Presse vom 1.10., 12.10., 20.10., 22.10., 26.10., 9.12. und 10.12.05.
- 25) Presse vom 16.12.06.
- 26) LT und NZZ, 29.9.07.
- 27) Pressemitteilung EDI vom 18.6.08; Presse vom 30.5.08.
- 28) Presse vom 3.7.08.
- 29) Presse vom 1.10.09.
- 30) TA, 4.4. und 19.6.09; Presse vom 18.6.09; Bz, 29.6.09; Presse vom 29.10.09.
- 31) SN und SZ, 7.4.10; Presse vom 9.8.10. Siehe SPJ 2009, S. 202.
- 32) Presse du 13.1.11
- 33) Mo. 08.3519 (Maury Pasquier); FF, 2011, 5479
- 34) FF, 2011, p. 5478.
- 35) QJ, 24h et TG, 17.9.11.
- 36) Medienmitteilungen BAG vom 23.1., 29.5. und 9.9.13.
- 37) Medienmitteilung BAG vom 21.11.13
- 38) Medienmitteilung BAG vom 06.07.2015; Medienmitteilung BAG vom 23.03.2016; BZ, 7.7.15
- 39) Strategie eHealth 2.0 – 2018–2022
- 40) BAG, 15.5.23; BAG, 29.7.23; BAG, 7.10.22; BAG, 8.11.21
- 41) Presse vom 10.9.94
- 42) TA, 7.1.99; Presse vom 29.1.99.
- 43) TA, 16.4.99; Bund, 24.4. und 24.11.99; BZ, 21.7.99; SHZ, 8.9.99; NZZ, 17.12.99; NZZ, 17.4.99; Amtl. Bull. NR, 1999, S. 473
- 44) Presse vom 23.3., 8.6. und 22.6.00; TA, 3.2., 22.3. und 23.3.00; TG, 23.6.00.; Presse vom 3.2. und 27.5.00.; Presse vom 5.2.17. und 19.9.00. Siehe SPJ 1999, S. 248
- 45) TA, 13.6. und 14.6.02 (FMH); BaZ und NZZ, 20.6.02; BZ, 22.6.02 (Labor). Zu der neuesten Einkommensstatistik der Ärzte siehe Bund, 15.11.02.
- 46) TA, 25.1.90; BZ, 21.8.90
- 47) Amtl. Bull. NR, 1990, S. 1998 f. Zürich: SoZ, 28.10.90; Ww, 8.11.90. TW, 22.6.90.; Verhandl. B.vers., 1990, V, S. 95.
- 48) NZZ, 27.2. und 18.4.95; TA, 25.8.95.
- 49) "Pharmamarkt (1996). Die Entwicklung des Medikamentenmarktes bis ins Jahr 2000 – Experten nehmen Stellung"; CHSS, 1996, Nr. 5, S. 227; Presse vom 10.4. und 19.-21.9.96., Presse vom 27.8.96, SoZ, 9.6.96
- 50) Medienmitteilung BAG vom 5.11.21
- 51) Presse vom 13.5. und 3.5.89; NZZ, 11.4.89.
- 52) NZZ, 5.4. und 30.10.91.
- 53) BaZ, 27.3. und 8.4.91; JdG, 15.4.91; SGT, 24.4.91.
- 54) LNN, 3.10.92 und 20.1.93
- 55) Presse vom 24.3.93; NQ, 23.4.93; Ostschweiz, 22.5.93; TG, 7.8.93., Amtl. Bull. NR, 1993, S. 2013 f. und 2054.
- 56) NZZ, 11.2.92; Bund und JdG, 21.1.92
- 57) Presse vom 30.5.97
- 58) Presse vom 30.3.90. Petition: Amtl. Bull. NR, 1990, S. 1244; Amtl. Bull. StR, 1990, S. 845 f. und 851. NZZ, LM und Suisse, 19.7.90; "Drogenbegriff umfasst Nikotin nicht", Zeitschrift für öffentliche Fürsorge, 87/1990, S. 159 f.
- 59) TA, 19.7.90; Bund, 13.10.90. Baz, 16.10.90; NZZ und JdG, 17.10.90. BZ, 2.5.90 und 9.1.91; NZZ, 2.11.90.
- 60) Bulletin des BAG, S. 287; Presse vom 8.5.91. Amtl. Bull. NR, 1991, S. 988 f.
- 61) Bund, 31.3.92; Presse vom 1.4., 3.4., 28.4., 1.5., 7.5. und 14.5.92., NQ, 3.4. und 30.4.92; Lib., 7.4.92; NZZ, 21.4.92; Presse vom 15.5.92.
- 62) Presse vom 1.6.92.
- 63) Bund, 16.2.94.
- 64) Gesch.ber., 1994, I, S. 41 f.; Presse vom 28.4., 4.10., 26.11. und 6.12.94., Bund, 31.1.95, Amtl. Bull. NR, 1994, S. 1202 f. und 2557 f.
- 65) BZ, 27.6.89, Bund, 23.2.89.; Presse vom 21.12.89. Bund, 4.1.90.; TA, 20.10.89; Bund, 11.11.89
- 66) Dokumentation der SwissDRG AG zu TARPSY; Internetseite BAG zu SwissDRG [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu ST Reha [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu SwissDRG [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu TARPSY [Stand 3.1.21]
- 67) Erste Massnahmen zur Kostendämpfung vom 29.3.18; Faktenblatt Referenzpreissystem vom 25.10.18; Kostendämpfungsmassnahmen BAG vom 14.9.18; Medienmitteilung BAG vom 14.9.18; Medienmitteilung BR vom 14.9.18; Medienmitteilung BR vom 25.10.17; Medienmitteilung BR vom 29.3.18; Übersicht Kostendämpfungsmassnahmen vom 14.9.18
- 68) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung
- 69) Medienmitteilung ats-tms vom 12.7.19
- 70) BBI 2019, S. 6071 ff.
- 71) Medienmitteilung BAG vom 26.8.20; Medienmitteilung ats-tms vom 25.6.20
- 72) Medienmitteilung BAG vom 30.6.21; Medienmitteilung ats-tms vom 1.7.21; Medienmitteilung ats-tms vom 20.12.21
- 73) Medienmitteilung BAG vom 1.9.21
- 74) Medienmitteilung BR vom 3.12.21 (Neuropsychologie); Medienmitteilung BR vom 3.12.21 (ST Reha)
- 75) Medienmitteilung FMH vom 04.01.22; Medienmitteilung Santésuisse vom 23.12.21; Medienmitteilung Santésuisse vom 9.9.21; Revision des ambulanten Arztarifs vom 25.10.22
- 76) Medienmitteilung BR vom 3.6.22; Medienmitteilung Curafutura vom 3.6.22; Medienmitteilung Santésuisse vom 3.6.22; Blick, CdT, LT, NZZ, 4.6.22; Republik, 9.6.22