

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	23.04.2024
Thema	Keine Einschränkung
Schlagworte	Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal
Akteure	Stahl, Jürg (svp/udc, ZH) NR/CN, Cassis, Ignazio (fdp/plr, TI) NR/CN
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1965 - 01.01.2022

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Caroni, Flavia
Guignard, Sophie
Rohrer, Linda
Schneuwly, Joëlle
Schnyder, Sébastien
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Guignard, Sophie; Rohrer, Linda; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal, 2009 – 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Gesundheitspolitik	3
Ärzte und Pflegepersonal	4
Sozialversicherungen	9
Krankenversicherung	9
Soziale Gruppen	11
Alterspolitik	11

Abkürzungsverzeichnis

SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SPK-NR	Staatspolitische Kommission des Nationalrats
EU	Europäische Union
WHO	World Health Organization
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
WBK-NR	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats
EPD	Elektronisches Patientendossier
Fedpol	Bundesamt für Polizei

CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CIP-CN	Commission des institutions politiques du Conseil national
UE	Union européenne
OMS	Organisation mondiale de la Santé
CSIAS	Conférence suisse des institutions d'action sociale
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
CSEC-CN	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national
DEP	Dossier électronique du patient
Fedpol	Office fédéral de la police

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Jahresrückblick 2019: Gesundheit, Sozialhilfe und Sport

BERICHT
DATUM: 31.12.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

2019 befasste sich das Parlament mit zahlreichen Geschäften zu Schweizer Gesundheitspolitik, Sport und Sozialhilfe. Besonders relevant waren bezüglich **gesundheitspolitischer Themen** die Diskussionen um das **elektronische Patientendossier (EPD)**. Dieses soll 2020 in allen Regionen der Schweiz verfügbar sein, weshalb 2019 dazu einige Vorstösse behandelt wurden. So wurde ein Postulat Wehrli (fdp, VD; Po. 18.4328), welches Auskunft über die bereits ergriffenen und die noch zu ergreifenden Massnahmen verlangte, um die Umsetzung des EPD und dessen Nutzung zu fördern, vom Nationalrat angenommen. Ebenfalls Ja sagte die grosse Kammer zu einer Motion der SGK-NR (Mo. 19.3955). Diese hatte den Anschluss sämtlicher am Behandlungsprozess beteiligter Gesundheitsfachpersonen an das EPD zum Ziel und wird nun in einem nächsten Schritt im Stöckli behandelt. Mit dem im Juni 2019 verabschiedeten Bundesratsgeschäft zur **«Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im KVG»** (BRG 15.083) sollen zudem die Qualität der erbrachten Leistungen im Gesundheitsbereich verbessert, die Patientensicherheit nachhaltig erhöht und die Steigerung der Kosten in der OKP abgeschwächt werden.

In Sachen **Spitäler** standen 2019 die Kosten im Gesundheitswesen im Mittelpunkt. Unter anderem intendierte Verena Herzog (svp, TG) mittels Motion, **gemeinwirtschaftliche Leistungen dem öffentlichen Beschaffungsrecht zu unterstellen** (Mo. 16.3842). Denn durch eine Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen und der damit verbundenen Transparenz könne man nicht nur Kosten reduzieren, sondern auch an Effizienz gewinnen, erklärte die Motionärin. 2018 hatte der Nationalrat dieser Vorlage zugestimmt, der Ständerat gab ihr in der Herbstsession 2019 allerdings einen Korb. Mit einem **Selbstkostenanteil**, der beim **Aufsuchen der Spitalnotfallstation** (und beim ambulanten Praxisbesuch) entrichtet werden soll, wollten sowohl Thomas Weibel (glp, ZH; Pa.lv. 17.480) als auch Thomas Burgherr (svp, AG; Pa.lv. 17.452) der Kostenentwicklung entgegenwirken, die Eigenverantwortung der Patientenschaft stärken und den Spitalnotfall entlasten. Die grosse Kammer gab in der Wintersession 2019 der parlamentarischen Initiative Weibel, nicht aber der Initiative Burgherr Folge. Des Weiteren nahm das Stöckli als Zweitrat eine Motion der SGK-NR bezüglich **Referenzтарifen für ausserkantonale Behandlungen** an (Mo. 18.3388). Damit wollte die Kommission sicherstellen, dass die Kantone für Behandlungen ihrer Einwohnerinnen und Einwohner ausserhalb des Wohnkantons nicht weniger bezahlen würden als innerhalb. Bezüglich Ärzteschaft reichte Bea Heim (sp, SO; Mo. 18.3107) eine Motion zur **Offenlegung der Honorare von Ärztinnen und Ärzten** in einer leitenden Position ein. Transparenz sei notwendig, um falsche Anreize, unnötige Eingriffe und hohe Kosten für die OKP zu verhindern, so Heim. Die Motion wurde im März 2019 von der grossen Kammer gutgeheissen und an die kleine Kammer überwiesen.

Rund um das **Pflegepersonal** waren die **Pflegeinitiative und der indirekte Gegenvorschlag** ein wichtiges Thema. Gefordert wurden unter anderem die Sicherstellung von genügend diplomierten Pflegefachleuten und eine Kompetenzerweiterung im Bereich der direkten Abrechnung von Pflegeleistungen zu Lasten der OKP. In der Wintersession empfahl der Nationalrat in Übereinstimmung mit dem Bundesrat die Ablehnung der Initiative und gab dem von der SGK-NR ausgearbeiteten indirekten Gegenvorschlag mit einigen kleinen Änderungen Folge. Anders als seine Kommission wollte er beispielsweise nicht, dass eine Vereinbarung zwischen Pflegefachpersonen und Krankenkasse für die Abrechnung der Pflegenden über die OKP generell nötig ist.

Im Frühling 2019 verabschiedete das Parlament eine **Änderung des Heilmittelgesetzes** (BRG 18.081), die aufgrund zweier neuen EU-Verordnungen zur Erhöhung von Sicherheit und Qualität von Medizinprodukten nötig geworden war, damit die Schweizer Patientenschaft weiterhin von allen europäischen Produkten profitieren kann und die Hersteller keinen Wettbewerbsnachteil erfahren. Qualität und Behandlungssicherheit waren ebenfalls Gegenstand eines Postulates Stahl (svp, ZH; Po. 19.3382), das den Bundesrat dazu aufforderte, die Bedingungen zur Ermöglichung eines **Versandhandels**

nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel zu überprüfen. Weiter stimmte der Nationalrat in der Sommersession einer Motion Humbel (cvp, AG; Mo. 19.3005) zur Kostenvermeidung bei der **Urteilung von den Medikamenten der Kategorie C in die Kategorie B** zu und überwies sie an den Ständerat. Antibiotika und ihre Resistenz wurden 2019 mittels zweier Vorstösse thematisiert. Zum einen sprach sich der Nationalrat als Erstrat für eine Motion Graf (gp, BL; Mo. 19.3861) aus, die den Bundesrat damit beauftragte, seine One-Health-Strategie mit der Erforschung von Antibiotikaresistenzen zu ergänzen, um so eine Vorgehensweise zur Bekämpfung ihrer Ursachen ausarbeiten zu können. Zum anderen reichte Claude Béglé (cvp, VD, Po. 19.3860) ein Postulat zur «Förderung der Erforschung und der Entwicklung neuer antimikrobieller Mittel» ein, welches allerdings im Rat nicht auf Anklang stiess. Im Herbst 2019 beschäftigte sich das Stöckli mit einer Motion Müller (fdp, LU; Mo. 19.3743), mit der die **Eliminierung von Hepatitis** in ein nationales Programm zu sexuell und durch Blut übertragbaren Infektionskrankheiten integriert werden soll.

Auch über **Tabakwaren** wurde 2019 angeregt diskutiert. So befasste sich der Ständerat erneut mit dem **Bundesgesetz über Tabakprodukte**, nachdem 2016 ein erster Entwurf an den Bundesrat zurückgewiesen worden war. Das Gesetz soll in erster Linie dazu dienen, Teenager, aber auch die Gesamtbevölkerung vor den negativen Auswirkungen des Tabakkonsums zu schützen. In den Medien war hingegen insbesondere das Thema «E-Zigaretten» zentral. Dieses fand auch seinen Weg ins Parlament; im Ständerat wurde über eine tiefere Besteuerung von elektronischen Zigaretten diskutiert (Mo. 19.3958 der SGK-SR). Vor dem Hintergrund der 2017 eingereichten Motionsserie zu **wissenschaftlichen Pilotversuchen mit Cannabis** trat der Nationalrat im Dezember 2019 auf die vom Bundesrat vorgeschlagene Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ein (BRG 19.021). Neben E-Zigaretten berichteten die Medien auch ausführlich über die umstrittene Auswahl des Tabakkonzerns **Philip Morris als Hauptsponsor des Schweizer Pavillons an der Weltausstellung 2020** in Dubai. Nachdem der Schweiz für diesen Entscheid viel Unverständnis entgegengebracht worden war und sich gar die WHO zu Wort gemeldet hatte, erklärte Aussenminister Ignazio Cassis Ende Juli, dass man die Partnerschaft nicht weiterführen werde.

Trotz grosser Aufmerksamkeit in den Medien – dieses Thema ist mitverantwortlich für den Peak des Gesundheitsthemas im Juli 2019 – kaum Eingang ins Parlament fand dieses Jahr die Frage der **Sterbehilfe**. Aufgegriffen wurde von den Zeitungen vor allem der Gerichtsprozess rund um Erika Preisig und den assistierten Suizid bei psychisch kranken Personen.

Die mediale Berichterstattung zu **sportlichen Themen** war im Juni 2019 besonders intensiv. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in diesem Monat nicht nur das Eidgenössische Turnfest in Aarau stattfand, sondern auch ein Formel-E-Rennen in Bern ausgetragen wurde, das bei der Bevölkerung auf Widerstand stiess und anlässlich dem eine Velo-Demonstration durchgeführt wurde. Zudem wurde die durch die Fussball-Weltmeisterschaft der Frauen ausgelöste Diskussion um die Gleichstellung der Geschlechter in dieser Sportart ebenfalls von den Schweizer Medien aufgenommen. Im Parlament wurden bezüglich Sport zwei Vorlagen zu **Sportzentren respektive zu der Finanzierung ihres Betriebs** diskutiert. So nahmen beide Räte eine Motion Engler (cvp, GR, Mo. 18.4150) an, welche beabsichtigte, dem Bund eine Mitfinanzierungsrolle beim Trainings- und Wettkampfbetrieb auf Sportanlagen nationaler Bedeutung zukommen zu lassen. Im Dezember 2019 sagte die kleine Kammer Ja zu einem weiteren Postulat Engler (Po. 19.4044), das einen Bericht zur Realisierung von drei bis vier Wintersportzentren anstelle eines nationalen Schneesportzentrums forderte. Silva Semadeni (sp, GR), die in Vergangenheit eine referendumsfähige Gesetzesgrundlage zur Bundesmilliarde für Sion 2026 schaffen wollte, reichte 2018 eine parlamentarische Initiative ein, um die **Unterstützung Olympischer Spiele** im Allgemeinen einem fakultativen Referendum zu unterstellen (Pa.lv. 18.445). In einem ersten Schritt gab die WBK-NR diesem Geschäft im Juni 2019 Folge. Im Gebiet der **Dopingpolitik** überwies der Nationalrat eine Motion Bourgeois (fdp, FR; Mo. 19.3667) an den Ständerat, die die Prüfung der Errichtung einer Koordinationsstelle für Dopingfragen beim Fedpol zum Gegenstand hatte.

Im Bereich **Sozialhilfe** interessierten sich die Medien insbesondere für die **Höhe der Sozialhilfebeiträge**, über die in verschiedenen Kantonen diskutiert wurde. Als erster Kanton stimmte Bern im Mai in einer Volksabstimmung über entsprechende Kürzungen ab. Hätte sich das Stimmvolk für die Revision des Sozialhilfegesetzes ausgesprochen, so hätte der neue Grundbetrag die Empfehlung der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (Skos) deutlich unterschritten. Von Bedeutung war dieser Entscheid auch für

die anderen Kantone, da man sich vor einem «Domino-Effekt» und «Sozialhilfe-Tourismus» fürchtete. Gemäss Einschätzungen des Tagesanzeigers von Anfang Oktober verlor die Forderung nach dem Nein in Bern in anderen Kantonen und Städten an Unterstützung.¹

Gesundheitspolitik

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 28.11.2013
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Im Berichtsjahr nahm der Nationalrat als Zweitrat die Verhandlungen über die **Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“** und den direkten Gegenentwurf dazu, den Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung, auf. Dem Antrag auf Ablehnung der Initiative folgte der Nationalrat Anfang März, worauf in der Herbstsession beide Räte in ihren Schlussabstimmungen diese Abstimmungsempfehlung fassten. Differenzierter wurde die Formulierung des Gegenvorschlages behandelt, welcher der Ständerat im Vorjahr zugestimmt hatte. Dieser setzt eine vernetzte, koordinierte und multiprofessionell erbrachte medizinische Grundversorgung ins Zentrum, bei der die Hausarztmedizin eine zentrale Rolle spielt. Zudem sollen damit die Anliegen und Interessen einer jüngeren Generation von Hausärztinnen und -ärzten erfüllt und eine zukunftsgerichtete Vision der medizinischen Grundversorgung wahrgenommen werden. Der Ständerat hatte 2012 eine leicht modifizierte, etwas verbindlichere Formulierung des Bundesbeschlusses beschlossen. Inhaltlich war das Ratsplenum jedoch sehr nahe an der bundesrätlichen Fassung geblieben. Auch im Nationalrat genoss die Vorlage grundsätzliche Unterstützung. Es galt, die Differenzen zwischen Ständerat und Bundesrat zu erörtern und einen Beschluss zu fassen, wobei die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates ihrerseits noch einige neue Passagen vorschlug. Aufgrund eines zusätzlichen Absatzes sollen Bund und Kantone „günstige Voraussetzungen für die Ausübung der Gesundheits- und Medizinalberufe und [...] eine ausgewogene regionale Verteilung“ schaffen. Zudem soll die Hausarztmedizin und deren Steuerungsfunktion gestärkt werden. Ebenfalls neu war die Idee, der Bund müsse Vorschriften über „die medizinische Grundversorgung und das verfügbare Aus- und Weiterbildungsangebot, soweit dies zur Sicherstellung der ausreichenden Versorgung erforderlich ist“, erlassen. Diese Bestimmungen wurden unbestritten angenommen. Für Diskussionsstoff sorgte hingegen eine vom Ständerat gefasste Formulierung, wonach eine angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin in der Verfassung festgeschrieben werden sollte. Bürgerliche Nationalräte um Ignazio Cassis (fdp, TI) stellten einen Minderheitsantrag auf Streichung dieser Norm mit dem Argument, sie sei nicht verfassungswürdig und stelle falsche Anreize, indem eine bestimmte Berufsgruppe verfassungsmässig zugesicherte Löhne erhalte. Namens der SP Fraktion hielt Nationalrätin Heim (sp, SO) dagegen, dass es in allen Berufen selbstverständlich sei, dass gute Leistungen angemessen abgegolten werden. Die Realität bei der Hausärzteschaft sei aber eine andere, so die Politikerin: Je länger je mehr entspreche der Lohn weder der fachlichen noch der zeitlichen Herausforderung. Auch die grosse Verantwortung dieses Berufs werde nur unzureichend berücksichtigt. Entsprechend dem Mehrheitsantrag der SGK und gegen die Minderheit Cassis nahmen die Parlamentarier den betreffenden Gesetzesartikel mit 102 zu 78 Stimmen an, wobei sich die geschlossen stimmenden Fraktionen der FDP und SVP der Ratslinken und weiteren Stimmen aus dem Mittelager beugen mussten. In der Gesamtabstimmung wurde der Gegenvorschlag mit 123 zu 40 Stimmen gutgeheissen und dem Ständerat zur Differenzbereinigung übergeben. Im Zuge der Beratungen behandelte der Nationalrat ebenfalls eine Motion (Mo. 12.3643) der ständerätlichen SGK. Der Vorstoss sah vor, dass der Bundesrat mit verschiedenen Massnahmen die Hausarztmedizin als wesentlichen Teil der medizinischen Grundversorgung kurz- und mittelfristig stärken soll. Die Kommission schlug dazu ein Sieben-Punkte-Programm vor, welches in Einklang mit einem sich in Arbeit befindenden „Masterplan Hausarztmedizin“ umgesetzt werden sollte. Damit wollte man die Grundlage für einen allfälligen Rückzug der Volksinitiative schaffen. In diesem Sinne sprach sich der Nationalrat für die Annahme dieser Motion aus. Der Ständerat wurde in der Sommersession mit den Differenzen konfrontiert. Dessen SGK beantragte grundsätzliches Festhalten an den früheren Ständeratsbeschlüssen und damit die Streichung beider vom Nationalrat neu eingeführten Bestimmungen. Die vorgeschlagene „ausgewogene regionale Verteilung und die Stärkung der Hausarztmedizin und deren Steuerungsfunktion“ gehe zu weit und entspreche beinahe den Forderungen der Initiative, welche der Ständerat seinerseits deutlich abgelehnt hatte. Der Erlass von Vorschriften über „die medizinische Grundversorgung und das verfügbare Aus- und Weiterbildungsangebot“ sei in der Fassung des Ständerates bereits erfüllt und daher als redundant zu streichen. Diesen in der SGK-SR einstimmig gefällten Beschlüssen folgte das Ratsplenum. Im Nationalrat forderte eine Minderheit Pezzatti (fdp, ZG) daraufhin, dem Ständerat zu folgen. Die

Mehrheit der Kommission wollte jedoch aus verfahrenstaktischen Gründen an ihrem Antrag festhalten: Mit einer Verzögerung des Geschäftsabschlusses sollte Zeit gewonnen werden, um den „Masterplan Hausmedizin“ weiter gedeihen zu lassen. Die Kommissionsmehrheit gewann die Abstimmung mit 110 zu 73 Stimmen, womit die grosse Kammer auf der eigenen Fassung beharrte und die Räte erst in der Herbstsession dazu weitertagten. Nachdem der Ständerat Anfang September wiederum an seiner Version festhielt, lenkte die SGK des Nationalrates ein und beantragte einstimmig, dem Ständerat zu folgen. Dieser Antrag wurde vom Nationalrat gestützt, womit die beiden Differenzen bereinigt wurden. Nicht unwesentlich für diesen Entscheid waren auch die Signale des Berufsverbandes Hausärzte Schweiz: Er deutete an, seine Initiative zugunsten des Gegenvorschlages zurückzuziehen. Der in der Zwischenzeit weiter fortgeschrittene Masterplan skizzierte passende Massnahmen und erfüllte zusammen mit dem Gegenvorschlag die Absichten der Initiative. Mit 38 respektive 195 Stimmen fassten die Räte die Abstimmungsempfehlung auf Ablehnung der Initiative jeweils einstimmig. Der Gegenvorschlag wurde im Ständerat mit 43 Stimmen einstimmig und im Nationalrat mit 140 zu 49 Stimmen ebenfalls deutlich angenommen. Anfang Oktober gab das Initiativkomitee bekannt, die Volksinitiative zurückzuziehen. Damit wird Volk und Ständen lediglich der Gegenvorschlag zur Abstimmung unterbreitet.²

Ärzte und Pflegepersonal

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 12.06.2009
LINDA ROHRER

Eine parlamentarische Initiative der SGK des Nationalrates brachte einmal mehr die Frage des **Zulassungsstopps für die Leistungserbringer** in den Ständerat ein. Da sich zu diesem Zeitpunkt bereits abzeichnete, dass bis zum Ablauf der Frist am 31. Dezember eine nahtlose Ablösung der im Vorjahr getroffenen Massnahmen durch eine definitive Nachfolgeregelung immer noch nicht möglich sein würde, musste erneut über eine Übergangslösung diskutiert werden. Diese sah nun im Grundsatz vor, dass der Bundesrat die Zulassung von selbständigen und unselbständigen Leistungserbringern sowie die Tätigkeit von Ärzten in Einrichtungen und im ambulanten Bereich von Spitälern für eine befristete Zeit von einem Bedürfnis abhängig machen kann. Die neue Übergangslösung soll bis am 31. Dezember 2011 gelten und den Geltungsbereich der bedarfsabhängigen Zulassung auf Spezialärzte sowie auf Apotheker beschränken.

Im Nationalrat war das Eintreten auf die Vorlage umstritten. Eine Kommissionsminderheit Scherer (svp, ZG) beantragte, nicht auf die Vorlage einzutreten und warb für mehr Wettbewerb und eine wirtschaftlich orientierte medizinische Versorgung. Bundesrat Couchepin unterstützte die von der Kommission vorgeschlagene Übergangslösung und widersprach der Behauptung, es gäbe in der Schweiz eine Ärzteknappeheit. Es hätte im Gegenteil zu viele Ärzte, diese seien aber regional schlecht verteilt und das Verhältnis zwischen Hausärzten und Spezialisten stimme nicht. Der Nationalrat stimmte knapp, mit 81 zu 65 Stimmen für das Eintreten auf die Vorlage. Die grosse Kammer übernahm des Weiteren einen präzisierenden Antrag Cassis (plr, TI), der verhinderte, dass Fachärzte mit dem Gebrauch des Weiterbildungstitels „praktischer Arzt“ den Zulassungsstopp umgehen können. In der GesamtAbstimmung wurde die Vorlage mit 95 zu 55 Stimmen angenommen.

Im Ständerat wurde das Eintreten auf die Vorlage mit wenig Begeisterung mit 25 zu 9 Stimmen beschlossen. Die Minderheit monierte, dass die sogenannte Übergangslösung nun bald zehn Jahre dauerte und kaum Positives gebracht habe. Der Zulassungsstopp habe zusammen mit dem Numerus clausus für Medizinstudenten dazu geführt, dass sich nun eine Verknappung an praktizierenden Ärzten abzeichne. Ohne weitere Diskussionen stimmte der Ständerat den Änderungen des Nationalrates zu und nahm die parlamentarische Initiative in der GesamtAbstimmung mit 23 zu 8 Stimmen bei 3 Enthaltungen an. In der Schlussabstimmung stimmte der Nationalrat der Übergangsbestimmung mit 107 zu 74 Stimmen zu, der Ständerat tat dasselbe mit 37 zu 5 Stimmen bei 2 Enthaltungen.³

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 23.12.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Les chambres fédérales ont adopté des initiatives parlementaires Heim (ps, SO), Meyer (pdc, FR) (lv. pa. 07.484) et Cassis (plr, TI) (lv. pa. 07.485) visant à garantir une **égalité de traitement des médecins généralistes** à travers une évaluation paritaire et rationnelle de l'économicité des prestations médicales intégrant le taux de morbidité et étant élaborée conjointement par les caisses-maladie et les médecins. Les députés estiment, d'une part, que les procédures en place contribuent à démotiver les médecins de famille au vu des critères d'évaluation engendrant des mesures de rationnement

masquées ainsi que des transferts rapides et inutiles des patients coûteux vers des spécialistes ou des hôpitaux et, d'autre part, que les fortes disparités des pratiques cantonales de remboursement exigent la mise en place de critères garantissant l'égalité de traitement entre fournisseurs de prestations afin d'éviter une sélection des malades. Le Conseil national a adopté les initiatives par 98 voix contre 33, les opposants étant issus exclusivement du groupe UDC, et le Conseil des Etats les a adoptées à l'unanimité.⁴

POSTULAT
DATUM: 28.09.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

In einem Postulat Cassis (fdp, TI) wurde der Bundesrat im September beauftragt, **Task Shifting** als Möglichkeit für die Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und finanzierbaren medizinischen Grundversorgung in der Schweiz zu analysieren. Task Shifting umschreibt die Übertragung von Aufgaben, welche üblicherweise von Ärzten bewältigt werden, auf Personen im Gesundheitsbereich mit einer geringeren medizinischen Ausbildung. Dieses ressourcenschonende Instrument werde weltweit zunehmend eingesetzt, so der Tessiner Arzt. Insbesondere Hausärzte müssten sich zunehmend mit Lappalien befassen, weswegen eine Kompetenzübertragung zu prüfen sei. Die Integration dieser Berufe in die medizinische Grundversorgung sei unentbehrlich: Interprofessionelle Versorgungsmodelle seien gefragt. Pflegepersonal, Apotheker, Ernährungsberater und andere Fachberufe genössen heute erstklassige Ausbildungen, sie würden allerdings nicht optimal eingesetzt. Durch die Übertragung nichtärztlicher Aufgaben, könnten sich Mediziner auf das ärztliche Kerngeschäft konzentrieren, was zusätzlich einen entscheidenden Beitrag gegen den Ärztemangel leisten könne. Der Bundesrat fasste seine Antwort kurz: Er habe sich bereits in den Beratungen über den Gegenvorschlag zur Volksinitiative „Ja zu Hausarztmedizin“ mit der Thematik des Task Shiftings auseinandergesetzt und befürworte das Prinzip weitgehend. Das Geschäft wurde diskussionslos angenommen.⁵

POSTULAT
DATUM: 14.12.2012
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Im September formulierte Nationalrat Cassis (fdp, TI) in einem Postulat die Aufforderung, beim Zulassungsstopp die Fehler der Vergangenheit nicht zu wiederholen. Damit sprach der Parlamentarier die Frage nach der **Vereinbarkeit des Ärztestopps mit der Personenfreizügigkeit** an, konkret nach der im Gesetzestext formulierten Bedingung, dass Ärzte neu drei Jahre in einer anerkannten Weiterbildungsstätte in der Schweiz Medizin praktiziert haben müssen, bevor die Befugnis zur Abrechnung der autonomen Krankenpflegeversicherung erteilt wird. Cassis sah in der Wiedereinführung des Zulassungsstopps folgende Gefahren: Diskriminierung junger Ärzte, heterogene Umsetzung durch die Kantone und bei den jungen Ärztinnen und Ärzten die Förderung einer "Angestelltenkultur" statt eines freiberuflichen Unternehmergeistes. Der Postulant schlug deshalb als Alternative zum Zulassungsstopp eine Bestimmung im KVG vor, welche verlangen würde, dass Mediziner, welche eine eigene Praxis eröffnen wollen, zuvor mindestens drei Jahre in einem anerkannten Spital in der Schweiz gearbeitet haben müssen – unabhängig davon, ob sie eine ähnliche Ausbildung im Ausland bereits absolviert haben. Noch bevor der Bundesrat zum Postulat Stellung nehmen konnte, schickte Cassis ein weiteres Postulat (Po.12.3783) nach, in dem er einen zweiten Vorschlag machte: Er stellte ein Auktionsmodell zur Vergabe von Praxiskonzessionen für neue Arztpraxen als Alternative zum bisher praktizierten Zulassungsstopp zur Diskussion. In einer periodisch wiederholten, umgekehrten „holländischen Auktion“ würde ein Regulator der Ärzteschaft einen tiefen Tarmed-Tarif vorschlagen und diesen stufenweise erhöhen, bis genug Ärzte sich bereiterklärten, in einem bestimmten Versorgungsgebiet zu einem solchen Tarif tätig zu sein. Zwar wäre in einem derartigen System das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage bei freien Kapazitäten nicht gelöst, und es liesse sich damit auch nicht die optimale Anzahl Ärzte für ein Gebiet bestimmen. Dennoch hätte ein Auktionsmodell gegenüber dem Ärztestopp verschiedene Vorteile: In Zentren mit hoher Ärztedichte liessen sich die Kosten senken, während Randgebiete mit sich abzeichnender Unterversorgung durch einen höheren Tarmed-Tarif attraktiver gemacht werden könnten. Die Ergebnisse sollen in einem Bericht dargelegt werden. Der Bundesrat sei sich der unerwünschten Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung bewusst, weswegen er die Zulassungsbestimmung vor einigen Jahren auch zeitlich begrenzt habe. Nach deren Ablauf waren verschiedentlich Gesetzesentwürfe abgelehnt worden, welche an dessen Stelle hätten treten können. Der Bundesrat sah selbst ebenfalls dringenden Handlungsbedarf in der Auseinandersetzung mit der steigenden Anzahl an Leistungserbringern. Er beantragte die Annahme beider Postulate, was das Ratsplenum denn auch stillschweigend tat.⁶

Die 2012 akzentuierte Zunahme von Ärzten, welche den Antrag stellten, ihre Leistungen über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) abrechnen zu lassen, blieb im Berichtsjahr auf der Agenda der Räte. Nachdem im Vorjahr je ein Postulat Rossini (sp, VS) und Cassis (fdp, TI) in ebendieser Angelegenheit überwiesen worden war, sah sich der Bundesrat genötigt zu handeln und legte eine Botschaft zur Änderung des KVG vor. Darin beantragte die Regierung die vorübergehende **Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung**. Vordringlich galt es eine per Ende 2011 ausgelaufene Bestimmung zu erneuern, womit die Zulassungsbegrenzung vorübergehend wieder eingeführt werden soll. Die 2001 in Kraft getretene Zulassungsbegrenzung für Leistungserbringer war 2011 nicht mehr erneuert worden. Zwar war eine Verlängerung im Rahmen der Änderung des KVG im Zusammenhang mit den integrierten Versorgungsnetzen („Managed Care“) angedacht worden, mit der Ablehnung durch die Stimmberechtigten im Juni 2012 liess sie sich aber nicht umsetzen. Diese Lücke führte dazu, dass die Kantone über kein Instrument mehr verfügten, um das Angebot im ambulanten Bereich zu steuern. Die vom Bundesrat beantragte Zulassungsbeschränkung soll auf drei Jahre terminiert werden. Damit soll es zum einen ermöglicht werden, die Auswirkungen der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung zwischen dem 1. Januar 2012 und dem Inkrafttreten der vorliegenden Änderung zu untersuchen. Zum anderen können in der Zwischenzeit Bestimmungen vorbereitet werden, welche die Kosten längerfristig eindämmen. Der Bundesrat wollte angesichts des Masterplans „Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“ sowie der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ nicht auf die zuletzt angewandte Fassung der Zulassungsbeschränkung zurückkommen, sondern schlug eine leicht abgeänderte Version vor: Einerseits sollen Leistungserbringer im Bereich der Grundversorgung nicht mehr von der Zulassungssteuerung ausgeschlossen sein, andererseits sollen entsprechende Übergangsbestimmungen jedoch sicherstellen, dass die Zulassung von Personen, die bereits vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren, nicht eingeschränkt werden kann. Mit einer raschen Umsetzung dieser Gesetzesänderung sollen die in Bedrängung geratenen Kantone die erforderlichen rechtlichen Instrumente erhalten, um die Zulassungen zu steuern. Der Bundesrat versprach sich davon eine bessere Steuerung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, was sich auch auf die Finanzen von Bund und Kantonen positiv auswirken könne. Im Parlament war die als dringlich zu behandelnde Vorlage enorm umstritten.

Im Nationalrat, welcher sich im März zuerst damit befasste, beantragte eine Minderheit bürgerlicher Kommissionsmitglieder um Nationalrat de Courten (svp, BL) Nichteintreten. Eine weitere, ähnlich zusammengesetzte Minderheit Cassis (fdp, TI) wollte das Geschäft an den Bundesrat zurückweisen mit dem Auftrag, innert zwei Jahren Alternativvorschläge zur Steuerung der ambulanten Medizin zu erarbeiten. Die SVP erachtete die Massnahme als rechtsstaatlich bedenklich und erkannte darin eine ungebührliche Verschleierungspolitik. Von Seiten der FDP wurde gefordert, endlich eine kluge Strategie zu entwickeln. Die bis anhin gefahrene Politik mit mehreren Verlängerungen des 2001 eingeführten Moratoriums wurde indes von allen Seiten angeprangert. Die Ratslinke, welche die Vorlage unterstützte, bediente sich vor allem föderalistischer Argumente. Den Kantonen müsse dieses Instrument zur Verfügung gestellt werden damit jene Kantone, die das Problem zu vieler Gesuche um Praxisbewilligung kennen, handeln können. Kantone, die nicht mit der Problematik konfrontiert seien, wären auch nicht zum Handeln verpflichtet, so Nationalrätin Fehr (sp, ZH). Dass sich nicht alle Kantone in der gleichen Ausgangslage befanden, liess sich in den verschiedenen Voten gut erkennen. Eintreten wurde schliesslich mit 106 zu 74 Stimmen deutlich beschlossen. Der Minderheitsantrag um Rückweisung scheiterte mit 89 zu 94 Stimmen jedoch nur knapp. Die Detailberatung war in der Folge weniger umstritten. Zwei Kommissionsanträge wurden beschlossen. Einerseits sollte der Zulassungsstopp nur auf Ärztinnen und Ärzte angewandt werden, und nicht auf Apotheker. Andererseits beschränkten die Räte eine vom Bundesrat noch offen formulierte Frist auf Verfall der Zulassung bei Nicht-Einlösung auf sechs Monate. Die damit geschaffene Abweichung vom Bundesratsentwurf wird die Ständekammer beurteilen müssen. Ein Antrag Ingold (evp, ZH) wurde sehr deutlich angenommen: Dieser wollte den Bedürfnisnachweis für Personen, welche mindestens fünf Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben, aufheben. Dagegen soll ein Bedürfnisnachweis für praktische Ärztinnen und Ärzte, die über keinen anderen Weiterbildungstitel verfügen, eingeführt werden. Damit sollte eine entscheidende Schwäche der neuen Zulassungsregulierung ausgemerzt werden, nämlich diejenige, dass schlechter qualifizierte Ärztinnen und Ärzte direkt aus dem Ausland eine Praxistätigkeit aufnehmen könnten. In der Gesamtabstimmung wurde die Vorlage mit 103 zu 76 Stimmen überwiesen, wobei sich nach wie vor FDP- und SVP-

Vertreter dagegen stellten.

Der Ständerat behandelte das Geschäft nur eine Woche später. Zwar sprach sich die Mehrheit der SGK für Eintreten aus, jedoch mit dem Antrag, das Geschäft sogleich an den Bundesrat zurückzuweisen. Die Regierung solle eine definitive Lösung präsentieren, welche unter anderem auch eine Lockerung des Vertragszwangs vorsehen würde. Eine Minderheit Eder (fdp, ZG) war für Nichteintreten. Stattdessen sei eine langfristige, zukunftsorientierte und nachhaltige Lösung, welche allen Beteiligten Sicherheit bringt, gefragt. Eine zweite Minderheit Schwaller (cvp, FR) sprach sich für Eintreten ohne Rückweisung aus. Der Rückweisungsantrag wurde in der Kommission schliesslich mit einer knappen Mehrheit gefasst. Ein erster wichtiger Grund liege darin, dass seit zwölf Jahren eingesetztes dringliches Bundesrecht nicht mehr tatsächlich als solches gelten könne, so das Empfinden der SGK. Die Kommission verlangte darum eine rasche Antwort des Bundesrates auf die seit Jahren bestehenden Probleme und wollte mit der Rückweisung den entsprechenden Druck aufrechterhalten. Diese Begründung stützte sich auch auf ein Versprechen von Bundesrat Berset, der in der Kommission festgehalten hatte, dass eine definitive Vorlage per Ende 2013 geplant sei. Die Eintretensdebatte war langwierig und stellte auch den vom Nationalrat gefassten Beschluss infrage, da er möglicherweise gegen die Personenfreizügigkeit verstosse durch die Diskriminierung ausländischer Ärzte. Das Ratsplenum war mit 27 zu 17 Stimmen für Eintreten, wurde sich jedoch nicht einig über den Antrag Schwaller. Ratspräsident Lombardi (cvp, TI) entschied beim Stichentscheid im Sinne der Minderheit. Damit war Eintreten beschlossen, die Rückweisung wurde abgelehnt und die Kommission musste die Detailberatung nachholen. Bis zur Ständeratsdebatte in der Sommersession hatte die SGK mehrere Expertisen eingeholt: Sie informierte sich über die Anpassungen des Nationalrates und deren Vereinbarkeit mit der Personenfreizügigkeit, über die Übereinstimmung des Bundesratsentwurfs mit der Verfassung und über die Auswirkungen des früheren Systems der Zulassungsbeschränkung. In der Kommission halte sich der „Enthusiasmus gegenüber der wiederaufgenommenen vorübergehenden Zulassungsbeschränkung im Rahmen“, so Sprecherin Egerszegi (fdp, AG). Die Frage, was nach erneuter Aufhebung der Beschränkung in drei Jahren folgen wird, erschien auch den Ständeräten prioritär. Es wurde jedoch auch betont, dass es bei dieser Vorlage darum gehe, dass die Kantone die Leistungserbringer bestimmen und deren Zulassung an Bedingungen knüpfen können. Spreche sich die Regierung eines Kantons dagegen aus, die Zulassung ihrer Leistungserbringer an bestimmte Bedingungen zu knüpfen, so ändere sich auch nichts. Aufgrund zweier Bittschreiben der Grenzkantone Genf und Tessin, die dringlichen Massnahmen zu unterstützen und in Hinblick auf die Funktion der Ständekammer, beantragte die SGK die Annahme des Geschäfts. Gegenüber dem Nationalrat wurden während der Detailberatung zwei Differenzen geschaffen: Die Abhängigkeit eines Bedürfnisnachweises soll nur von den Weiterbildungstiteln abhängen und nicht zusätzlich von einer Mindestanstellung an einer schweizerischen Institution. In dieser Hinsicht wollte die Kommission dem Bundesrat folgen. Eine Minderheit Rechsteiner (sp, SG) schlug erfolglos als Kompromiss eine kürzere Mindestanstellung von drei Jahren vor (gegenüber den im Nationalrat gemäss Bundesratsentwurf beschlossenen fünf Jahren). Zur Kriterienfestlegung für den Bedürfnisnachweis nahm der Nationalrat die Fassung des Bundesrates an: Die Regierung selbst solle die Kriterien beschliessen. Im Gegensatz zur Exekutive wollte die SGK des Ständerates jedoch das Mitspracherecht der Kantone im Gesetz niederschreiben. Diese Änderung wurde gegen eine Minderheit Stöckli (sp, BE), welche den Bundesratsentwurf unterstützen wollte, angenommen. Eine redaktionelle Anpassung über Inkrafttreten des Gesetzes wurde zwangsläufig verabschiedet, da der ursprünglich festgelegte Zeithorizont trotz Dringlichkeit nicht eingehalten werden konnte.

In der Differenzbereinigung standen sich die oben genannten Divergenzen gegenüber. Bei der Festlegung der Erforderlichkeit eines Bedürfnisnachweises übernahm die SGK des Nationalrates den Vorschlag Rechsteiner (sp, SG), welcher im Ständerat knapp durchgefallen war. Sie beantragte damit ihrem Plenum die Forderung nach drei Jahren Anstellung an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte und ging selbst einen Kompromiss gegenüber dem zuvor gefassten Nationalratsbeschluss von fünf Jahren ein. Mit 102 zu 77 Stimmen wurde dies im Rat angenommen. In der Frage, wer die Kompetenz der Kriterienfassung erhalten soll, schuf der Nationalrat wieder eine Differenz zum Ständerat. Die Kantone seien laut Fassung des Nationalrats anzuhören, jedoch nicht einzubeziehen. Dieser redaktionellen Änderung fügte sich der Ständerat. Auch mit der Bedingung, drei Jahre in der Schweiz gearbeitet haben zu müssen, zeigte sich die ständerätliche SKG schliesslich einverstanden. Angesichts der hohen Zustimmung, mit welcher der Nationalrat an dieser zeitlichen Bedingung festgehalten

hatte, schien es ihr angezeigt, einzulenken – wenngleich Sprecherin Egerszegi (fdp, AG) nicht umhin kam, den dadurch entstehenden Konflikt mit der Personenfreizügigkeit zu erwähnen. Den jeweiligen Mehrheitsanträgen folgte das Ratsplenum, womit das Geschäft zum Abschluss gebracht werden konnte. Am Ende der Beratungen bekräftigte Nationalrat Stahl (svp, ZH) Namens der SVP-Fraktion nochmals deren Ablehnung gegen die Vorlage. Sie widerspreche dem freiheitlichen und liberalen Geist des Berufes des Arztes und diese zwölf Jahre, während denen der Ärztestopp gegolten hatte, seien in Sachen Kostenexplosion im Gesundheitswesen wenig erfolgreich gewesen. Dennoch erklärten beide Kammern noch in der Sommersession das Geschäft mit 115 zu 79 und 27 zu 15 Stimmen als dringlich und verabschiedeten es mit 107 zu 77, respektive mit 28 zu 16 Stimmen, wobei die bürgerlichen Fraktionen jeweils unterlagen. Das abgeänderte Gesetz trat per 1. Juli 2013 in Kraft und gilt bis zum 30. Juni 2016.⁷

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 11.03.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das Mitte 2013 vom Bundesrat entworfene, teilrevidierte **Medizinalberufegesetz** (MedBG) war im März 2014 im Ständerat traktandiert. Im Wesentlichen ging es bei den Anpassungen um diverse Unverträglichkeiten mit neuerem, nationalem und internationalem Recht sowie um die Umsetzung des neuen Artikels 118a BV, der aufgrund Annahme an der Volksabstimmung vom 18. Mai 2009 eine umfassende Berücksichtigung der Komplementärmedizin verlangt. Darüber hinaus soll auch ein zusätzlicher Schwerpunkt auf die Rolle und Bedeutung der Hausarztmedizin gelegt werden. Des Weiteren galt es auch, erweiterten Anforderungen an die universitäre Aus- und Weiterbildung im Bereich der Medizinalberufe Rechnung zu tragen. Kommissionssprecher Schwaller (cvp, FR) eröffnete die Eintretensdebatte, unterstrich die Notwendigkeit der Gesetzesrevision und schloss mit dem einstimmigen Kommissionsantrag auf Eintreten sowie Annahme der Änderungen. Ersteres wurde ohne Gegenstimme beschlossen. In der Detailberatung wurden die in der bundesrätlichen Botschaft vorgeschlagenen Neuerungen kaum hinterfragt, ohnehin hatte die Regierung nur wenige Änderungen gegenüber der bis anhin geltenden Normen vorgesehen. Die einzelnen bundesrätlichen Anpassungen betrafen vorwiegend eine umfassendere Berücksichtigung der Komplementärmedizin, sprich deren explizite Nennung im Gesetzestext. Eine erste substanzielle Differenz gegenüber der Regierungsvorlage wurde geschaffen, indem der Ständerat auf Antrag seiner SGK die Kenntnisse einer Landessprache als Zulassungsbedingung für praktizierende Medizinalpersonen aus der Vorlage strich. Dies, weil gemäss den Vorschriften der Europäischen Union Sprachkenntnisse keine Voraussetzung für die Anerkennung ausländischer Diplome oder Weiterbildungstitel sein dürfen. Hingegen liegt es in der Kompetenz der Kantone, Sprachkenntnisse im Rahmen der Berufszulassung zu prüfen. Eine andere Änderung, respektive Ergänzung, betraf die Überprüfung der erworbenen Diplome und deren Registrierung. Allerdings war dieser Artikel gemeinsam mit der Verwaltung erarbeitet worden und wurde vom anwesenden Gesundheitsminister unterstützt, weswegen keine Opposition entstand. Weitere, kleinere Kommissionsanträge wurden ebenfalls angenommen und der Ständerat überwies die Vorlage in dieser Form einstimmig an die grosse Kammer.

In der Herbstsession 2014 konnte die Vorlage im Nationalrat beraten werden, dessen SGK nur wenige Änderungs-, beziehungsweise Ergänzungsanträge ausgearbeitet hatte. Eintreten war sowohl in der Kommission als auch im Plenum unbestritten. In der Eintretensdebatte und den Wortmeldungen der Fraktionssprecherinnen und Fraktionssprechern zeichnete sich ab, dass die allermeisten Kommissionsanträge unterstützt werden würden. Einzige Ausnahme war die Regelung der Sprachkenntnisse, wobei sich auch die Kommission selbst nicht einig war. Die Mehrheit wollte den Eintrag in das Register an das Beherrschen einer Landessprache binden, eine Kommissionsminderheit Cassis (fdp, TI) stellte sich dagegen. Damit wollte die Kommissionsmehrheit die Sprachkenntnisse wieder ins Gesetz aufnehmen, jedoch nicht wie ursprünglich vom Bundesrat vorgeschlagen in Artikel 15 (Anerkennung ausländischer Diplome), sondern eben im Rahmen der Registrierungspflicht. Cassis (fdp, TI) argumentierte namens der Kommissionsminderheit, dass es wichtig sei, auch ausländisches Personal einstellen zu können, das eben nicht einer Landessprache mächtig sein muss. Dies gilt vor allem bei unselbständiger Tätigkeit, insbesondere im Bereich der Forschung. Zwar befürwortete die Kommissionsminderheit das Erfordernis nach Kenntnis einer Landessprache, wollte dieses aber nicht an die Registrierungsmodalitäten binden. Gleicher Meinung waren die SP- und die FDP-Liberale Fraktion. Alle anderen Fraktionen wollten im Sinne der Patientensicherheit die Kenntnis einer Landessprache im Gesetz verankert wissen. Schliesslich wurde dies mit 116 zu 71 Stimmen durchgesetzt. Nach weiteren Anpassungen wurde die Vorlage schliesslich trotz umstrittener Sprachenregelung von allen Fraktionen mitgetragen und

mit 190 Stimmen einstimmig dem Ständerat zurückgegeben.

Der Ständerat nahm die Differenzbereinigung in der Wintersession des gleichen Jahres in Angriff. SGK-Sprecher Schwaller brachte den Standpunkt der Kommission auf den Punkt: Die vom Nationalrat eingefügte Norm über die Sprachkenntnisse gehe zu weit. Zur Ausarbeitung einer Lösung hatte die SGK-SR die Verwaltung betraut. Als Kompromiss wurde vorgeschlagen, den betreffenden Artikel 33a ganz neu zu formulieren und dabei zwischen verschiedenen Anstellungsverhältnissen zu unterscheiden. Wer nicht entweder im öffentlichen Dienst oder privatwirtschaftlich unter fachlicher Aufsicht einen Medizinalberuf ausübt, soll von der Sprachkenntnispflicht ausgenommen werden. Das betreffe somit Praktikerinnen und Praktiker ohne Patientenkontakt. Überdies soll dem Bundesrat die Kompetenz erteilt werden, Ausnahmen von der Pflicht vorzusehen, über die zur Berufsausübung erforderlichen Sprachkenntnisse zu verfügen. Damit soll eine gewisse Flexibilität ermöglicht werden, ohne jedoch die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität zu opfern, so der Zuger Abgeordnete Eder (fdp, ZG). Explizit aus dem Gesetz gestrichen werden soll eine Strafbestimmung für Arbeitgeber, die jemanden einstellen, der keine Sprachkenntnisse auf Maturastufe in einer Landessprache hat. Diese Streichung wurde akzeptiert und damit die Differenz zum Nationalrat aufrechterhalten. In weiteren Aspekten lenkte der Ständerat auf die Fassung des Nationalrats ein. Eine erneute Differenzbereinigung und die Lösung in der Frage um Sprachkenntnisse stand bis Jahresende noch aus.⁸

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

Der Nationalrat beriet das Geschäft zur **vorübergehenden Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung** als **Erstrat** in der Frühlingssession. Die Mehrheit seiner Kommission beantragte Eintreten. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) verlangte Nichteintreten, eine zweite Minderheit Cassis (fdp, TI) Rückweisung an den Bundesrat mit dem Auftrag, innert zweier Jahre Alternativvorschläge zur Steuerung der ambulanten Medizin zu unterbreiten. Die Mehrheit argumentierte, jene Kantone, welche ein übermässiges Wachstum des medizinischen Angebots feststellen, sollten rasch ein Instrument erhalten, um das Angebot wieder bedarfsgerecht steuern zu können. Der Entwurf sei aus Sicht des Föderalismus angemessen, da Kantone, welche im Gegenteil eine Knappheit befürchteten, sich auch für den Status quo entscheiden könnten. Eine definitive Lösung liege zudem zu weit ausser Reichweite, um auf eine Zwischenlösung verzichten zu können. Die bürgerlichen Minderheiten hielten die Wiedereinführung für rechtsstaatlich bedenklich und deren Wirksamkeit im Hinblick auf die Kosten als nicht bewiesen. Die Erarbeitung wirkungsvoller und dauerhafter Lösungen werde damit aufgeschoben. Die Datengrundlage bezüglich der tatsächlichen Leistungsmengenentwicklung aufgrund der Aufhebung der Zulassungssteuerung sei derzeit ungenügend und erlaube es nicht, neue Gesetze zu verabschieden. Schliesslich lehnte der Rat den Nichteintretensantrag gegen die Stimmen der SVP und FDP deutlich ab, den Rückweisungsantrag, der auch von der Grünen Fraktion unterstützt wurde, jedoch nur knapp. In der Detailberatung forderte ein Einzelantrag Ingold (evp, ZH), nebst Haus- und Kinderärzten sollten auch Mediziner, welche sich während fünf Jahren in der Schweiz weitergebildet hatten, keinen Bedürfnisnachweis für eine Zulassung benötigen. Eine solche Lösung würde die Qualität der Versorgung stärken und Mediziner mit Kenntnissen des Schweizer Systems fördern. Dieser Antrag war unbestritten und erhielt lediglich eine einzige Gegenstimme. In der Gesamtabstimmung sprachen sich 103 Nationalrätinnen und Nationalräte für den Entwurf aus, 76 dagegen.⁹

Die Schlussabstimmung zur **Änderung des Krankenversicherungsgesetzes für die Steuerung des ambulanten Bereichs** fand am Ende der Wintersession 2015 statt. Im Nationalrat ergab sich vollkommen überraschend und knappstmöglich eine Mehrheit gegen die Regulierung. Bei einer Enthaltung stimmten 97 Ratsmitglieder dagegen, 96 dafür. Die Fraktionen der SVP und der FDP-Liberalen, seit den Wahlen im vergangenen Herbst mit einer hauchdünnen Mehrheit im Rat ausgestattet, legten geschlossen ein Nein ein, alle anderen Fraktionen ebenso geschlossen ein Ja. Wie bei Schlussabstimmungen üblich, hatte zuvor keine Debatte mehr stattgefunden. Die Zustimmung des Ständerats – 31 Stimmen für, 13 gegen die Zulassungsregulierung – hatte damit lediglich noch symbolischen Charakter. Ursache für das überraschende Resultat war ein Meinungsumschwung beim Freisinn, dessen Vizepräsidentin Moret (VD)

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 06.03.2013
FLAVIA CARONI

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 18.12.2015
FLAVIA CARONI

noch kurz zuvor versichert hatte, ihre Fraktion werde dem Zulassungsstopp zustimmen (Nationalrätin Moret enthielt sich als einzige der Stimme). In der Presse war von einer „Hauruckaktion“, einem „Überraschungscoup“ und auch einer ersten „Machtdemonstration“ nach dem Rechtsrutsch bei den vergangenen Nationalratswahlen die Rede, zudem von fehlendem Verantwortungsbewusstsein der betreffenden Akteure. Die unterlegenen Befürworterinnen und Befürworter der Zulassungssteuerung ebenso wie der Bundesrat übten sich in scharfer Kritik und warnten vor einer Kostenexplosion zulasten der Versicherten, verursacht durch einen Zustrom ausländischer Ärztinnen und Ärzte. Vonseiten der Gewinnerinnen und Gewinner hiess es, die bisherige Lösung, welche der Entwurf hatte zu einem Bundesgesetz machen wollen, habe sich nicht bewährt – mit der neuen Mehrheit im Parlament sei es nun möglich, Tabula rasa zu machen und neue Ansätze zu entwickeln. Der SVP schwebt dabei eine Lockerung des Vertragszwangs, der FDP unter dem neuen Fraktionschef Cassis (TI) eine Senkung der Taxpunktwerte in Gebieten mit hoher Ärztedichte bei gleichzeitiger Anhebung der Taxpunktwerte in Zonen mit problematisch tiefer Dichte vor. Beide Ansätze hatten sich in der Vergangenheit als nicht mehrheitsfähig erwiesen.¹⁰

MOTION

DATUM: 02.03.2016
FLAVIA CARONI

Der Ständerat behandelte in der Frühjahrsession 2016 die bereits im Jahr 2013 eingereichte und 2014 vom Nationalrat angenommene Motion Stahl (svp, ZH) für einen **Gegenvorschlag zum Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte**. Inzwischen hatte das Parlament eine definitive Regelung der Zulassungsteuerung abgelehnt. Gleichzeitig mit der Motion wurde auch ein Postulat der SGK-SR behandelt, welches einen Bericht zu verschiedenen Möglichkeiten der Steuerung verlangte. Die Kommission beantragte mit 11 zu 2 Stimmen und im Sinne des Bundesrates, die Motion abzulehnen, wobei die Kommission mit ebenso vielen Stimmen stattdessen das Postulat zur Annahme empfahl. Auch die Kommission anerkenne den Handlungsbedarf in dem Bereich, so die Sprecherin, und das Anliegen der Motion stosse auf Sympathie. Jedoch sei es aus Sicht der Kommission notwendig, eine breitere Palette an Indikatoren zu erfassen, anhand derer die Zulassung gesteuert werden soll, namentlich die Tarife und Preise, die verschiedenen Kategorien von Spezialärztinnen und -ärzten, deren Dichte und die Qualität der erbrachten Leistungen. Die Motion sei daher zu einseitig und ihre Chancen im Falle eines Referendums werden als gering erachtet. Zudem seien bereits geeignetere Bemühungen zur Behandlung des Problems im Gange. Dem folgte der Rat und lehnte den Vorstoss ab.¹¹

POSTULAT

DATUM: 02.03.2016
FLAVIA CARONI

Der Ständerat behandelte in der Frühlingssession 2016 ein Postulat seiner Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit, das die Evaluierung von **Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten** anstrebt. In der vorhergehenden Wintersession hatte der Nationalrat eine Änderung des KVG zur dauerhaften Steuerung der Zulassung im ambulanten Bereich knapp und unerwartet abgelehnt. Damit war klar, dass die dreijährige Übergangslösung Ende Juni 2016 nicht durch eine definitive Lösung ersetzt werden würde. Das Postulat fordert den Bundesrat auf, einen Bericht auszuarbeiten, der verschiedene Varianten und Szenarien für eine zukünftige Steuerung der bedarfsabhängigen Zulassung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der Krankenversicherung aufzeigt. Dabei sollen alle wesentlichen Stakeholder einbezogen werden. Der Bericht soll nebst einer Steuerung durch die Kantone innerhalb eines vom Bund vorgegebenen Zielbandes auch die Möglichkeiten einer Lockerung des Vertragszwangs oder einer Anpassung der Tarife zur Angebotssteuerung erwägen. Explizit wird auch der spitalambulante Bereich eingeschlossen, während für Grundversorger, also Hausärztinnen und Hausärzte, keine Einschränkung gelten soll. Der Bundesrat empfahl den Vorstoss zur Annahme. Der Ständerat debattierte gleichzeitig eine Motion Stahl (svp, ZH), welche die Kommission zur Ablehnung empfahl. Dringender Handlungsbedarf sei gegeben, so tönte es im Rat, weshalb die Analyse von Alternativen opportun sei. Die kleine Kammer folgte ihrer Kommission und dem Bundesrat, indem sie das Postulat überwies und die Motion ablehnte.¹²

Soziale Gruppen

Alterspolitik

POSTULAT
DATUM: 02.05.2017
SOPHIE GUIGNARD

C'est in extremis que le postulat Heim (ps, SO), demandant une **stratégie à l'échelle nationale pour lutter contre la violence touchant les personnes âgées**, a été refusé par le Conseil national. En effet, la voix prépondérante du président Stahl (udc, ZH) a fait basculer le vote vers le non, face à l'égalité parfaite de 94 voix contre (venant exclusivement de l'UDC et du PLR) et 94 voix pour (provenant de tous les autres partis et d'un seul député UDC). La députée socialiste demandait au Conseil fédéral d'élaborer une stratégie à l'échelle nationale pour lutter contre la violence dont une personne âgée sur cinq est victime, selon des estimations récentes. Comme ces violences sont entre autres à imputer aux mauvaises conditions de travail du personnel soignant, il s'agirait pour le parlement de légiférer à ce niveau-là. Le Conseil fédéral s'est opposé au postulat, estimant que les différentes initiatives déjà mises en œuvre ainsi que la coopération entre les cantons et les différentes autorités compétentes étaient suffisantes.¹³

1) APS-Zeitungsanalyse 2019 – Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

2) AB NR, 2013, S. 74 ff., 966 ff., 1346 ff., 1521, 1770; AB SR, 2013, S. 414 f., 658 ff., 810 f., 931; BBl, 2013, S. 7989 (Rückzug); BBl, 2013, S. 7345 ff., 7347 ff. (Erlasse); (SGK-SR): AB NR, 2013, S. 100

3) AB NR, 2009, S. 895 ff.; AB SR, 2009, S. 508 ff. und 735; AB NR, 2009, S. 1313.; BBl, 2009, S. 3413.

4) BO CN, 2011, p. 1308 ss. et 2278 ; BO CE, 2011, p. 1106 s. et 1303.

5) AB SR, 2012, S. 1794.

6) AB NR, 2012, S. 2251 f.

7) BRG 12.092: BBl, 2012, S. 9439 ff., 9453 ff.; AB NR, 2013, S. 64 ff., 962 ff., 1047, 1213; AB SR, 2013, S. 127 ff., 415 ff., 558 ff., 601, 649; AS, 2013, S. 2065 ff. (Erlasstext)

8) AB NR, 2014, S. 1398 ff.; AB SR; 2014, S. 1077 ff.; AB SR; 2014, S. 148 ff.; BBl, 2013, S. 6233 ff.; Medienmitteilung der SGK-NR vom 15.8.14.; Medienmitteilung der SGK-SR vom 11.2.14.; Medienmitteilung der SGK-SR vom 18.11.14.

9) AB NR, 2013, S. 65 ff.

10) AB NR, 2015, S. 2314; AB SR, 2015, S. 1349; AZ, CdT, TA, 19.12.15

11) AB SR, 2016, S. 56 ff.

12) AB SR, 2016, S. 56 ff.

13) BO CN, 2017, p. 615 s.