

Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	20.04.2024
Thème	Sans restriction
Mot-clés	Médecins et personnel soignant
Acteurs	Sans restriction
Type de processus	Objet du conseil fédéral
Date	01.01.1965 - 01.01.2022

Imprimer

Éditeur

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

Contributions de

Benteli, Marianne
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Rohrer, Linda
Schubiger, Maximilian

Citations préféré

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Rohrer, Linda; Schubiger, Maximilian 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Médecins et personnel soignant, Objet du conseil fédéral, 1998 - 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne. www.anneepolitique.swiss, téléchargé le 20.04.2024.

Sommaire

Chronique générale	1
Politique sociale	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Médecins et personnel soignant	1
Médicaments	13
Assurances sociales	13
Assurance-maladie	13

Abréviations

EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SPK-NR	Staatspolitische Kommission des Nationalrats
WBK-SR	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Ständerats
EU	Europäische Union
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz)
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
WBK-NR	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
<hr/>	
AELE	Association européenne de libre-échange
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
CIP-CN	Commission des institutions politiques du Conseil national
CSEC-CE	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil des Etats
UE	Union européenne
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
CP	Code pénal suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
LPSan	Loi sur les professions de la santé
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires
CSEC-CN	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire

Chronique générale

Politique sociale

Santé, assistance sociale, sport

Médecins et personnel soignant

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 27.09.1999
MARIANNE BENTELI

Bei der Beratung der **1. Teilrevision des KVG** nahm der **Nationalrat** mit 151 zu 4 Stimmen einen Antrag Raggenbass (cvp, TG) an, der die Versicherer vom sogenannten **Kontrahierungszwang** befreien wollte. Heute sind die Krankenkassen verpflichtet, mit sämtlichen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen. Mit der neuen Bestimmung könnten die Versicherer ihre Vereinbarungen an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien der Leistungserbringer koppeln. Dies würde beispielsweise auch erlauben, älteren Ärzten – zum Beispiel den über 70-Jährigen – das Recht auf Krankenkassengelder abzusprechen und für Jungärzte mit wenig Erfahrung einen tieferen Tarif festzulegen. Bundespräsidentin Dreifuss zeigte sich wenig erfreut über dieses Vorpreschen der grossen Kammer. Sie meinte, man müsste zuerst prüfen, wie ein solcher Kriterienkatalog aussehen könnte, bevor man ihn grundsätzlich beschliesse. Dieser Meinung war auch der Ständerat, weshalb er den Vorschlag mit 17 zu 14 Stimmen ablehnte. Genau so wenig Gnade fand vor seinen Augen ein Antrag seiner vorberatenden Kommission, welche – gerade auch im Hinblick auf die mit der Annahme der bilateralen Verträge mit der EU befürchtete „Überschwemmung“ mit ausländischen Ärzten – vorgeschlagen hatte, dem Bundesrat die Kompetenz zu erteilen, die **Zulassung von Ärzten zur Grundversicherung für eine befristete Zeit einem Bedürfnisnachweis zu unterstellen**. Damit könnte die Praxiseröffnung sowohl durch ausländische Ärzte als auch durch einheimische Jungärzte eingedämmt werden. Diesen Vorschlag lehnte das Plenum ebenfalls mit 21 zu 14 Stimmen ab.¹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 15.03.2000
MARIANNE BENTELI

Im Vorjahr hatte der Nationalrat bei der Beratung der 1. Teilrevision des KVG mit deutlicher Mehrheit einen Antrag angenommen, der eine **Aufhebung des Kontrahierungszwangs** im ambulanten, tagesstationären und stationären Bereich verlangte, um den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, nicht mehr mit sämtlichen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen zu müssen, sondern diese an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien anbinden zu können. Der Ständerat hatte den Vorschlag, da seiner Ansicht nach zu wenig ausgereift, vorläufig abgelehnt. In der Differenzbereinigung entschied der Nationalrat nun, hier nicht weiter im Alleingang vorzuprellen. Um die Idee am Leben zu erhalten, beauftragte er aber den Bundesrat mit einer **Motion** seiner SGK (Mo. 00.3003), eine entsprechende Vorlage auszuarbeiten; mit 142 gegen 4 Stimmen setzte sich dieser zweite Anlauf ganz klar durch, worauf auch der Ständerat einschwenkte und die Motion diskussionslos annahm.²

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 24.03.2000
MARIANNE BENTELI

Der Nationalrat zeigte sich gewillt, zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen auch einschneidende Massnahmen zu ergreifen. In der Differenzbereinigung zur 1. Teilrevision des KVG fügte er die Bestimmung ein, dass der Bundesrat während einer Dauer von drei Jahren die **Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich** (Ärzte und andere Therapeuten) zu Lasten der Krankenversicherung **beschränken** kann, wobei die Kantone sowie die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer vorher anzuhören sind. Der Rat trug damit dem Umstand Rechnung, dass die Ärztedichte in der Schweiz eine der höchsten der Welt ist und durch die Personenfreizügigkeit für EU-Bürger noch weiter zunehmen wird. Da sich der Gesundheitsmarkt nicht nach Angebot und Nachfrage richtet, resp. die Nachfrage angebotsinduziert ist, lösen mehr Leistungsanbieter fast automatisch mehr Leistungen aus, was zu höheren Kosten führt. Zulassungsbeschränkungen könnten hier regulierend wirken. Die konkrete Ausgestaltung blieb dem Bundesrat überlassen. Vergeblich versuchte eine Minderheit, darunter der Aargauer CVP-Vertreter und Leiter des Paraplegiker-Zentrums Nottwil (LU) Zäch und der Zürcher SVP-Nationalrat Bortoluzzi, die Massnahme abzuwenden. Der Rat stimmte der befristeten Zulassungsbeschränkung mit 124 zu 47 Stimmen zu. Entgegen einem bürgerlichen Minderheitsantrag nahm der Ständerat diese Bestimmung mit 27 zu 4 Stimmen ebenfalls an.³

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 18.09.2000
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat erarbeitete umgehend ein Vertragsmodell zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Entgegen dem Auftrag der Motion sah er die Aufhebung des Kontrahierungszwangs allerdings vorderhand lediglich für den **ambulanten Bereich** vor. Demnach sollten sich die Versicherer darauf beschränken können, Tarifverträge nur noch mit ausgewählten Ärztinnen und Ärzten abzuschliessen. Andererseits hätten auch die Leistungserbringenden die Zusammenarbeit mit gewissen Versicherungen verweigern können. Diese Änderung hätte keinen Abbau der kassenpflichtigen Leistungen mit sich gebracht, für die Patienten aber **die freie Arztwahl eingeschränkt**. Die Kostenübernahme in Notfällen wäre bei allen Ärzten und Spitalambulatorien sichergestellt gewesen. In der **Vernehmlassung** bildeten sich **klare Fronten** heraus. Während die Versicherer die Aufhebung des Kontrahierungszwangs als geeignetes Mittel zur Kostendämpfung erachteten, protestierten die FMH und die Patientenorganisationen gegen die Einschränkung der freien Arztwahl. Auch die SVP bezeichnete das Modell als untauglich, weil die Gefahr bestehe, dass nur noch die billigsten Leistungserbringer ausgewählt würden. Die SP brachte ebenfalls Vorbehalte an; ihrer Ansicht nach sollten Bedürfniskriterien und Zulassungsbedingungen Sache des Bundes und nicht der Krankenkassen sein. Von der Wirksamkeit der Massnahme überzeugt zeigten sich hingegen die FDP und die CVP sowie die Stiftung für Konsumentenschutz. Angesichts des breiten Widerstands, der ein Referendum als sehr wahrscheinlich erscheinen liess, **verzichtete der Bundesrat** schliesslich darauf, den brisanten Vorschlag in die 2. Teilrevision des KVG aufzunehmen. Er schlug lediglich vor, den Kontrahierungszwang für jene Ärzte und Ärztinnen aufzuheben, die das 65. Altersjahr überschritten haben. Zudem möchte er die Krankenkassen verpflichten, gesamtschweizerisch **alternative Versicherungsformen** wie HMO- und Hausarztmodelle anzubieten. (Die im MediX-Verband zusammengeschlossenen Ärzte, die nach dem HMO- resp. dem Hausarztmodell praktizieren, hatten sich, anders als die FMH, für die Aufhebung des Vertragszwangs ausgesprochen) ⁴

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 29.11.2001
MARIANNE BENTELI

Was die beiden Parlamentskammern im Vorjahr vorgespurt hatten, setzte der Ständerat bei der Beratung der 2. Teilrevision des KVG um, indem er beschloss, den **Vertragszwang zwischen den Kassen und den Leistungserbringern im ambulanten Bereich** grundsätzlich aufzuheben, sofern die medizinische Versorgung sichergestellt ist; der Bundesrat hatte dies lediglich für die über 65-jährigen Ärzte vorgeschlagen. Bundesrätin Dreifuss zeigte sich nicht überzeugt von der positiven Wirkung der Massnahme, die sie als Gefährdung der Solidarität in der Grundversicherung erachtet, da der **Verlust der freien Arztwahl** zu mehr Zusatzversicherungen und somit zu einer Zweiklassenmedizin führen könne; sie vermochte sich mit ihren Argumenten aber nicht durchzusetzen. Am meisten zu Diskussionen Anlass gaben die Kriterien, nach denen die Auswahl jener Ärzte vorgenommen werden soll, die nach wie vor zu Lasten der Grundversicherung praktizieren dürfen. Man einigte sich schliesslich auf die Formulierung, diese müssten ihre Leistungen wirtschaftlich effizient und wissenschaftlich begründet anbieten. Da Konflikte zwischen den Kassen und der Ärzteschaft vorprogrammiert sind, will der Ständerat in diesen Fällen tripartite **Kommissionen** (Kassen, Ärzte und Kantonsvertreter) zur Schlichtung einsetzen; er wehrte aber nicht, dass ihm sein Modell noch nicht in allen Punkten ausgegoren scheint, weshalb er auf die Beratung durch den Nationalrat setzt, um die Kriterien stringenter zu formulieren. ⁵

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 14.06.2002
MARIANNE BENTELI

2000 hatte das Parlament dem Bundesrat den Auftrag erteilt, einen auf drei Jahre **befristeten Zulassungsstopp** für Leistungserbringer **im ambulanten Bereich** vorzubereiten. Mitte Mai gab das EDI einen entsprechenden Verordnungsentwurf in die Vernehmlassung. Der Zeitpunkt war nicht zufällig gewählt. Neben einer zur allgemeinen Kosteneindämmung vorgenommenen Einschränkung des Binnenangebots an Arztpraxen soll verhindert werden, dass die rund 3000 Ärzte aus dem EU- resp. EFTA-Raum, die bisher in der Schweiz lediglich in einem Spital arbeiten durften, aufgrund des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU, welches von schweizerischer Seite auf die Staaten der EFTA ausgedehnt worden war und am 1. Juni in Kraft trat, sofort eine private Arztpraxis eröffnen können. In den folgenden Wochen signalisierten die kantonalen Sanitätsdirektoren, Santésuisse sowie die FMH ihre (allerdings eher zurückhaltende) Zustimmung. ⁶

Im Vorjahr hatte der Ständerat bei der Behandlung der **2. KVG-Teilrevision** grundsätzlich die **Aufhebung des Vertragszwangs zwischen den Kassen und den Leistungserbringern im ambulanten Bereich** (insbesondere den Ärztinnen und Ärzten) beschlossen, erhoffte sich aber vom Nationalrat eine konsistentere Formulierung der dafür vorzusehenden Kriterien. Die vorberatende Kommission des Nationalrates machte aus Angst vor einem Referendum von Ärzteseite wieder einen Schritt zurück. Sie beschränkte sich darauf, die Zulassung zur Grundversicherung sanft und ohne Effekt auf die Mengenausweitung zu beschränken, etwa mittels strengerer Anforderungen an die Weiterbildung. Im Plenum war aber vorerst von rechts bis links die Meinung spürbar, dass der Vorschlag der Kommission nicht ausreicht. Daneben lagen drei weitere Modelle vor. Wie bereits im Vorjahr schlug der **Bundesrat** die Regelung der Ärztezahl durch eine Alterslimite vor. Ärzte, die das 65. Altersjahr überschritten haben, sollten nur noch zu Lasten der Grundversicherung praktizieren dürfen, wenn sie mit einer oder mehreren Kassen einen Vertrag abschliessen können. Eine weitergehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs wollte er auf die 3. KVG-Revision verschieben, da die Sache momentan noch nicht reif und die Modelle zu unüberlegt seien. Bundesrätin Dreifuss wiederholte ihre grundsätzliche Kritik an der Vertragsfreiheit: Diese gefährde die freie Arztwahl und die hoch stehende Qualität des Gesundheitswesens. Eine **bürgerliche Minderheit** um die Nationalräte Widrig (cvp, SG) und Gutzwiller (fdp, ZH) plädierte analog zum Ständerat für die sofortige und umfassende Aufhebung. Die **Linke** setzte sich dafür ein, den Kontrahierungszwang für Spezialärzte aufzuheben, es sei denn, sie seien einem Hausarztmodell mit Budgetverantwortung angeschlossen. In den Eventualabstimmungen setzte sich vorerst das bürgerliche Modell durch, doch wurde es am Schluss überraschend abgelehnt. Mit 91 zu 76 Stimmen gaben SP, Grüne, eine Mehrheit der CVP und eine Minderheit der FDP dem zurückhaltenden **Modell der vorberatenden Kommission** den Vorrang, angereichert durch einen Antrag der beiden Berner Baumann (sp) und Suter (fdp) für schärfere Sanktionen gegen die „schwarzen Schafe“. Da die KVG-Revision in der Gesamtabstimmung abgelehnt wurde, sind diese Beschlüsse – zumindest vorderhand – hinfällig.⁷

Bundesrätin Dreifuss hatte den starren Vertragszwang im ambulanten Bereich nur mittelfristig aufheben wollen. Ihr Nachfolger im EDI, Bundespräsident Couchepin, machte hingegen gleich nach seinem Amtsantritt Dampf in dieser Sache. Anstatt einer generellen **Aufhebung des Vertragszwangs** zwischen Ärzteschaft und Versicherern brachte er ein neues Modell in die Diskussion, das von der vorberatenden Kommission des Ständerates noch verfeinert wurde. Demnach sollten die Kantone festlegen, wie viele Leistungserbringende der einzelnen Sparten es unter Berücksichtigung des Angebots in den Nachbarkantonen auf ihrem Gebiet braucht. Die Krankenversicherer sollten lediglich noch verpflichtet sein, mit mindestens dieser Zahl von Leistungserbringern zusammenzuarbeiten, und zwar mittels Verträgen von jeweils vier Jahren und einer Kündigungsfrist von 18 Monaten vor Auslaufen des Vertrags. Bereits zu Lasten der sozialen Krankenversicherung praktizierende Ärztinnen und Ärzte sollten bei Inkrafttreten der Gesetzesrevision Anrecht auf einen ersten Vertrag von vier Jahren haben. Alte Patientinnen und Patienten mit einer langjährigen Arztbeziehung und einem schweren Leiden sollten ihren Arzt aber auf jeden Fall behalten können. Ärzte, die sich in einem kostengünstigen Netzwerk mit Budgetverantwortung zusammenschliessen, sollten beim Abschluss eines Vertrages von den Versicherern bevorzugt werden. Die Kommission wollte den Übertritt der Versicherten in die Netzwerke dadurch fördern, dass für diese der Selbstbehalt bei 10% belassen, für alle anderen Versicherten auf 20% angehoben werden sollte. Das Plenum des Ständerates, das sich bereits 2001 grundsätzlich für die Aufhebung des Vertragszwangs ausgesprochen hatte, stimmte dem neuen Modell oppositionslos zu.

Der Nationalrat, der im Vorjahr eine Aufhebung des Vertragszwangs noch abgelehnt hatte, sagte nun mit 153 zu 18 Stimmen Ja zum neuen Modell, schwächte die Lockerung allerdings noch etwas ab. Er entschied, dass chronisch Kranke ihren Arzt behalten dürfen, auch wenn dieser mit ihrer Kasse keinen Vertrag mehr hat. Ärztenetze mit Budgetverantwortung sollten von den Kassen nicht nur bevorzugt, sondern automatisch mit einem Vertrag versehen werden. Auf Antrag der SVP, die argumentierte, damit würde die freie Arztwahl „bestraft“, verzichtete er aber mit 134 zu 23 Stimmen auf eine Anhebung des Selbstbehaltes für die Versicherten in traditionellen Versicherungsformen.

Da er den Anreiz für einen Wechsel zu den besonderen Versicherungsformen unbedingt aufrechterhalten wollte, beschloss der Ständerat mit 24 zu 10 Stimmen Festhalten. Er

signalisierte aber zuhanden der sich abzeichnenden Einigungskonferenz gleichzeitig seine Bereitschaft, die Verdoppelung des Selbstbehalts nicht im Gesetz zu verankern, sondern nur festzuschreiben, dass eine Differenzierung erfolgen muss, deren Ausmass aber der Kompetenz des Bundesrates zu überlassen. Diese Lösung setzte sich in der Einigungskonferenz dann auch durch. Da die 2. KVG-Revision im Nationalrat definitiv scheiterte, sind diese Beschlüsse hinfällig.

Noch bevor die parlamentarischen Beratungen abgeschlossen waren, beschloss die Ärztekammer der FMH, wegen der Lockerung des Vertragszwangs das Referendum zu ergreifen⁸

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 06.12.2007
MARIANNE BENTELI

Am 3. Juli 2002 hatte der Bundesrat einen vorerst auf drei Jahre begrenzten **Zulassungsstopp für die Eröffnung neuer Arztpraxen** erlassen. Damit wollte man einerseits der ungebremsen Zunahme der Leistungserbringer, insbesondere der Spezialärzte, entgegenwirken, andererseits die Zuwanderung von jungen Ärzten aus dem EU-Raum in Grenzen halten, welche mit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens im Personenverkehr der Schweizer Ärzteschaft bei der Eröffnung einer eigenen Praxis gleichgestellt wurden. In beiden Punkten war man nicht sehr erfolgreich. Die Zahl der Ärzte in freier Praxis nahm schweizweit zwischen 2002 und 2006 um 14% zu, der Anteil unter ihnen, der über kein schweizerisches Ärztediplom verfügt, erfuhr in diesem Zeitraum fast eine Verdoppelung und stieg von knapp 3,5 auf gegen 6,5%. Der Zulassungsstopp wurde stets nur als vorübergehende Massnahme erachtet, bis bei der Revision des KVG neue Modelle für das Anrecht von Ärzten auf Abrechnung über die Grundversicherung eingeführt werden. Beim zweiten Anlauf zur KVG-Revision – die erste war 2003 in der Schlussabstimmung im Nationalrat gescheitert – präsentierte der Bundesrat separate Vorlagen zu den einzelnen Bereichen, um nicht wieder an einem Junktim und unheiligen Allianzen zu scheitern. Als Ablösung des Zulassungsstopps stellte er ein Modell vor, welches eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Krankenversicherer mit sämtlichen Leistungserbringern und die Förderung von (günstiger arbeitenden) Ärztenetzwerken vorsieht (HMO-Praxen, Managed-Care-Systeme). Da diese Teilrevision seither angesichts heftiger Widerstände insbesondere aus der Ärzteschaft in der zuständigen Ständeratskommission vor sich hin dümpelt, hatten die Räte 2004 einer Verlängerung des Stopps bis 2008 zugestimmt. Weil auch in der Folge keine Fortschritte erzielt wurden, beantragte der Bundesrat eine erneute Verlängerung bis Ende 2010. (Zu den einzelnen Vorlagen zur Revision des KVG siehe hier)

Im Ständerat räumte die Kommissionssprecherin ein, dass die Massnahme ihren Zweck „kaum, wenig oder gar nicht“ erfüllt. Der Verzicht auf die Weiterführung ohne gleichzeitig eine Anschlussregelung zu treffen, berge aber das Risiko einer unkontrollierten Mengenausweitung. Im Übrigen hätten die Kantone die Möglichkeit, die Anwendung des Zulassungsstopps sehr differenziert auszugestalten, weshalb vorderhand kein Ärztemangel zu befürchten sei. Angesichts der Verzögerungen beim Aufheben des Vertragszwangs war Eintreten unbestritten. Eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Fetz (sp, BS), beantragte einen gelockerten Zulassungsstopp, indem die Grundversorger davon ausgenommen würden. Profitieren würden davon die Allgemeinmediziner, Internisten, Ärzte in Gruppenpraxen, Kinderärzte, Hebammen und Gynäkologen. Dieser Vorschlag wurde mit 28 zu 9 Stimmen abgelehnt. Mit 28 zu 8 Stimmen stimmte die kleine Kammer der Verlängerung zu.⁹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 13.06.2008
LINDA ROHRER

Der Ständerat hatte im Vorjahr einer Verlängerung des **Zulassungsstopps für die Eröffnung neuer Arztpraxen** bis Ende 2010 zugestimmt. Im **Nationalrat** sprachen sich die Fraktionen der SVP, FDP, GP und Teile der CVP aber für eine Aufhebung des Ärztestopps aus. Sie argumentierten vor allem damit, dass die Massnahme keine Wirkung gezeigt habe. Eine Kommissionsminderheit Humbel (cvp, AG) bestritt diese Aussage und war der Ansicht, dass die Ärztezah dort, wo die Zulassungsbeschränkung umgesetzt worden war, stabilisiert werden konnte. Auch Bundesrat Couchepin warnte vor den dramatischen Folgen für die Gesundheitskosten, welche die Aufhebung des Ärztestopps haben könne. Dies ignorierte der Nationalrat und beschloss mit 116 zu 67 Stimmen nicht auf die Vorlage einzutreten.

In der Differenzbereinigung war die Kommission des Ständerates einstimmig dafür, an der Verlängerung des Zulassungsstopps für Arztpraxen festzuhalten. Die Kommission hatte bereits verschiedene Nachfolgemodelle diskutiert und es sich zum Ziel gesetzt,

bis zum Herbst einen Vorschlag in den Rat zu bringen. Sie erachtete es als realistisch, innerhalb einer Frist von einem Jahr die Nachfolgeregelung in beiden Räten zu behandeln. Eine Verlängerung könne auch nur bis 2009 beschlossen werden (anstatt 2010), wenn der Nationalrat einschwenke. Eine Minderheit Diener (gp, ZH) beantragte, dem Nationalrat zu folgen und nicht auf die Vorlage einzutreten. Sie erachtete es als rechtsstaatlich fragwürdig, einen dringlichen Bundesbeschluss bereits zum dritten Mal zu verlängern. Ausserdem müsse endlich Bewegung in das starre System kommen. Der Rat folgte jedoch seiner Kommission und beschloss mit 34 zu 4 Stimmen auf die Vorlage einzutreten.

In der Folge musste der Nationalrat also noch einmal über die Frage des Eintretens auf die Vorlage des Zulassungsstopps diskutieren. Eine Kommissionsmehrheit sprach sich nun dafür aus, dem Ständerat zu folgen, insbesondere weil befürchtet wurde, dass mit einem ersatzlosen Auslaufen der Bestimmung zahlreiche neue Praxen eröffnet werden könnten, mit entsprechenden Kostenfolgen. Ausserdem nahm die grosse Kammer zur Kenntnis, dass der Ständerat gewillt war, rasch einen Vorschlag bezüglich der Lockerung des Vertragszwangs zu unterbreiten. Eine Kommissionsminderheit mit Vertretern der SVP, GP, CVP und FDP war weiterhin der Ansicht, dass nicht mit einer Ärztelawine zu rechnen sei. Dieses Mal folgte der Nationalrat der Kommissionsmehrheit und beschloss mit 134 zu 37 Stimmen auf die Vorlage einzutreten. Neben der SP waren nun auch die Fraktionen der SVP, FDP und CVP mehrheitlich für eine Weiterführung der Bestimmung, allerdings nur bis 2009. Eine links-grüne Kommissionsminderheit, welche die Hausärzte von diesem verlängerten Zulassungsstopp ausnehmen wollte, fand im Nationalrat keine Mehrheit. In der Gesamtabstimmung hiess der Nationalrat die Vorlage mit 161 zu 15 Stimmen gut.

Im Ständerat ging es anschliessend nur noch um die Dauer des Zulassungsstopps. Die Kommission empfahl zwar, dem Nationalrat zu folgen, es gab aber auch Stimmen wie die von Sommaruga (sp, BE), welche es für unrealistisch hielten, dass bis zum 1. Januar 2010 eine Nachfolgeregelung, die noch zu beschliessen wäre, in Kraft treten wird. Die kleine Kammer folgte aber mit 23 zu 14 Stimmen dem Nationalrat und entschied sich damit für eine kürzere Befristung. In der Schlussabstimmung stimmte der Nationalrat mit 168 zu 12 Stimmen für die Annahme des Entwurfs und der Ständerat einstimmig dafür.¹⁰

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 18.12.2008
LINDA ROHRER

Nach der Verlängerung des Zulassungsstopps befasste sich der Ständerat im Dezember auch mit der **Vertragsfreiheit**. Der Kommission des Ständerates war es nicht gelungen, sich auf ein Modell als Alternative zu der vom Bundesrat vorgeschlagenen Lockerung des Vertragszwangs zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu einigen. Diese verfahrenere Situation sorgte im Ständerat für sehr viel Unmut. Man war sich einig darüber, dass der Zulassungsstopp der Ärzte 2009 nicht ersatzlos auslaufen sollte. Der Ständerat sah aber ein, dass eine Rückweisung an die Kommission oder den Bundesrat nichts bringen würde und beschloss daher mit 23 zu 19 Stimmen nicht auf das Geschäft einzutreten und damit den Ball dem Nationalrat zuzuspielen.¹¹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 21.06.2013
MAXIMILIAN SCHUBIGER

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 2016.¹²

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 substantielle 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 beträfe 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.¹⁵

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 05.03.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die Modalitäten zur Kenntnis der Landessprachen führten dazu, dass das **Medizinalberufegesetz** erneut im Nationalrat behandelt werden musste. Der Ständerat hatte eine neue Formulierung des Artikels 33a beschlossen und dazu beigetragen, in der Sache einen Schritt vorwärts zu kommen: Die SGK-NR beantragte mehrheitlich, in den ersten drei Abschnitten dem ständerätlichen Beschluss zu folgen. Dennoch lagen Änderungsanträge vor, sowohl von der Kommissionsmehrheit (Abs. 4) als auch von einer Minderheit Humbel (cvp, AG) (Abs. 3 und 4). Für Diskussionen sorgte die Frage, ob die Aufnahme ins Register davon abhängig gemacht werden solle, dass die betroffene Person die Sprache der Region, in welcher sie praktizieren möchte, beherrscht – wie es der Nationalrat in der vorherigen Behandlungsrunde und die Kommissionsminderheit weiterhin geregelt wissen wollten. Der Ständerat hatte diese Formulierung nicht unterstützt und wollte die Überprüfung der Sprachkenntnisse den Arbeitgebern überlassen. Auf diese Regelung schwenkte nun auch die Kommissionsmehrheit ein, schlug jedoch vor, dass der Bundesrat Ausnahmen vorsehen können solle.

Die Debatte zog sich nicht allzu lange hin und die Unterstützung der ständerätlichen Version, in der Diskussion als «weichere» Variante beschrieben, hätte den parlamentarischen Prozess etwas abkürzen können. Aber im Sinne einer vermeintlich besseren Behandlungsqualität, Klarheit und Rechtssicherheit (Humbel) entschied das Ratsplenum anders und votierte für die strengere Fassung und die zwingende Erbringung eines Sprachnachweises. Mit 94 zu 82 Stimmen (3 Enthaltungen) respektive 90 zu 87 Stimmen (1) beharrte der Nationalrat auf seinem Standpunkt.

Im Grundsatz waren sich die beiden Kammern einig, man verlangte einen Sprachnachweis für praktizierende Medizinalpersonen. Wie genau dieser aber nachgewiesen werden sollte, musste sich in weiteren Debatten herauskristalisieren.¹⁴

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 12.03.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die nächste Runde in der Differenzbereinigung zum **Medizinalberufegesetz** stand an und noch immer war offen, wie der Sprachnachweis im Gesetz verankert werden soll. Die SGK-SR beantragte dem Ratsplenum weiterhin Festhalten an seiner früheren Fassung, wonach der Arbeitgeber für die Überprüfung der Sprachkenntnis verantwortlich gemacht werden solle. Die Kommission störte sich an einer in ihren Augen fehlenden Kompatibilität mit europäischen Regelungen. Man könne nicht die Eintragung ins Register von der Sprachkenntnis abhängig machen, wenn alle anderen Kriterien, namentlich die Anerkennung der Diplome, erfüllt seien. Für die Berufsausübung sei die Sprache aber sehr wohl ein Kriterium, hier waren sich die Räte einig. Daher machte die Kommission in diesem Punkt einen Schritt auf den Nationalrat zu, indem sie die Kann-Formulierung entfernen und den Bundesrat stattdessen verpflichten wollte, Regelungen betreffend Sprachkenntnisse, ihren Nachweis sowie ihre Überprüfung zu erlassen. Das Plenum stellte sich hinter seine Kommission und hielt damit weiterhin eine Differenz aufrecht.¹⁵

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 18.03.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das **Medizinalberufegesetz** befand sich im Schlusspurt und der Nationalrat diskutierte wiederum die Sprachenfrage. Zuvor hatte seine SGK dem Rat beantragt, den Kompromissvorschlag der Ständekammer anzunehmen. Der Eintrag ins Register sollte somit nicht an die Sprachkenntnis geknüpft werden, stattdessen sollte der Bundesrat Regelungen zu Sprachkenntnissen und ihrer Überprüfung erlassen.

Es gab aber noch eine offene Frage bezüglich Strafbestimmungen. Hierzu wollte die nationalrätliche Kommission den Patientenschutz hochhalten und vorsehen, dass Bussandrohungen für den Fall, dass ein Arbeitgeber Medizinalpersonal mit ungenügenden Sprachkenntnissen im Einsatz hat, im Gesetz verankert werden. «Strafbestimmungen haben immer auch präventiven Charakter», sagte Kommissionssprecher Weibel (glp, ZH) und betonte, es sei eben zu spät, erst dann einzugreifen, wenn bereits Fehler passiert seien. Er schickte sogleich nach, dass die Kommission bereit sei, für diese weitere Differenz eine Einigungskonferenz einzugehen. Das wurde tatsächlich nötig, denn das Plenum folgte dem Antrag seiner Kommission.¹⁶

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 19.03.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Es war nun Aufgabe der Einigungskonferenz, das **Medizinalberufegesetz** so zu verabschieden, dass beide Räte damit Leben konnten. Dabei bedurfte es nur noch einer Regelung im Bereich der Strafbestimmungen und die Einigungskonferenz schlug eine auf das Register begrenzte Formulierung vor. Gebüsst konnte demnach werden, wer «eine Medizinalperson beschäftigt, die den Medizinalberuf ausübt, ohne im Register eingetragen zu sein.» Auf eine Bezugnahme zu den Sprachkenntnissen wurde also verzichtet. Zu diesem Vorschlag gelangte die Konferenz mit 15 zu 10 Stimmen. SGK-SR-Sprecher Schwaller (cvp, FR) meinte, man sei sich eigentlich einig gewesen, dass nicht «für alles und jedes immer noch [...] eine strafrechtliche Sanktion vorgesehen werden soll». Der Ständerat war damit einverstanden – nicht überraschend, da er die Strafbestimmung zu den Sprachkenntnissen hatte verhindern können. Im Nationalrat fügte man sich dann ebenfalls: Nationalrat Weibel (glp, ZH) legte die Gründe dar und äusserte Zuversicht, dass die Bestimmungen aus den Artikeln, die den Sprachnachweis umschreiben, auch ohne Bussenandrohung ihre Wirkung entfalten würden. In den Schlussabstimmungen war das Projekt MedBG dann unumstritten. Beide Räte verabschiedeten es einstimmig mit 197 respektive 44 Stimmen nach einer kleinen Präzisierung durch die Redaktionskommission.¹⁷

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 02.03.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

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

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

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

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

Alle Fraktionssprecher zeigten sich mit dem Gesetzesentwurf zufrieden, insofern war keine allzu starke Gegenwehr gegen die Vorlage zu erwarten, wenngleich einige Minderheitsanträge im Raum standen. Hierzu muss jedoch angefügt werden, dass sämtliche Minderheitsanträge auf Annahme der bundesrätlichen Version lauteten. Eintreten war denn auch unbestritten. Für einigen Diskussionsbedarf sorgte die Anwendung des Gesetzes auf die Masterstufe im Bereich Pflege. Die Kommissionmehrheit wollte diese integrieren, die Minderheit nicht, da eine Verakademisierung der Pflegeberufe drohe. Man wollte sich jedoch gleichwohl offen

lassen, eine derartige Regelung zu einem späteren Zeitpunkt noch einfügen zu können. So argumentierte auch der Gesundheitsminister, dass es hierfür zu diesem Zeitpunkt noch zu früh sei. Für eine Ausdehnung auf die Masterstufe spreche gemäss Kommissionsmehrheit jedoch die dadurch erhöhte Patientensicherheit. Mit 20 zu 18 Stimmen folgte das Plenum jedoch knapp der Minderheit und schloss damit diese Berücksichtigung aus (2 Enthaltungen). Weitere Änderungsanträge wurden ebenfalls abgelehnt, so auch ein Titelschutz, wie er von einer Minderheit Savary (sp, VD) gefordert wurde. In den Augen der Mehrheit sei es zu schwierig, für alle im Gesetz enthaltenen Berufe eine schützbar und verhältnismässige Bezeichnung zu finden. Der Vorschlag unterlag mit 15 zu 27 Stimmen. Mit 44 Stimmen verabschiedete der Ständerat das Gesetz einstimmig und überliess es damit dem Nationalrat zur weiteren Bearbeitung.¹⁸

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 07.06.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das **Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe** (GesBG), vom Ständerat unverändert an den Nationalrat überwiesen, stand im Sommer 2016 auf der Agenda der grossen Kammer. Deren Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur beantragte einstimmig, auf die Vorlage einzutreten. Eine Besonderheit ergab sich jedoch: Nach der Debatte im Ständerat hatte der Bundesrat neue Vorschläge zum GesBG in den Raum gestellt, dies, nachdem die Umsetzung der Masseneinwanderungsinitiative im Parlament beschlossen worden war. Insofern gab es bezüglich des GesBG noch Punkte, die im Ständerat gar nicht zur Debatte gestanden waren. Die Einschübe des Bundesrates hatten mit dessen Fachkräfte-Initiative zu tun, die auch Implikationen auf das GesBG hat. Diese Einschübe führten nicht nur dazu, dass ein neues Kapitel im GesBG geschaffen wurde; dem GesBG angefügt wurde gar eine ganz neue Vorlage, nämlich der **Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Interprofessionalität für vier Jahre**. Dem GesBG fügte der Bundesrat ein korrespondierendes Kapitel 6a hinzu. Dieses umfasste Massnahmen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung sowie deren Finanzierung: Mit einem mehrjährigen Verpflichtungskredit sollte ein Höchstbetrag durch die Bundesversammlung festgelegt werden. Namens der Kommission schlug Jean-François Steiert (sp, FR) aufgrund der nachträglich erfolgten bundesrätlichen Änderungen vor, dass man mindestens eine Differenz zum Ständerat schaffen möge, damit dieser sich noch zu den neuen Vorschlägen äussern könne.

Obwohl Eintreten über alle Fraktionen hinweg unbestritten war, zeichnete sich in der darauf folgenden Detailberatung anhand der zahlreichen Minderheitsanträge relativ rasch ab, dass eine Differenzbereinigung ohnehin wahrscheinlich sein würde. Die Minderheitsanträge fanden ihren Ursprung in unterschiedlichen Lagern und betrafen diverse Paragraphen. In den meisten Fällen ging es allerdings um einzelne Berufe und/oder deren Ausbildungsstufe, die im Gesetz genannt und damit durch ebendieses geregelt werden. Als Erstes gelangten die Osteopathen ins Visier der Parlamentarierinnen und Parlamentarier. Ein Antrag Herzog (svp, TG) sollte dazu führen, dass dieser Beruf nicht vom Gesetz betroffen wird, da Leistungen einer osteopathischen Behandlung schliesslich auch nicht über die Grundversicherung abgerechnet werden können. Die Aufnahme der Osteopathie in den Katalog anerkannter Gesundheitsberufe wecke Begehren auf verschiedenen Ebenen: Andere Berufsgruppen könnten so ebenfalls die Aufnahme in den Katalog fordern, zudem könnten Patienten durch die Aufnahme der Osteopathie vermehrt geneigt sein, auf solche Behandlungen zurückzugreifen. All dies habe zur Folge, dass die Kosten im Gesundheitswesen stiegen – etwas, wogegen die SVP-Fraktion ankämpfe, so die Thurgauerin. Dem in der Kommission knapp abgelehnten Antrag (12 zu 11 Stimmen) blieb auch im Plenum die Unterstützung versagt – hier jedoch deutlich (134 zu 52 Stimmen). Ebenso wurde ein Antrag Reynard (sp, VS) abgelehnt (mit 122 zu 66 Stimmen), mit dem der Bundesrat die Kompetenz erhalten sollte, den Berufekatalog zu definieren – so könne die Regierung besser auf das sich ändernde Umfeld im Bereich der Ausbildungen im Gesundheitswesen reagieren. Ein Antrag Quadranti (bdp, ZH), mit dem die bereits im Ständerat umstrittene Bestimmung zum Abschluss des Masterstudiengangs APN ("Advanced Practice Nurse") reguliert werden sollte, fand auch im Nationalrat keine Mehrheit. Es blieb also dabei, dass die Kompetenzen für die Bachelorstufe im Gesetz umschrieben werden, nicht jedoch diejenigen für den Masterstudiengang. Ein links-rechts Graben führte dazu, dass das Anliegen im Sinne der bürgerlichen Ratsmehrheit abgelehnt wurde (118 zu 73 Stimmen). Der Katalog der Berufe, die im Gesetz geregelt werden, blieb also im Vergleich zum bundesrätlichen Vorschlag letztlich trotz Gegenanträge auch im Nationalrat unverändert. Die Streichung eines Berufsregisters, wie es seitens der SVP-Fraktion gefordert wurde, fand auch im Plenum keinen Rückhalt. Erst mit einem Detail zum Berufsgeheimnis wurde eine Differenz zum Erstrat

geschaffen.

Dabei blieb es jedoch nicht. Wesentliche Veränderungen wurden vom Nationalrat bezüglich der Finanzhilfen vorgenommen, dies im Zusammenhang mit der bereits eingangs erwähnten Fachkräfte-Initiative des Bundesrates. Umstritten war das Volumen von CHF 8 Mio., das für die Förderprogramme ausgeschüttet werden sollte. Dagegen regte sich Widerstand aus den Reihen der SVP, aber auch andere bürgerliche Parteien waren diesbezüglich skeptisch. Die im Gesundheitsberufegesetz vorgesehene Grundlage für die Umsetzung der Fachkräfte-Initiative im Gesundheitsbereich erhielt jedoch eine knappe Mehrheit der Stimmen: Mit 96 zu 93 obsiegte hier der bundesrätliche Vorschlag. Der Bundesbeschluss hierzu wurde jedoch noch knapper abgelehnt. Dabei setzte sich eine Minderheit Wasserfallen (fdp, BE) mit 95 zu 94 Stimmen bei einer Enthaltung durch. Inhaltlich sprach sich also die grosse Kammer dafür aus, Finanzhilfen vorzusehen; sie unterliess es jedoch, diese auch in Zahlen zu fassen.

Alle übrigen Gesetzesartikel wurden im Sinne der WBK beschlossen. Mit 181 zu 5 Stimmen in der Gesamtabstimmung schien dann das positive Signal an den Ständerat doch recht deutlich zu sein. Letzterer hatte sich in der anstehenden Herbstsession zur nun erweiterten Vorlage zu äussern.¹⁹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 14.09.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

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

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

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

Mit 44 Stimmen und nur einer Enthaltung wurde das Paket in der Gesamtabstimmung verabschiedet. Das Geschäft ging darauf zurück an den Nationalrat, der zuvor nicht auf den Bundesbeschluss eingetreten war. Das GesBG war indes bereits unter Dach und Fach.²⁰

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 19.09.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Der **Bundesbeschluss über Finanzhilfen zur Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung, insbesondere der Interprofessionalität** blieb das letzte Puzzleteil des **Gesundheitsberufegesetzes**, das noch zurechtgeformt werden musste. Nachdem der Ständerat die Finanzierungsfrage als Kompromiss leicht abgeändert hatte, konnten sich die Nationalrätinnen und Nationalräte in der Herbstsession 2016 ebenfalls damit abfinden. Ohne lange Debatte konnte die Revision somit abgeschlossen werden.

In den Schlussabstimmungen Ende der Session wurde das GesBG von beiden Kammern bestätigt. Im Nationalrat geschah dies mit 196 zu einer Stimme bei einer Enthaltung. Der Ständerat hiess die Vorlage mit 44 Stimmen einhellig gut.²¹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 21.09.1998
MARIANNE BENTELI

Médicaments

Mitte Jahr gab der Bundesrat bekannt, er werde die **“Denner”-Initiative** aus ähnlichen Überlegungen, wie sie Stimmen vorgebracht hatte, ablehnen und dazu einen **indirekten Gegenvorschlag** präsentieren. Einen ersten Schritt tat er mit seinen Revisionsvorschlägen für das Krankenversicherungsgesetz. Nach seinen Vorstellungen sollen die Ärzte zunehmend nur noch den Wirkstoff verschreiben, worauf dann die Apotheker gehalten sind, ein Generikum abzugeben, es sei denn, der Arzt habe deutlich das Originalpräparat rezeptiert. Ende Jahr erlaubte das BSV der Krankenkasse “Swica”, ein neues, für die Prämienzahler kostengünstigeres Versicherungsmodell anzubieten, bei dem die Kunden zugunsten von Generika auf Originalpräparate verzichten. Allerdings muss nach Ansicht der Behörden auch in dieser neuen Versicherungsform eine medizinisch angemessene Behandlung im Rahmen der Pflichtleistungen gewährleistet sein. Es wäre mit dem KVG nicht vereinbar, wenn sich die Versicherten verpflichteten, sich auch dann mit einem billigeren Medikament zufrieden zu geben, wenn ein teureres erwiesenermassen wirksamer wäre.²²

Assurances sociales

Assurance-maladie

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 05.03.2013
FLAVIA CARONI

Im Berichtsjahr beschäftigte eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes KVG zur vorübergehenden **Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung** die Räte intensiv. Im November des Vorjahres hatte der Bundesrat dem Parlament eine Botschaft unterbreitet, in welcher er aufgrund der Zunahme von Praxiseröffnungen durch Ärzte aus dem EU-Raum und den dadurch zu befürchtenden Kostensteigerungen Handlungsbedarf feststellte. Per Ende 2011 war eine seit zehn Jahren gültige Zulassungsbegrenzung für Leistungserbringer im KVG ausgelaufen. Nachdem die Managed-Care-Vorlage, welche entsprechende Regelungen enthalten hatte, im Juni 2012 an der Urne abgelehnt worden war, hatten die Kantone kein Instrument mehr, um das Angebot im ambulanten Bereich zu steuern. Der Entwurf sieht eine Wiedereinführung der bis 2011 geltenden Beschränkungen für drei Jahre vor. In dieser Zeit könnten die Auswirkungen der Aufhebung evaluiert und neue Bestimmungen zur langfristigen Kosteneindämmung entwickelt werden. Im Februar sprach sich die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) gegen diese Lösung aus, denn bereits heute herrsche in vielen Bereichen der Spezialmedizin ein Ärztemangel, der durch den Zulassungsstopp akzentuiert würde.²³

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 06.03.2013
FLAVIA CARONI

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.²⁴

Im **Ständerat** empfahl die Kommissionsmehrheit, auf das Geschäft einzutreten und es anschliessend mit dem Antrag an den Bundesrat zurückzuweisen, eine Lösung mit einer Lockerung des Vertragszwangs vorzulegen. Eine Minderheit Eder (fdp, ZG) sprach sich für Nichteintreten aus, eine Minderheit Schwaller (cvp, FR) für eine Ablehnung der Rückweisung und damit für die noch nicht erfolgte Detailberatung in der Kommission. Die Mehrheit stellte die Verfassungsmässigkeit des Zulassungsstopps, welcher per dringliches Bundesrecht eingeführt worden und danach zwei Mal verlängert worden war, in Frage. Sie befürchtete eine Verschärfung des Mangels an inländischem Ärztenachwuchs bei einem erneuten Stopp und kritisierte die Unklarheit darüber, ob die Massnahme in den vergangenen Jahren überhaupt zu Kosteneinsparungen geführt habe. Nicht zuletzt sei zweifelhaft, ob der im Nationalrat angenommene Einzelantrag überhaupt mit der Personenfreizügigkeit vereinbar sei, da er ausländische Ärzte diskriminiere. Die Minderheit Eder erklärte, sie sei mit der Hin-und-Her-Politik der letzten Jahre nicht mehr einverstanden und wolle endlich eine umfassende Lösung. Sie wisse dabei verschiedene Parteien und Verbände sowie etliche Kantone hinter sich. Eine erneute Zulassungsbeschränkung sei ein schlechtes Signal an die jungen Ärztinnen und Ärzte, laufe dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zuwider und sei rechtsstaatlich bedenklich. Zudem sei eine konsequente Marktlösung einer erneuten Regulierung des Angebots vorzuziehen. Die Minderheit Schwaller warnte vor ein bis zwei zusätzlichen Prämienprozenten, würde das Wachstum der Anzahl Zulassungen nicht gebremst, und führte aus, einzig die Massnahme eines Zulassungsstopps könne bereits kurzfristig dagegen wirksam werden. Eintreten wurde schliesslich mit 27 zu 17 Stimmen beschlossen. Beim Rückweisungsantrag ergab sich ein Patt von 22 zu 22 Stimmen. Mit Stichentscheid des Präsidenten Lombardi (cvp, TI) ging das Geschäft zur Detailberatung an die Kommission. Diese nahm umfassende Abklärungen vor bezüglich der Verfassungsmässigkeit des Bundesratsentwurfes, der Wirkungen der bisherigen Zulassungsbeschränkungen und insbesondere der Vereinbarkeit des vom Nationalrat aufgenommenen Zusatzes mit der Personenfreizügigkeit. Die Gutachten verschiedener Experten zu letzterem kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Die Abklärungen dauerten einige Zeit, womit das ursprüngliche Ziel des Innenministers Berset, den Zulassungsstopp bereits im April wieder einzuführen, nicht mehr erreicht werden konnte. Um eine möglichst rasche Beschlussfassung zu erreichen, hatte der Bundesrat im Vorjahr beschlossen, das Gesetz als dringlich einzustufen. Die Detailberatung im Ständerat fand in der Sommersession statt. Berset betonte zu Beginn der Debatte, bei dem 2012 beobachteten Anstieg der Neuzulassungen handle es sich nicht um einen simplen Aufholeffekt, was daran zu erkennen sei, dass der Anstieg in der ersten Jahreshälfte 2013 unverändert angehalten habe. Zu reden gab insbesondere die vom Nationalrat eingefügte Ausnahmebestimmung, wonach Ärzte mit mindestens fünfjähriger Schweizer Berufserfahrung von der Zulassungspflicht ausgenommen wären. Die Kommissionsmehrheit sprach sich mit Verweis auf die Personenfreizügigkeit dagegen aus. Eine Minderheit Rechsteiner (sp, SG) strebte einen Kompromiss an, indem sie die Frist auf drei Jahre beschränken wollte und gab an, ein allfälliges Ritzen der Personenfreizügigkeit angesichts der Vorteile in Kauf nehmen zu wollen. Diese Position unterlag mit 22 zu 18 Stimmen. Diskutiert wurden auch die Kompetenzen der Kantone bei der Festlegung der Kriterien für ein Bedürfnis nach Zulassungen von Leistungserbringern. Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) sprach sich für die Version des Bundesrates aus, wonach die Kantone „anzuhören“ seien. Die Kommissionsmehrheit verlangte dagegen, der Bund habe die Kriterien mit den Kantonen zusammen einvernehmlich festzulegen. Die Minderheit begründete ihre Position damit, dass die Haltungen der Kantone stark auseinandergingen und eine Lösung im Einvernehmen damit nicht zu finden sei. Die Mehrheit hielt dagegen, die Kantone würden die Bedürfnisse auf ihrem Gebiet am besten kennen und dürften nicht von der Hauptstadt aus bevormundet werden. Mit 22 zu 21 Stimmen folgte der Rat der Position der Mehrheit. In der Gesamtabstimmung sprachen sich 25 Kantonsvertreter für den Entwurf aus, 15 dagegen.²⁵

Damit ging das Geschäft zur **Differenzbereinigung** zurück in den Nationalrat. Dieser senkte bei der Ausnahmeregelung die vorher geforderten mindestens fünf Tätigkeitsjahre auf drei, wollte aber nicht gänzlich auf die Bestimmung verzichten. Bezüglich der Kompetenz der Kantone blieb er bei seiner Haltung, ergänzte jedoch, dass nebst diesen und den Vertretern von Versicherern und Leistungserbringern auch jene der Patientinnen und Patienten anzuhören seien. Der Ständerat schloss nun daraufhin in beiden Punkten dem Beschluss des Nationalrats an. Beide Räte hatten nun noch die Dringlichkeitsklausel zu beschliessen, welche das Gesetz per 1. Juli in Kraft setzen und es einem allfälligen Referendum entziehen würde. Im Nationalrat ergaben sich 115 zu 79 Stimmen dafür, womit das erforderliche qualifizierte Mehr erreicht war.

Die Gegenstimmen kamen aus dem Lager der SVP und der CVP. Im Ständerat sprachen sich 27 Stimmen gegen 15 für die Dringlichkeit aus, auch hier war das qualifizierte Mehr erreicht. In der Schlussabstimmung nahmen beide Räte das revidierte Gesetz an. Es trat per 1. Juli 2013 in Kraft, die entsprechende Verordnung einige Tage später.²⁶

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 18.02.2015
FLAVIA CARONI

Im Februar 2015 legte der Bundesrat seine Botschaft für eine Teilrevision des Krankenpflegeversicherungsgesetzes betreffend der **Steuerung des ambulanten Bereichs** vor. Ziel ist eine dauerhafte Lösung des Problems des Überangebotes von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten in gewissen Regionen. Damit soll einerseits die Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleistet, andererseits der Kostenanstieg in der obligatorischen Krankenversicherung abgeschwächt werden. Die per Ende Juni 2016 auslaufende temporäre Zulassungsbeschränkung für ambulante Leistungserbringer wird dadurch abgelöst. Herausstechendes Merkmal der Vorlage ist, dass sie die Verantwortung gänzlich in die Hände der Kantone legt: Diese erhalten die Möglichkeit zur Einschränkung der Zulassungen, sind dazu jedoch nicht verpflichtet. Als „so föderalistisch wie möglich“ bezeichnete Bundesrat Berset den Vorschlag, mit dem auch der scharfen Kritik Rechnung getragen wurde, welche die Kantone in der Vernehmlassung gegenüber dem ursprünglichen Entwurf geäußert hatten. Die dort vorgesehenen Interventionsmöglichkeiten des Bundesrates bei den Tarifen sahen sie als Eingriff in die auf diesem Gebiet herrschende Kantonsautonomie. Die Vorlage soll nicht bloss der Verhinderung von Überversorgung mit medizinischen Leistungen dienen: Bereits heute verfügen viele Kantone über Fördermassnahmen zur Ansiedelung von Ärztinnen und Ärzten in Gemeinden, in denen eine Unterversorgung herrscht. Diese Massnahmen sollen durch die Revision eine rechtliche Grundlage erhalten. Beide Interventionsarten sollen die Kantone nicht alleine beschliessen können. Sie sind zur Konsultation einer aus Vertretungen der betroffenen Kreise zusammengesetzten Kommission verpflichtet, welche Versicherte, Leistungserbringerinnen und Krankenversicherer umfasst. Weil sowohl die Vertragsfreiheit als auch eine Beschneidung der freien Arztwahl bisher immer am Widerstand des Parlaments oder der Stimmbevölkerung gescheitert waren, erachtete der Bundesrat seinen Vorschlag als beste Lösung – sie sei somit mehrheitsfähig. Nichtsdestotrotz formierte sich bereits Widerstand auf bürgerlicher Seite, wo die Aufhebung der Vertragspflicht bevorzugt würde, und bei den Ärztinnen und Ärzten, welche einen Ärztemangel und einen erschwerten Berufseinstieg befürchteten.²⁷

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 07.09.2015
FLAVIA CARONI

In der Herbstsession 2016 behandelte der Nationalrat als Erstrat die Bundesratsvorlage zur **Steuerung des ambulanten Bereichs** in der obligatorischen Krankenversicherung. In der Eintretensdebatte sprach sich eine Mehrheit der nationalrätlichen Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit für Eintreten aus, eine Kommissionsminderheit Stolz (fdp, BS) für Nichteintreten. Die Kommissionssprecherin und der Kommissionsprecher betonten, gemäss Ansicht der Mehrheit sei nun der Zeitpunkt gekommen, die Angelegenheit nicht mehr im Dringlichkeitsverfahren, sondern im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren zu regeln. Darin erschöpfte sich die Übereinstimmung mit der Ansicht des Bundesrates jedoch bereits weitgehend. Die Kommission hatte dessen Entwurf verworfen und einen Alternativvorschlag erarbeitet, um insbesondere den Bedenken vor einer staatlichen Überregulierung mit langen, komplizierten Prozessen entgegenzukommen. Ihr Entwurf lehnte sich stark an der bisherigen Übergangsbestimmung an. Die Voraussetzung für die Zulassungen von Ärztinnen und Ärzten, mindestens drei Jahre lang an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben, soll erhalten bleiben, um einen übermässigen Zustrom aus dem Ausland zu verhindern. Auf Vorschriften für die Kantone, was im Falle einer von Überkapazitäten oder einer Unterversorgung zu tun ist, soll dagegen verzichtet werden. Anstelle von „Steuerung des ambulanten Bereichs“ erhielt die Vorlage den Titel „Regulierung der Zulassung“. Die bestehende Lösung habe sich bewährt, so der Tenor, und schränke junge inländische Ärztinnen und Ärzte oder solche mit einer schweizerischen Ausbildung nicht in ihrer beruflichen Entwicklung ein. Zudem gewährleiste er die Patientensicherheit. Handlungsbedarf sei eindeutig gegeben, wie die Zahlen aus der Periode ohne Zulassungsbeschränkung zeigten – ein Kostenwachstum von 8,6 Prozent innerhalb eines Jahres. Die Zeit sei zudem recht knapp, da die bestehende Übergangsregelung bis Ende Juni 2016 befristet ist. Die aus Mitgliedern der SVP und FDP bestehende Minderheit, welche für Nichteintreten plädierte, vertrat damit die Position der Krankenversicherer. Der Minderheitssprecher kritisierte den Vorschlag des Bundesrates, ging jedoch nicht näher auf den Alternativvorschlag der Kommission ein. Die Befürworter der Zulassungsbeschränkung

könnten deren Wirksamkeit nicht belegen, führte er aus, weshalb auf einen Eingriff zu verzichten sei. Durch das Nichteintreten bleibe der Druck aufrecht, nach besseren Lösungen zu suchen. Bundesrat Berset sprach sich in einem ausführlichen Plädoyer für Eintreten und erneut für das Modell des Bundesrates aus, wobei er konstatierte, dass dieses angesichts des Fehlens einer unterstützenden Kommissionsminderheit vorerst vom Tisch war. Er werde sich im Zweitrat erneut für die ursprüngliche Variante einsetzen. 111 Ratsmitglieder, mehrheitlich aus den Fraktionen der SP, der CVP-EVP, der Grünen, Grünliberalen und der BDP, sprachen sich für Eintreten aus, 76 dagegen. In der Detailberatung folgte der Rat dem Antrag der Kommission diskussionslos und nahm den Entwurf mit 128 zu 44 Stimmen bei einer Enthaltung an. Die Nein-Stimmen kamen aus der SVP- und der gespaltenen FDP-Liberalen Fraktion. Alle anderen Fraktionen drückten geschlossen ihre Zustimmung aus.²⁸

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 30.11.2015
FLAVIA CARONI

Das Geschäft des Bundesrates zur **Steuerung des ambulanten Bereichs** bzw. der Regulierung der Zulassung im Rahmen des KVG gelangte in der Wintersession 2015 in den Ständerat. Eine knappstmögliche Mehrheit der Gesundheitskommission sprach sich für Eintreten ein, eine Minderheit Gutzwiller (fdp, ZH) für Nichteintreten. Der Mehrheitssprecher verwies auf die Notwendigkeit einer Steuerung angesichts des engen Zusammenhangs zwischen Ärztedichte und Kostensteigerung im Gesundheitsbereich. Die Kantone wünschten sich eine Steuerungsmöglichkeit und der Ärzteverband FMH habe der weniger weit gehenden Lösung des Nationalrats, im Gegensatz zu jener des Bundesrates, zugestimmt. Das wichtigste Argument für ein Eintreten sei jedoch der Zeitdruck angesichts der im Sommer 2016 auslaufenden Übergangslösung, welche durch eine dauerhafte Regelung abgelöst werden soll. Der Minderheitssprecher erklärte, die Minderheit wolle sich für eine liberale Markt- und Wettbewerbsordnung einsetzen und sei daher gegen jegliche Form der Zulassungssteuerung. Eine staatliche Planung des ambulanten Gesundheitsbereichs lehne man ab. Der vorliegende Entwurf benachteilige systematisch junge Ärztinnen und Ärzte, seine kostensenkende Wirkung sei zweifelhaft und er sei angesichts eines drohenden Ärztemangels und nach der Annahme der Initiative gegen die Zuwanderung nicht angemessen. Bundesrat Berset betonte in seinem Plädoyer das Gewicht des ambulanten Sektors innerhalb des Gesundheitswesens, welcher rund 40% der Kosten ausmacht. Er wies darauf hin, dass bei Nichteintreten keine alternative Lösung zur Auswahl stehe, insbesondere da die von der Kommissionsminderheit geforderte Vertragsfreiheit nicht mehrheitsfähig ist. Des weiteren wies er auf die Absicht des bundesrätlichen Entwurfs hin, den Kantonen ein nötiges und nachgefragtes Steuerungsinstrument zur Verfügung zu stellen, welches ihnen im ambulanten Bereich bislang fehlt. Dennoch stellte sich der Bundesrat hinter die Kompromisslösung des Nationalrates, welche auch von den Kantonen unterstützt wird. Der Kompromiss sei der Aussicht auf eine erneute Periode ohne Zulassungssteuerung und mit einer in die Höhe schnellenden Zahl neuer Praxen vorzuziehen. Schliesslich sprachen sich 28 Kantonsvertreterinnen und -vertreter für Eintreten aus, 16 dagegen.

In der Detailberatung empfahl die vorberatende Kommission dem Plenum mit 9 zu 2 Stimmen bei einer Enthaltung, der Vorlage des Nationalrates zuzustimmen. Eine Minderheit Maury Pasquier (sp, GE) forderte, zusätzlich einen Passus einzufügen, wonach Kantone, deren Ärztedichte 20% oder mehr über dem nationalen Durchschnitt liegt, vom Bundesrat auf Antrag hin die Erlaubnis erhalten können, für die Zulassung weiterer Ärztinnen und Ärzte einen Bedürfnisnachweis zu verlangen. Derzeit würde dies die Kantone Basel Stadt und Genf betreffen. Nur so handle es sich um eine echte Zulassungssteuerung, welche auch Resultate verspreche, begründete Nationalrätin Maury Pasquier ihren Antrag. Dabei gehe es primär darum, eine bessere Verteilung der Ärztinnen und Ärzte auf dem Gebiet der Schweiz zu erzielen. Der Vorschlag werde von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren voll unterstützt. Dagegen wurde vorgebracht, der Grenzwert von 20% sei willkürlich und die Kantonsgrenzen seien für die Bestimmung von Gebieten mit einer übermässigen Ärztedichte ungeeignet – als relevant angesehen wird vielmehr die Unterscheidung zwischen urbanen und ländlichen Regionen.

Die Gegner jeglicher Zulassungssteuerung führten Bedenken bezüglich der Kompatibilität einer solchen mit der Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Union an. Die EU habe die bisherige Handhabung bereits mehrfach kritisiert, mit Blick auf ihre Vorläufigkeit jedoch akzeptiert. Bei der Überführung in ein Bundesgesetz könne von dieser Akzeptanz nicht mehr einfach ausgegangen werden, und auch der Bundesrat habe sie bereits mehrfach angezweifelt, was der anwesende Gesundheitsminister bestätigte. Der Mehrheitssprecher der Kommission erklärte, nach

der Konsultation führender Expertinnen und Experten im Bereich Europarecht habe sich die Kommission anno 2012 dafür entschieden, das relativ geringe Risiko eines Konfliktes einzugehen, und dazu sei sie auch heute bereit. Die Anforderung einer dreijährigen Tätigkeitsdauer bei einer anerkannten Weiterbildungsinstitution im Inland sei massvoll und vertretbar. Bundesrat Berset sagte, die Unsicherheit bezüglich der Reaktion der EU bestehe nach wie vor und sei einer der Gründe für den ursprünglichen Vorschlag des Bundesrates gewesen, den das Parlament aber nicht unterstützte. Es gelte daher, die Angelegenheit weiterhin im Auge zu behalten.

Für den Antrag der Kommissionsmehrheit stimmten 27, für jenen der Minderheit 14 Kantonsvertreterinnen und -vertreter, zwei enthielten sich der Stimme. Stillschweigend beschloss der Rat, die geltende Übergangsbestimmung bezüglich jener Ärztinnen und Ärzte, welche bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig waren, ins Gesetz aufzunehmen, um Rechtslücken zu vermeiden. Damit entstand eine Differenz zum Nationalrat. In der Gesamtabstimmung gingen 32 Stimmen für den Entwurf ein, 12 dagegen, es gab keine Enthaltungen. Damit ging das Geschäft zur Differenzvereinbarung an die grosse Kammer.²⁹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 18.12.2015
FLAVIA CARONI

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 knappestmöglich 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) 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.³⁰

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 09.05.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2018 legte der Bundesrat dem Parlament die **Botschaft zur Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringenden** vor, welche die zeitlich begrenzte Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringenden ablösen soll. Die Vorlage will die Anforderungen an die Leistungserbringenden erhöhen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen steigern und den Kantonen ein Kontrollinstrument für das Leistungsangebot in die Hand geben. Aufgrund der Vernehmlassungsantworten hatte der Bundesrat in der Zwischenzeit einige Änderungen an der Vorlage vorgenommen: Neu sollen die Kantone für die Zulassungssteuerung und die Aufsicht über die Einhaltung der Auflagen zuständig sein, nicht mehr die Versicherer. Zudem wurde die zweijährige Wartezeit für die Leistungserbringenden vor Zulassung zur Leistungserbringung im Rahmen der OKP durch eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte ersetzt.

Im Sommer 2018 beriet die SGK-NR die Botschaft des Bundesrats und trat ohne Gegenstimme auf die Vorlage ein. Sie ersetzte insbesondere einige Kann- durch Muss-Bestimmungen und erweiterte den Geltungsbereich der Regelungen auf den ambulanten Spitalbereich. Ärztinnen und Ärzte sollen sich zur Zulassung zur OKP einer

zertifizierten Gemeinschaft gemäss EPDG anschliessen müssen. Zudem soll ein Register über die ambulant tätigen Leistungserbringenden die Transparenz erhöhen. Die Kommission verabschiedete ihren Vorschlag mit 16 zu 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen.

In der Wintersession 2018 folgte die Erstbehandlung der Vorlage im **Nationalrat**. Ruth Humbel (cvp, AG) und Raymond Clottu (svp, NE) präsentierten sie dem Rat, der ohne Gegenantrag auf die Vorlage eintrat. Unbestritten waren die Änderungen der Kann-Formulierungen; erste Diskussionen gab es zur Frage, ob Leistungserbringende für die Zulassung zur OKP zwei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte und ein Jahr an einem Spital mit Grundversorgung – wie es die Kommission wollte – oder drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte – wie es eine Minderheit Humbel vorschlug – gearbeitet haben müssen. Hier wurde diskutiert, ob es sinnvoller sei, dass frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte – häufig Spezialistinnen und Spezialisten – auch als Grundversorgende gut ausgebildet seien, oder ob es relevanter sei, dass sie länger in ihrem Spezialgebiet arbeiteten. Mit 170 zu 12 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) entschied sich der Rat in dieser Frage für die Minderheit und somit für eine stärkere Spezialisierung der Leistungserbringenden.

Besonders umstritten war die Frage, ob die Kantone die Möglichkeit erhalten sollen, den Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringenden aufzuheben, solange Unter- und Obergrenzen an Ärztinnen und Ärzten nicht erreicht werden. Diesen Vorschlag der Kommission lehnte eine Minderheit Ruiz (sp, VD) ab. Stattdessen wollte sie den Kantonen die Möglichkeit geben, andere Zulassungskriterien zu definieren. Der Rat folgte jedoch gegen den Widerstand der SP- und der Grünen-Fraktion sowie einzelner Mitglieder anderer Fraktionen mit 126 zu 57 Stimmen (bei einer Enthaltung) mehrheitlich der Kommissionsmehrheit. Ähnliche Lager zeigten sich auch bei der Frage, ob den Versicherern und den Versichererverbänden ein Beschwerderecht bezüglich Bandbreiten und Höchstzahlen zustehen soll oder nicht. Die Mehrheit des Nationalrats sprach sich mit 120 zu 59 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) für ein solches Beschwerderecht aus.

Schliesslich lösten auch die Übergangsbestimmungen lange Diskussionen aus. So war sich der Rat nicht einig, ob das Inkrafttreten des Gesetzes an die Inkraftsetzung der Änderung des KVG bezüglich EFAS geknüpft werden soll oder nicht. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) sprach sich gegen eine solche Koppelung aus, da EFAS sehr umstritten sei und die Änderung der Zulassungssteuerung aufgrund ihrer Wichtigkeit nicht aufgeschoben werden solle. Dass es zu einer solchen Verknüpfung gekommen sei, führte Gysi auf das Lobbying der Krankenversicherungen zurück. Obwohl auch der Gesundheitsminister den Nationalrat bat, auf eine Verknüpfung der beiden Themen zu verzichten, stimmte der Nationalrat mit 123 zu 53 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) im Sinne der Kommissionsmehrheit für eine Verknüpfung. Mit 128 zu 40 Stimmen bei 13 Enthaltungen nahm der Nationalrat die Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Die Nein-Stimmen stammten allesamt aus dem links-grünen Lager, jedoch entschieden sich zehn Parlamentarierinnen und Parlamentarier der SP sowie zwei der Grünen und einer der SVP, sich der Stimme zu enthalten.³¹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 03.06.2019
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2019 behandelte der **Ständerat** als Zweitrat die Bundesratsvorlage zur **Zulassung von Leistungserbringenden**. Der Rat beschloss Eintreten ohne Gegenantrag und schuf in der Folge einige Differenzen zum Nationalrat, zum Beispiel bezüglich des Ärztereisters, das die grosse Kammer eingefügt hatte. Hans Stöckli (sp, BE) erklärte für die Kommission, dass man dieses Register prinzipiell befürworte, weil es Transparenz schaffe und eine kostendämpfende Wirkung haben könnte. Man habe aber die Formulierungen zusammen mit dem Bundesamt für Justiz bereinigt. Hatte der Nationalrat zudem offen gelassen, wie die notwendigen Sprachfähigkeiten der angehenden Leistungserbringenden getestet werden sollen, ergänzte die SGK-SR die Vorlage um eine vergleichsweise detaillierte Regelung zu nötigen Sprachtests. Diese nahm der Ständerat mit 22 zu 17 Stimmen gegen eine Minderheit Berberat (sp, NE) an, die eine entsprechende Regelung im Rahmen einer Verordnung befürwortet hätte. Bezüglich der Beschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte entschied sich der Ständerat zudem gegen einen Antrag Hegglin (cvp, ZG), die Muss-Formulierung des Nationalrats der Kann-Formulierung des Bundesrates vorzuziehen. Die Situationen in den Kantonen seien zu unterschiedlich, als dass man alle Kantone zur Einschränkung der Ärztezahl verpflichten könne, erklärte Stöckli. Auch die Lockerung des Vertragszwangs, das Beschwerderecht bezüglich Ärztehöchstzahlen für die Versicherer oder die Versichererverbände sowie die Verknüpfung der Vorlage mit EFAS lehnte der Rat ab. In der Gesamtabstimmung sprach sich der Ständerat mit 33 zu 0 Stimmen bei 4 Enthaltungen für die so veränderte Vorlage aus.³²

Im Mittelpunkt der Revision des KVG bezüglich der **Zulassung von Leistungserbringenden** in der Herbstsession 2019 durch den Nationalrat stand ein **Rückkommensantrag** der SGK-NR, der von ihrer ständerätlichen Schwesterkommission gutgeheissen worden war. Sowohl Nationalrat als auch Ständerat hatten in der ersten Behandlungsrunde den bundesrätlichen Vorschlag zur Schaffung von Auflagen für die Leistungserbringenden in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität durch die Aufsichtsbehörde gutgeheissen. Damit habe man gemäss Kommissionssprecherin Ruth Humbel (cvp, AG) jedoch Koordinationsprobleme mit der Vorlage «Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» und Zuständigkeitskonflikte zwischen Kantonen und Tarifpartnern geschaffen. Gemäss letzterer Vorlage sei der Bund für die Regulierung der Krankenversicherungen und die Tarifpartner für die Durchführung von Qualitätskontrollen zuständig. Statt den Kantonen mit der Zulassungsvorlage nun ebenfalls noch Kontrollaufgaben und somit eine zusätzliche Aufsichts- und Sanktionierungskompetenz zu geben, sollten sie ausschliesslich für die gesundheitspolitische Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie für deren Zulassung zur OKP zuständig sein, während die Wirtschaftlichkeits- und Kosteneffizienzprüfung durch die Tarifpartner erfolgen solle. Dagegen wehrte sich eine Minderheit Heim (sp, SO) heftig. Barbara Gysi (sp, NR) betonte für die SP-Fraktion, dass diese Änderung aufgrund eines Rechtsgutachtens und des Lobbyings von Curafutura eingereicht worden sei. «Dieses Rückkommen ist nichts anderes als der Versuch, einen Teil der Macht – die Sanktionsmöglichkeiten, den Einfluss und die Steuerungsmöglichkeiten – bei den Kantonen wieder zu streichen und ihn den Versicherungen zuzuschieben», kritisierte sie. Dies wecke die Gefahr, dass die Versicherungen die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrem Kostendenken unterordneten. Wenn die Kantone zudem neu über die Zulassung der Leistungserbringenden entscheiden könnten, gemäss Verfassung für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien und diese zukünftig aufgrund von EFAS auch mitfinanzieren müssten, sollten sie auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben beaufsichtigen können. Zudem habe die Verwaltung den Koordinationsbedarf zwischen den zwei Vorlagen überprüft und in Abklärung mit dem Bundesamt für Justiz kleinere Ergänzungen vorgeschlagen. Auch Bundesrat Berset erachtete diese vorgeschlagenen kleineren Korrekturen als ausreichend, um die entsprechenden Koordinationsprobleme zu beheben. Dennoch sprach sich der Rat – bei 27 nicht teilnehmenden Personen – mit 122 zu 49 Stimmen für die Änderung aus. Die ablehnenden Stimmen stammten von der SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay vom MCG und Marianne Streiff-Feller und Nik Gugger von der EVP.

Auch die weiteren Punkte der Reform wurden hitzig diskutiert. Bei der Frage, ob die Kantone Zulassungsbeschränkungen einführen müssen oder können, sprachen sich ausser der FDP-Fraktion und Angelo Barrile (sp, ZH) und vereinzelt Enthaltungen alle Ratsmitglieder für eine entsprechende Pflicht für die Kantone aus (146 zu 30 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Bei der freiwilligen Möglichkeit auf Vertragsfreiheit, die der Nationalrat eingeführt, der Ständerat aber deutlich abgelehnt hatte, folgte die grosse Kammer mit 135 zu 41 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) ihrer Kommissionsmehrheit und lenkte gegenüber dem Ständerat ein. Eine Mehrheit der FDP-Liberalen-Fraktion und eine Minderheit der SVP-Fraktion hatte hier auf Festhalten plädiert. Nicht einlenken wollte der Nationalrat hingegen beim Beschwerderecht für die Versicherungen und die Versicherungsverbände bezüglich der Ärztehöchstzahlen; dieses bestätigte er mit 131 zu 52 Stimmen gegen den Widerstand von SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay. Mit 123 zu 53 Stimmen hielt die grosse Kammer schliesslich auch trotz kritischer Stimmen des Gesundheitsministers und von linker Ratsseite an der Verbindung dieser Zulassungsvorlage mit EFAS fest. Die Verbindung diene dazu, dass «Efas die Räte und das Referendum erfolgreich übersteht», erklärte Kommissionssprecherin Humbel.³³

Zu Beginn einer weiteren Behandlungsrunde zur **Zulassung von Leistungserbringenden** fasste Pirmin Bischof (cvp, SO) in der Wintersession 2019 im Ständerat die Situation aus Sicht der Kommission zusammen: Zwar gebe es in der Kommission keine Minderheiten und beinahe alle Beschlüsse seien einstimmig gefasst worden, jedoch bestünden **noch immer grosse Differenzen zum Nationalrat** sowie teilweise zum Bundesrat.

Wie Bischof gehofft hatte, bereinigte der Ständerat in der Wintersession dann einige Differenzen zum Erstrat: So lenkte er bezüglich der sprachlichen Voraussetzungen zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten auf das Konzept des Nationalrates ein, das eine grosszügigere Anerkennung von Vorkenntnissen vorsah und entsprechend zu weniger Sprachprüfungen führen würde. Zudem stimmte er dem Nationalrat zu, der eine Gabelung der Rechtswege verhindern wollte: Wie bis anhin sollen folglich gesundheitspolitische Verfügungen vor Bundesgericht und sozialversicherungsrechtliche Verfügungen vor dem Bundesverfassungsgericht angefochten werden können. Über seinen Schatten sprang der Ständerat bezüglich der

Frage, ob Kantone zur Einschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden sollen oder nicht, ob also die vom Bundesrat vorgeschlagene Kann-Formulierung in eine Muss-Formulierung geändert werden soll. Hatte der Ständerat dies zuvor deutlich abgelehnt, willigte er nun in eine Muss-Formulierung ein, zumal 22 von 26 Kantonen bereits solche Einschränkungen kennen würden.

Die grossen Differenzen der Vorlage blieben jedoch auch nach der ständerätlichen Behandlung bestehen. So konnte die SGK-SR in Rücksprache mit den Kantonen dem neuen nationalrätlichen Vorschlag zur Rollenverteilung zwischen Krankenversicherungen und Kantonen nichts abgewinnen. Die grössere Rolle, die der Nationalrat den Krankenversicherungen bei der Frage zur Aufsicht über die Qualität und Wirtschaftlichkeit habe zukommen lassen wollen, beanspruchten die Kantone sowie die GDK für sich, betonte Bischof. Sie erachteten diesen Vorschlag als «Casus Belli». Die Kommission habe daher einstimmig beschlossen, an ihrer Position festzuhalten und die Sanktionsmöglichkeiten bei Verstössen gegen die Qualitätsauflagen auch bei den kantonalen Behörden zu belassen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dem Antrag auf Festhalten seiner Kommission zu.

Auch einen zwingenden Zulassungsstopp bei einem überdurchschnittlichen Kostenanstieg in einem medizinischen Fachgebiet lehnte der Ständerat ab. Ein solcher würde die Zahl der Spezialisten in den Städten reduzieren, tatsächlich könne er aber auch zu Versorgungsproblemen bei Kinderärzten führen, kritisierte Bischof. So dürfte ein Kanton, der über zu wenige Kinderärzte verfügt, keine solchen mehr einstellen, wenn dies zu Kostensteigerungen gegenüber dem Vorjahr führen würde.

Des Weiteren lehnte der Ständerat die Ausweitung des Beschwerderechts für die Krankenversicherungen gegenüber Beschlüssen der Kantonsregierungen bezüglich der Bandbreiten und Höchstzahlen zugelassener Ärztinnen und Ärzte ab. Damit riskiere man eine Blockade des Systems, befürchtete Bundesrat Berset. Auch diesen Punkt erachte die GDK zudem als Kampfansage an die Kantone, welche die Regeln grösstenteils bereits umsetzen.

«Wahrscheinlich die wichtigste Differenz in der ganzen Vorlage», wie es der Kommissionssprecher formulierte, behandelte der Ständerat zum Schluss – die Verknüpfung der Vorlage mit der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS). Die Kantone liessen sich ungern mit einer Verknüpfung unter Druck setzen, betonte Bischof. EFAS sei «eigentlich noch nirgends» und es brauche noch einige Zeit, damit ein Kompromiss zustande kommen könne. Die Inkraftsetzung der Zulassungsvorlage dulde jedoch keine Verzögerung mehr. Folglich hielt der Ständerat auch bei diesem Aspekt an seiner Position fest und lehnte eine Verknüpfung mit EFAS weiterhin ab.³⁴

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 03.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrssession 2020 behandelte der Nationalrat die **drei verbliebenen Differenzen zur Zulassung von Leistungserbringenden**. Bezüglich der Kompetenzverschiebungen zu den Versicherungen im Bereich der Qualitätsprüfung beantragte eine Minderheit Gysi (sp, SG), dem Ständerat zu folgen und auf die Verschiebungen zu verzichten. Mit 121 zu 71 Stimmen entschied sich der Nationalrat jedoch mehrheitlich für Festhalten. Auch betreffend das Beschwerderecht für die Versicherungen blieb die Differenz zur kleinen Kammer bestehen. Mit 107 zu 84 Stimmen hielt der Nationalrat an dieser «Machtverschiebung von den demokratisch gewählten Vertreterinnen und Vertretern der Kantone hin zu einzelnen Versicherern», wie Katharina Prelicz-Huber (gp, ZH) diesen Punkt kritisiert hatte, fest. «Die Versicherer nehmen hier letztlich die Interessen der Versicherten wahr», lobte hingegen Regine Sauter (fdp, ZH) diese Entscheidung.

Stillschweigend akzeptierte der Nationalrat hingegen den Antrag seiner Kommission, bezüglich der Frage zur Kann- oder Muss-Formulierung bei der Zulassungssteuerung durch die Kantone einzulenken. Die Kantone können somit zukünftig selbst entscheiden, ob sie Neuzulassungen von Ärztinnen und Ärzten bei überdurchschnittlichem Kostenanstieg aussetzen wollen oder nicht. Trotz eines Antrags auf Festhalten durch die Minderheit Sauter lenkte der Nationalrat schliesslich auch bei der Verknüpfung der Vorlage mit EFAS ein. Mit 115 zu 76 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte die grosse Kammer diesbezüglich ihrer Kommission. Damit räumte der Nationalrat eines der grössten Hindernisse für eine Übereinkunft zur Zulassung der Leistungserbringenden aus dem Weg. Für ihre Fraktion sei dies ein Grund, die Vorlage in der Schlussabstimmung abzulehnen, hatte jedoch die freisinnige Minderheitensprecherin zuvor betont. Nun lag es folglich am Ständerat, die verbliebenen Differenzen zu bereinigen.³⁵

Noch in derselben Session behandelte auch der Ständerat die Vorlage zur **Zulassung von Leistungserbringenden** ein drittes Mal. Das Geschäft sei «auf gutem Weg», betonte Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO), zumal der Nationalrat mit dem Verzicht auf die Verknüpfung mit EFAS «einen wesentlichen Stolperstein mit den Kantonen aus dem Weg geräumt» habe. Dennoch zeigte sich die SGK-SR nicht bereit, alle Differenzen auszuräumen, und nahm damit eine Einigungskonferenz in Kauf. Zwar lenkte sie bezüglich der Kompetenzverschiebungen zu den Versicherungen im Bereich der Qualitätsprüfung ein – zukünftig sollen somit die Kantone für die Erstzulassung der Leistungserbringenden zuständig sein, während die Krankenversicherungen anschliessend die laufenden Kontrollen über die Qualität der Leistungserbringung übernehmen. Stillschweigend stimmte der Ständerat diesem Entgegenkommen zu. Beim Beschwerderecht für Krankenversicherungen zu kantonalen Erlassen über die Festlegung und Berechnung der Höchstzahlen beharrte die Kommission, und mit ihr die kleine Kammer, jedoch auf ihrer Position. Obwohl die Differenzen in der Frage der Sprachvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte bereits bereinigt waren, kam die Kommission zudem nach Rücksprache mit den Parlamentsdiensten zur Interpretationsklärung noch einmal auf diesen Punkt zurück. Diesbezüglich seien in den beiden Räten unterschiedliche Äusserungen getätigt worden, erklärte Bischof diesen Schritt. Dieser Artikel sei so zu verstehen, dass zum Beispiel ein Zürcher mit schweizerischer Maturität mit Französisch als Grundlagenfach, wie es in der Schweiz üblich sei, und einem Ärztediplom auch in der Romandie als Arzt arbeiten dürfe. Eine deutsche Ärztin mit Abitur ohne Französisch als Grundlagenfach müsse jedoch in Genf zuerst eine Sprachprüfung ablegen. Stillschweigend stimmte der Ständerat dieser Klärung zu. Somit wurde bezüglich des Beschwerderechts für Krankenversicherungen sowie der Klärung der Sprachvoraussetzungen eine Einigungskonferenz nötig – anders als erwartet konnte diese aber aufgrund des Sessionsabbruchs nicht mehr in der Frühjahrssession 2020 stattfinden.³⁶

Nach dem Corona-bedingten Abbruch der Frühjahrssession folgte in der Sommersession 2020 die **Einigungskonferenz zur Zulassung von Leistungserbringenden**. Der grosse noch offene Streitpunkt betraf die Frage des Beschwerderechts für Krankenversicherungen zu kantonalen Erlassen über die Festlegung und Berechnung der Höchstzahlen: Der Nationalrat hatte eine entsprechende Regelung ergänzt, der Ständerat lehnte diese durchwegs ab. Die Teilnehmenden an der Einigungskonferenz entschieden sich diesbezüglich mit 14 zu 10 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) in der ersten und 19 zu 6 Stimmen (bei 1 Enthaltung) in der zweiten Abstimmung für die Position des Ständerates und somit gegen ein entsprechendes Beschwerderecht. In der Einigungskonferenz unumstritten war der zweite offene Punkt, die Sprachvoraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte: Diesen Punkt hatte der Ständerat zuvor zur Interpretationsklärung noch einmal präzisiert – die entsprechende Version nahm die Einigungskonferenz einstimmig an.

Eine Minderheit de Courten (svp, BL) beantragte die Ablehnung des Vorschlags der Einigungskonferenz. Man habe versucht, der Vorlage verschiedene Elemente zur Kostendämpfung hinzuzufügen – etwa die Verknüpfung mit EFAS, ein Beschwerderecht bei der Zulassungssteuerung für die Krankenversicherungen oder die Lockerung des Vertragszwangs bei ausgewiesener Überversorgung in einem Kanton –, doch alle Vorschläge seien abgelehnt worden, erklärte de Courten im Rahmen der Nationalratsdebatte. Damit bleibe nur eine «Fortsetzung des Providuriums». Ganz anders sah die Situation Gesundheitsminister Berset, der darauf verwies, dass die Zulassung von Leistungserbringenden nach 20 Jahren mit Übergangslösungen endlich langfristig gesetzlich geregelt werden könne. Pierre-Yves Maillard (sp, VD) verwies in der nationalrätlichen Beratung zum Antrag der Einigungskonferenz auf die in der letzten Phase ohne Zulassungsregelung (zwischen Januar 2012 und Mitte 2013) aufgrund der Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten aus dem EU-Raum sehr stark gestiegenen Kosten und Prämien. Angesichts dessen sei der schlimmste Fall überhaupt einer ohne Massnahmen. Entsprechend solle man auch jegliche Rechtsunsicherheit bezüglich der Zulassung vermeiden. Mit 103 zu 56 Stimmen (bei 12 Enthaltungen) folgte der Nationalrat diesem Plädoyer. Eine Mehrheit der SVP- und die gesamte FDP.Libérale-Fraktion lehnten den Vorschlag der Einigungskonferenz ab oder enthielten sich der Stimme.

Im Ständerat ergriff zwei Tage später niemand das Wort, um den Minderheitsantrag zu bewerben: Mit 40 zu 3 Stimmen sprach sich die kleine Kammer für den Vorschlag der Einigungskonferenz aus. In den Schlussabstimmungen gab es anschliessend keine Überraschungen mehr: Mit 43 zu 2 Stimmen respektive 122 zu 74 Stimmen (bei 2

Enthaltungen) nahm das Parlament die permanente Regelung zur Zulassung von Ärztinnen und Ärzten an.³⁷

-
- 1) Amtl. Bull. NR, 1999, S. 755 ff.; Presse vom 24.3.99; Amtl. Bull. StR, 1999, S. 791 ff.; Amtl. Bull. NR, 1999, S. 1371; Amtl. Bull. StR, 1999, S. 645 f.; Amtl. Bull. NR, 1999, S. 1580 ff.
 - 2) AB NR, 2000, S. 62 ff. (KVG-Revision) und 71 ff. (Motion); AB SR, 2000, S. 107.
 - 3) AB NR, 2000, S. 62 ff., 351 ff. und 459; AB SR, 2000, S. 102 ff. und 226
 - 4) BBI, 2000, S. 741 ff.; CHSS, 2001, S. 265 f.; Presse vom 19.9.00. Presse vom 14.7.00; Presse vom 15.6., 16.6. und 14.7.00; Presse vom 31.7.00.
 - 5) AB SR, 2001, S. 628 ff, 650 ff, und 804 ff.
 - 6) TA, 1.6., 7.6. und 13.6.02; TG, 12.6.02; NZZ, 14.6.02.
 - 7) AB NR, 2002, S. 2003 ff., 2055 ff., 2072 ff., 2105 ff., 2123 ff. und 2144 ff.
 - 8) AB NR, 2003, S. 1118 ff.; NZZ, 3.5. und 24.10.03; Presse vom 13.10.03 ; AB SR, 2003, S. 213 f.; NLZ, 26.2.03 und NZZ, 14.3.03 ; AB SR, 2003, S. 744.
 - 9) AB SR, 2007, S. 1030 ff. ; BBI, 2004, S. 4293 ff.
 - 10) AB NR, 2008, S. 63 ff.; AB NR, 2008, S. 741 ff. ; AB SR, 2008, S. 288 ff. ; AB SR, 2008, S. 432 f. und 531; AB NR, 2008, S. 1022.
 - 11) AB SR, 2008, S. 1035 ff.
 - 12) BRG 12.092; BBI, 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)
 - 13) AB NR, 2014, S. 1398 ff.; AB SR, 2014, S. 1077 ff.; AB SR, 2014, S. 148 ff.; BBI, 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.
 - 14) AB NR, 2015, S. 130 ff.; NZZ, SGT, 6.3.15
 - 15) AB SR, 2015, S. 158 f.
 - 16) AB NR, 2015, S. 427 f.; NZZ, 19.3.15
 - 17) AB NR, 2015, S. 518 f.; AB NR, 2015, S. 598; AB SR, 2015, S. 289; AB SR, 2015, S. 300 f.; NZZ, 20.3.15
 - 18) AB SR, 2016, S. 38 ff.; BBI 2015, S. 8715 ff.; BBI 2015, S. 8781 ff.; NZZ, 19.11.15
 - 19) AB NR, 2016, S. 882 ff.; NZZ, 8.6.16
 - 20) AB SR, 2016, S. 629 f.
 - 21) AB NR, 2016, S. 1417 f.; AB NR, 2016, S. 1837; AB SR, 2016, S. 876
 - 22) BBI, 1999, S. 793 ff.; NZZ, 2.7.98; Presse vom 22.9.98.; TA, 8.12.98.
 - 23) AB NR, 2013, S. 65 ff.; NZZ, 1.2.13.
 - 24) AB NR, 2013, S. 65 ff.
 - 25) AB SR, 2013, S. 128 ff., 416 ff.; NZZ, 13.3. und 14.3.13.
 - 26) AB NR, 2013, S. 963 ff., 1048 f., 1214; AB SR, 2013, S. 559 ff., 602, 650; NZZ 4.7.13.
 - 27) BBI, 2015, S. 2317 ff.; AZ, BaZ, CdT, LZ, NZZ, TA, 19.2.15
 - 28) AB NR, 2015, S. 1336 ff.; AZ, 7.9.15; BZ, 8.9.15
 - 29) AB SR, 2015, S. 1098 ff.; NZZ, 1.12.15
 - 30) AB NR, 2015, S. 2314; AB SR, 2015, S. 1349; AZ, CdT, TA, 19.12.15
 - 31) AB NR, 2018, S. 2153 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 31.8.18
 - 32) AB SR, 2019, S. 247 ff.
 - 33) AB NR, 2019, S. 1432 ff.
 - 34) AB SR, 2019, S. 1045 ff.
 - 35) AB NR, 2020, S. 55 ff.
 - 36) AB SR, 2020, S. 93 f.
 - 37) AB NR, 2020, S. 1178; AB NR, 2020, S. 737 ff.; AB SR, 2020, S. 450 ff.; AB SR, 2020, S. 624