

Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	23.04.2024
Thème	Sans restriction
Mot-clés	Soins, Financement de l'assistance aux personnes âgées, Médecins et personnel soignant, Loisirs, tourisme, restaurants et cafés
Acteurs	Dittli, Josef (fdp/plr, UR) SR/CE, Graf, Maya (gp/verts, BL) SR/CE, Berset, Alain (sp/ps) BR EDI / CF DFI
Type de processus	Sans restriction
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

Caroni, Flavia
Gsteiger, Christian
Guignard, Sophie
Heidelberger, Anja
Porcellana, Diane
Schneuwly, Joëlle
Schubiger, Maximilian

Citations préféré

Caroni, Flavia; Gsteiger, Christian; Guignard, Sophie; Heidelberger, Anja; Porcellana, Diane; Schneuwly, Joëlle; Schubiger, Maximilian 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Soins, Financement de l'assistance aux personnes âgées, Médecins et personnel soignant, Loisirs, tourisme, restaurants et cafés, 2013 - 2022*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne.
www.anneepolitique.swiss, téléchargé le 23.04.2024.

Sommaire

Chronique générale	1
Eléments du système politique	1
Problèmes politiques fondamentaux	1
Identité nationale	1
Politique sociale	2
Population et travail	2
Salaires	2
Santé, assistance sociale, sport	2
Politique de la santé	2
Médecins et personnel soignant	12
Epidémies	21
Assurances sociales	24
Assurance-maladie	24
Groupes sociaux	32
<hr/>	
Partis, associations et groupes d'intérêt	32
Associations	32
Santé	32

Abréviations

VBS	Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
MEBEKO	Medizinalberufekommission
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BFS	Bundesamt für Statistik
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
WBK-SR	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Ständerats
BAG	Bundesamt für Gesundheit
GPK-NR	Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates
EU	Europäische Union
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
WHO	World Health Organization
EDÖB	Eidgenössischer Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragter
BIP	Bruttoinlandsprodukt
EL	Ergänzungsleistungen
EMPA	Eidgenössische Materialprüfungs- und Forschungsanstalt
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
WAK-NR	Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrats
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
KdK	Konferenz der Kantonsregierungen
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
RS	Rekrutenschule
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz)
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
Swissmedic	Schweizerisches Heilmittelinstitut
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KAE	Kurzarbeitsentschädigung
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen
MepV	Medizinprodukteverordnung
<hr/>	
DDPS	Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
MEBEKO	Commission des professions médicales
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFS	Office fédéral de la statistique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
CDIP	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CSEC-CE	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil des Etats
OFSP	Office fédéral de la santé publique
CDG-CN	Commission de gestion du Conseil national
UE	Union européenne
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PPPDT	Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence

PIB	Produit intérieur brut
PC	Prestations complémentaires
EMPA	Laboratoire fédéral d'essai des matériaux et de recherche
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
CP	Code pénal suisse
CER-CN	Commission de l'économie et des redevances du Conseil national
AOS	Assurance obligatoire des soins
CdC	Conférence des gouvernements cantonaux
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
ER	École de recrues
LPSan	Loi sur les professions de la santé
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
Swissmedic	Institut suisse des produits thérapeutiques
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
RHT	Indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail
CFV	Commission fédérale pour les vaccinations
ODim	L'ordonnance sur les dispositifs médicaux

Chronique générale

Eléments du système politique

Problèmes politiques fondamentaux

Identité nationale

DÉBAT PUBLIC
DATE: 28.05.2020
CHRISTIAN GSTEIGER

In verschiedenen Medienbeiträgen sowie Kommentaren aus Politik und Gesellschaft wurde im ersten Halbjahr darüber gemutmasst, inwiefern die **Coronakrise die Welt und damit auch die Schweiz nachhaltig prägen** werde. Besonders häufig thematisiert wurden das kapitalistische Wirtschaftssystem und die Globalisierung.

Bereits die zur Eindämmung der Pandemie getroffenen Massnahmen im März stellten «so ziemlich alles auf den Kopf» (Sonntags-Blick) und so war schon früh von «einer Schweiz vor» und «einer Schweiz nach» Corona die Rede. Ähnliche Einschätzungen verkündete auch Bundesrat Berset: Dieser sprach Ende Mai nach Bekanntgabe massgeblicher Lockerungen der Massnahmen an einer Pressekonferenz von einer kommenden «neuen Normalität», in welcher die Bevölkerung mit dem Virus zu leben lernen müsse. Die Aargauer Zeitung griff diese vom Bundesrat ausgerufenen «neue Normalität» auf und listete Punkte auf, welche die Schweiz trotz Lockerung der Massnahmen in der kommenden Zeit beibehalten sollte. Es wurde etwa zur Stärkung des Lokalgewerbes aufgerufen, Homeoffice und Heimunterricht als nicht nur gesundheitssondern auch umweltschonende Alternativen zum courant normal gelobt und mehr Wertschätzung für das Pflegepersonal gefordert. Hinzu kamen Forderungen, auch nach Corona weniger zu fliegen (die internationale Luftfahrt wurde von der Pandemie besonders getroffen) und, damit verbunden, mehr Ferien und Ausflüge in der Schweiz zu machen, um den von der Krise gebeutelten hiesigen Tourismussektor zu unterstützen. Zuletzt wünschte sich der Autor, die Solidarität möge doch weiterhin gelebt werden und die Ruhe, welche vielerorts während des Lockdowns eingekehrt war, möge noch etwas Andauern.

Ebenfalls in der Aargauer Zeitung meinte die Philosophin Annemarie Pieper in einem Interview, die Krise werde uns weniger kapitalistisch denken lassen. Durch den Lockdown, welcher für die Wirtschaft einschneidende Folgen hatte, sei die Gesundheit der Menschen in den Fokus gerückt. Globale Lieferketten seien unterbrochen, lokale Gewerbe und Produktionsmöglichkeiten dadurch wichtiger geworden. Dies, so Pieper, fördere nachhaltige Denkmuster, die längerfristig und damit über Corona hinaus bedeutsam bleiben könnten.

In der Basler Zeitung betonte auch Nationalrätin Maya Graf (gp, BL) den Stellenwert des Lokalgewerbes. Der anfänglich befürchtete Medikamenten- und Schutzmaskenmangel mache sichtbar, wie stark die Schweiz von ausländischen Produzenten wie China oder Indien abhängig sei, weshalb Graf bekräftigte, lokales Gewerbe müsse geschützt und regionale Wirtschaftskreisläufe gestärkt werden. Zudem sah sie in der Krise eine Chance, Schwachstellen auszumachen und zu beheben. Nachholbedarf gebe es laut Graf etwa bei der Digitalisierung (nicht alle Unternehmen und Schulen waren auf die Umstellung auf Homeoffice respektive Fernunterricht vorbereitet) oder bei den Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals, dessen Relevanz durch Corona verdeutlicht wurde.

In der Weltwoche wurde das vorherrschende Wirtschaftsmodell der Welt «weder [als] gross noch grossartig», sondern als «Geldmaschine für multinationale Konzerne» beschrieben. Der Weltwoche-Autor erhoffte sich zudem, dass das Virus die Menschen nicht nur krank mache, sondern wieder mit mehr Menschlichkeit und Vernunft «infizierte», die den Menschen in den letzten Jahren abhanden gekommen sei.

Auch Trendforscher Matthias Horx stufte das Virus als wegweisend für die Zukunft ein: Massnahmen zur Eindämmung des Virus, etwa das Social respektive Physical Distancing oder der gedrosselte internationale Austausch seien Anstoss, Distanz und Beziehungen neu zu definieren. Die globalen Verbindungen, seien es logistische, soziale oder politische, seien coronabedingt ge- aber nicht zerstört worden. Dies werde zu einer Neuorganisation dieser Verbindungen führen, deren Auswirkungen sich aber erst noch zeigen müssten.¹

Politique sociale

Population et travail

Salaires

DÉBAT PUBLIC
DATE: 09.02.2018
DIANE PORCELLANA

En marge de la conférence nationale Santé 2020, dont l'objectif était de trouver des pistes afin de réduire les coûts de la santé, le conseiller fédéral Alain Berset a pointé du doigt les **salaires de certains médecins spécialistes**. Il a réagi suite à l'annonce du conseiller d'Etat Mauro Poggia (GE, mcg), selon laquelle les revenus annuels estimés des chirurgiens seraient proche du million. Alain Berset juge cette situation inadmissible vis-à-vis des patientes et patients qui paient des primes. Jean-Marc Heinicke, président de l'Ordre des chirurgiens genevois, a réfuté en rappelant que les spécialistes exerçant dans des cliniques privées ne participaient pas à la hausse des coûts de la santé et que le chiffre avancé était «fantaisiste».

Les jours suivants, les organisations des médecins ont contesté que les médecins étaient les responsables de la perpétuelle hausse des primes de l'assurance maladie obligatoire. Sur le plateau de l'émission Infrarouge, Pascal Strupler, directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a précisé qu'il y avait 140 médecins spécialistes qui gagneraient un revenu avoisinant 850'000 francs sur le compte de l'assurance-maladie obligatoire (LaMal).

Cette polémique fait surtout ressortir le manque de transparence, également dénoncé par Alain Berset, concernant les salaires des médecins. La Confédération a toutefois lancé plusieurs projets en parallèle pour contrer l'absence de collectes et de statistiques publiques actuelles, ainsi que pour que soient apportés des éclaircissements y relatifs. Avec ce débat public, il est possible que le monde politique et l'opinion publique réclament à l'avenir davantage de transparence en matière de salaires des médecins.²

Santé, assistance sociale, sport

Politique de la santé

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 21.09.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

In der Herbstsession befasste sich der Ständerat mit einem Gesetzesentwurf, der aus einer 2014 angenommenen parlamentarischen Initiative Egerszegi (fdp, AG) hervorgegangen war. Die Initiatorin machte sich für eine bessere Regelung der **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** stark, wobei sie den Fokus auf die Freizügigkeit unter anerkannten Leistungserbringern legte.

Die SGK des Ständerats hatte sich nach Folgegeben der Initiative mit der Vorlage befasst und einen Entwurf vorgelegt, der Artikel 25 des KVG betrifft. Dort soll geregelt werden, dass der Wohnsitzkanton der versicherten Person für die Restfinanzierung zuständig sein soll und dass der Aufenthalt in einem Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründet. Diese Regelung orientiert sich am ELG, wo diese Kostenaufteilung ebenso vorgesehen ist und zu einer markanten Abnahme von Zuständigkeitsstreitigkeiten geführt hat.

Den Beratungen in den beiden Räten ging eine Vernehmlassung voraus, worin die vorgeschlagene Gesetzesänderung auf grosse Zustimmung stiess, gleichzeitig aber als zu wenig weit gehend kritisiert wurde. Negativ äusserten sich die Verbände der Leistungserbringer, die in der Neuregelung einen erhöhten Verwaltungsaufwand orteten. Versicherer und Parteien sowie auch Patientenorganisationen zeigten sich offen gegenüber der Revision. Ihre einzige Befürchtung war, dass Patientinnen und Patienten finanziell belastet würden, falls die ausserkantonale erbrachten Pflegeleistungen teurer seien als die vom Wohnsitzkanton festgelegten Tarife.

Im Ständerat war die Vorlage unbestritten. SGK-Sprecherin Pascale Bruderer (sp, AG) legte den Sachverhalt dar und stellte fest, dass damit eine Gesetzesänderung präsentiert werde, die «sicherstellen soll, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden.» Gesundheitsminister Berset unterstützte mit seinem Votum das Vorhaben und beantragte dessen Annahme; ein Antrag, dem das Plenum folgte: Der Entwurf wurde dem Nationalrat mit 40 Stimmen einstimmig zur Weiterbehandlung überwiesen.³

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 07.06.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Der Ständerat hatte einen Beschluss im Sinne der Kantone gefasst, jedoch war die Differenzbereinigung in Sachen **Restfinanzierung von Pflegeleistungen** damit noch nicht abgeschlossen. Von Beginn weg war klar, dass der Nationalrat wieder Differenzen offen lassen würde; zur Debatte standen ein Antrag der SGK-NR, den man als «Festhalten, aber..» bezeichnen könnte, sowie ein Minderheitsantrag Heim (sp, SO) auf Festhalten am ursprünglichen Beschluss des Nationalrates.

Die Kommissionsmehrheit wollte den umstrittenen Passus um einen neuen Satz ergänzen. Demnach soll der Standortkanton der Leistungserbringenden nach wie vor die Rahmenbedingungen für die Restfinanzierung festlegen; neu war jedoch, dass gegebenenfalls anderslautende Bedingungen in interkantonalen Vereinbarungen definiert werden können. Damit liege das finanzielle Risiko zwar noch immer bei den Wohnsitzkantonen, jedoch könnten bilaterale Verträge den Unsicherheiten Abhilfe schaffen, erklärte die Kommission. Die Version des Ständerats sei hingegen nicht tragbar, weil damit Patientinnen und Patienten möglicherweise umziehen müssten, falls in ihrem Heimatkanton wieder Plätze in Pflegeheimen frei würden. Barbara Schmid-Federer (cvp, ZH) sah im neuen Vorschlag eine neue Kompromisslösung und verkaufte ihn als Schritt auf den Ständerat zu.

Bea Heim eröffnete die Debatte im Nationalrat in der Sommersession 2017 und unterstrich dabei die Bedeutung des Geschäftes. Man müsse sich um die Interessen der Pflegebedürftigen kümmern und nicht um jene der Kantone. Sie erinnerte an die Abstimmung nach der ersten nationalrätlichen Debatte, die mit 165 Stimmen einstimmig eine Lösung hervorgebracht hatte, in der eine freie Wahl des Pflegeheims festgelegt wurde. Dies sei einer freien Wohnsitzwahl auch im pflegebedürftigen Alter gleichzusetzen, erklärte sie. Faktisch, so Heim weiter, bliebe es mit dem ständerätlichen Vorschlag bei der Situation, dass nur wohlhabende Personen die Möglichkeit hätten, in ein ausserkantonales Pflegeheim zu ziehen, beispielsweise um in der Nähe ihrer Angehörigen zu sein. Das Finanzierungsrisiko bliebe so bei den Patientinnen und Patienten. Gesundheitsminister Berset gab in der Debatte zu Protokoll, dass die Regierung die Variante des Ständerats bevorzuge. Für die Kommission äusserte sich abschliessend Ruth Humbel (cvp, AG), die verdeutlichte, dass die ständerätliche Lösung analog jener bei den Ergänzungsleistungen im Sinne einer freien Wahl des Pflegeheims durch die Pflegebedürftigen nicht zielführend sei. In der Folge zog das Plenum den Vorschlag der SGK-NR dem Minderheitsantrag Heim auf Festhalten an der ursprünglichen Version des Nationalrats mit 132 zu 51 Stimmen (bei einer Enthaltung) vor.⁴

POSTULAT
DATE: 13.06.2018
JOËLLE SCHNEUWLY

Mittels Postulat forderte die SGK-SR den Bundesrat auf, einen Bericht mit Empfehlungen für eine **bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende** auszuarbeiten. Dabei soll auf Themen wie Palliativ Care, ihre nachhaltige Sicherstellung in der ganzen Schweiz, ihre Finanzierung sowie Zugang zu dieser für alle Menschen eingegangen werden. Zudem sollen die gesundheitliche Vorausplanung, die Sensibilisierung der Bevölkerung und der allfällige vom Bundesrat vorgesehene Regulierungsbedarf in den Bericht einfließen. Hintergrund des Postulats waren die Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms 67 zum Thema «Lebensende».

Bedingt durch die höhere Lebenserwartung nehme der Bedarf nach Angeboten für eine würdige letzte Lebensphase und ein würdiges Sterben zu, so Paul Rechsteiner (sp, SG) für die Kommission während der Ständeratsdebatte in der Sommersession 2018. Man müsse dabei jedoch nicht am Nullpunkt beginnen, da durch die nationale Strategie Palliative Care 2010-2015 bereits viel Vorarbeit geleistet worden sei. Während Werner Hösl (svp, GL) das Postulat in einigen Punkten kritisierte – unter anderem würde mit dem Postulat ein teurer Markt für das schmerzlose Sterben angepeilt und der Titel des Vorstosses trage der hervorragenden Arbeit, die in diesem Gebiet getätigt werde, keine Rechnung –, sprach sich Alain Berset im Namen des Gesamtbundesrates für das Geschäft aus. Es sei bereits einiges in diesem Bereich gemacht worden, trotzdem gebe es noch wichtige medizinische und ethische Herausforderungen, die bewältigt werden müssten wie zum Beispiel die Förderung des Zugangs zu Palliativmedizin für Menschen, die den Rest ihres Lebens zuhause verbringen wollen. Zudem dürfe man die Komplexität in diesem Gebiet und die hohen Anforderungen an die beteiligten Fachleute nicht unterschätzen. Stillschweigend nahm der Ständerat das Postulat an.⁵

Die **zweite Welle der Corona-Pandemie** rollte im Oktober 2020 an. Nachdem die Anzahl mit Covid-19 infizierte Personen ab Anfang Oktober sehr stark angestiegen war, zog der Bundesrat am 18. Oktober 2020 die Schraube erneut an: Ab dem kommenden Tag wurde die Maskenpflicht auf Bahnhöfe, Flughäfen, Bus- und Tramhaltestellen sowie auf öffentlich zugängliche Innenräume ausgeweitet. Weiter wurde die Bevölkerung dazu aufgerufen, private Veranstaltungen möglichst zu vermeiden, da sie als Ansteckungsherd gelten. Sollten sie trotzdem stattfinden, so dürfe ab über 15 Anwesenden nur noch sitzend konsumiert werden – eine Regel, die auch für Restaurationsbetriebe eingeführt wurde – und beim Verlassen des Sitzplatzes müsse eine Maske getragen werden. Spontane Ansammlungen von über 15 Personen im öffentlichen Raum untersagte die Landesregierung. Zudem wurde die «Covid-19-Verordnung besondere Lage (Verordnung 3)» durch einen Absatz zu Homeoffice ergänzt, in dem der Bundesrat auf die Empfehlungen des BAG verwies. Das Ziel dieser Massnahmen sei erneut der Schutz der Bevölkerung und das Verhindern einer Überlastung des Gesundheitswesens, zudem sollten die Fallzahlen genügend stark eingedämmt werden, dass es den Kantonen weiterhin möglich sei, ein lückenloses Contact Tracing durchzuführen, erläuterte der Bundesrat.

Angesichts der sich nicht verbessernden Situation **verstärkte** die Regierung zehn Tage darauf die **Massnahmen** erneut. Um die Überlastung der Intensivstationen und des Pflegepersonals zu verhindern, beschloss sie weitere Massnahmen, die darauf abzielten, die Anzahl zwischenmenschliche Kontakte möglichst gering zu halten. Diskotheken und Tanzlokale mussten vorläufig ihre Pforten schliessen und für Restaurants und Bars wurde eine Sperrstunde ab 23 Uhr verhängt. Ferner durften maximal vier Personen an einem Tisch Platz nehmen. Das Durchführen von Messen und Märkten in Innenräumen wurde gänzlich verboten, ebenso wie Veranstaltungen mit über fünfzig Personen, wobei Parlaments- und Gemeindeversammlungen sowie politische Demonstrationen und das Sammeln von Unterschriften für Referenden und Initiativen von dieser Regelung ausgenommen waren. Ferner untersagte die Regierung in Innenräumen stattfindende sportliche und kulturelle Freizeitaktivitäten, an denen mehr als 15 Personen teilnahmen. Die Maskenpflicht wurde auf die Aussenbereiche von Einrichtungen und Betrieben ausgeweitet und galt neu auch an Schulen ab der Sekundarstufe II. Der Unterricht an Hochschulen musste auf den 2. November hin auf Fernunterricht umgestellt werden. Mit dem Ziel einer rascheren und breiteren Testung der Bevölkerung und der umgehenden Isolation positiver Fälle beschloss der Bundesrat ausserdem neben den sich bereits in Anwendung befindlichen PCR-Tests die Einführung von Antigen-Schnelltests.

Ende Oktober gab das BAG bekannt, dass es eine Teilkampagne bestehend aus Anzeigen, TV-Spots, Online-Videos und Online-Ads lanciert habe, die auf den Online-Coronavirus-Check des Bundesamtes aufmerksam machen sollte. Mit diesem konnten Personen mit Krankheitsanzeichen herausfinden, ob basierend auf ihren Symptomen ein Covid-19-Test erforderlich ist. Weiter verkündete das BAG, dass die Coronavirus-Kampagne auf Rot geschaltet habe.

Da einige Kantone aufgrund der steigenden Fallzahlen und den damit verbundenen Hospitalisierungen an ihre Grenzen stiessen, entschied sich der Bundesrat an seiner Sitzung vom 4. November für einen **erneuten Assistenzdienst der Armee**, um den Krankenhäusern bei der Pflege und dem Patienten- und Patientinnentransport auszuweichen. Er sah dafür maximal 2'500 Mitglieder der Armee vor, die eingesetzt werden können sollten, wenn die Kantone dies beantragten, die Voraussetzungen für die Subsidiarität gegeben seien und dargelegt werden könne, dass nicht genügend zivile Mittel vorhanden seien. Auch Mitglieder des Zivilschutzes sollten kurze Zeit später erneut im Kampf gegen Corona eingesetzt werden können, hier stellte der Bundesrat den Kantonen ein Kontingent von bis zu 500'000 Dienstofftagen zur Verfügung.

Anfang November kündigte der Bundesrat **erstmalig Hilfen von CHF 400 Mio. für Härtefälle** an; eine entsprechende Regelung hatte das Parlament im Covid-19-Gesetz ergänzt. Demnach kann der Bund aufgrund der Corona-Krise besonders stark betroffene Unternehmen in gewissen Branchen in Härtefällen, also wenn ihr Jahresumsatz unter 60 Prozent des mehrjährigen Durchschnitts liegt, unterstützen, wenn die Kantone 50 Prozent der Unterstützung übernehmen. Zu diesem Zeitpunkt mussten jedoch noch zahlreiche Fragen zu den Ausführungsbestimmungen geklärt werden, weshalb der Bundesrat dazu eine Vernehmlassung durchführte.

Am 11. November erklärte die Landesregierung, dass sie den ersten Kredit zur Beschaffung eines «sicheren und wirksamen» Covid-19-Impfstoffs von CHF 300 Mio.

um CHF 100 Mio. auf CHF 400 Mio. erhöhen wolle. Damit sollte den finanziellen Verpflichtungen, die aus Reservierungsverträgen von Impfdosen stammten, nachgekommen werden. Bisher sei der Bundesrat mit den beiden Herstellern Moderna und AstraZeneca Verträge eingegangen und stehe zudem mit weiteren Herstellern in Kontakt. Wann genau ein Impfstoff bereitstehe, sei aber noch unklar. Das BAG nahm jedoch an, dass Teile der Bevölkerung in der ersten Hälfte von 2021 geimpft werden können.

Eine Woche darauf teilte der Bundesrat mit, er habe bezüglich der sogenannten Covidcodes einer Veränderung der Verordnung der Proximity-Tracing-App zugestimmt. Neu sollen neben den kantonsärztlichen Diensten und der behandelnden Ärzteschaft auch Laboratorien, Mitarbeitende der Infoline, Testzentren und Apotheken die Codes, welche positiv getestete Personen in die SwissCovidApp eingeben sollen, um andere Appbenutzerinnen und -benutzer über eine mögliche Infektion zu unterrichten, generieren können. Durch die Berechtigungserweiterung könnten die kantonsärztlichen Dienste entlastet und der Prozess zwischen dem Befund eines positiven Testergebnisses und dem Warnen von Drittpersonen beschleunigt werden.

Dass die Corona-Pandemie durch die fehlenden sozialen Kontakte, wirtschaftliche Sorgen, Existenzängste oder den Tod nahestehender Personen auch einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben kann, wollte das BAG in Zusammenarbeit mit verschiedenen Medien und Organisationen aufzeigen und entsprechende Hilfsangebote vorstellen, wie es am 3. Dezember mitteilte. Dazu organisierte es am 10. Dezember einen schweizweiten Aktionstag unter dem Motto «Darüber reden. Hilfe finden», von dem sich das Bundesamt die Enttabuisierung des Themas erhoffte.

In der Folge beruhigte sich die Situation etwas: Bis Ende November reduzierten sich die (gemeldeten) Ansteckungszahlen etwa um die Hälfte. Anstatt der erhofften weiteren Beruhigung der Situation begann die **Zahl der Ansteckungen dann aber auf hohem Niveau zu stagnieren** oder erhöhte sich sogar wieder leicht, wobei es grosse Unterschiede zwischen den Kantonen gab. Damit verschärfte sich die Lage der Spitäler zusehends, weshalb der Bundesrat die Stände am 4. Dezember zu schnellem Handeln und dem Erlassen strengerer Massnahmen aufforderte. In Absprache mit den Kantonen ergriff die Regierung zudem erneut mehrere landesweite Massnahmen: Im Lichte des zunehmenden Ladenverkehrs während der Vorweihnachtszeit wurde beispielsweise für grössere Geschäfte ab dem 9. Dezember die zulässige Anzahl Kundinnen und Kunden pro Quadratmeter reduziert. Restaurants mussten – wie in einigen Kantonen bereits eingeführt – die Kontaktdaten von mindestens einer Person pro Tisch zwingend aufnehmen. Für Silvester wurde die Sperrstunde ausnahmsweise von 23 Uhr auf 1 Uhr ausgeweitet, um das Risiko von spontanen Treffen im privaten Rahmen zu minimieren. Weiter legte der Bundesrat der Bevölkerung nahe, sich auf das Zusammenkommen von maximal zwei Haushalten zu beschränken. Um die Kontaktanzahl und den Personenverkehr weiter zu verringern, appellierte er ausserdem erneut an die Arbeitgebenden, die Home-Office-Empfehlung des BAG zu befolgen. Die Regierung sah jedoch davon ab, eine Regel zu erlassen, wonach Skigebiete schliessen müssen, wenn es die epidemiologische Lage am jeweiligen Ort vorgebe. Die Medien führten dieses Unterlassen auf den Druck aus den betroffenen Kantonen zurück. Jedoch muss ab dem 22. Dezember für den Betrieb der entsprechenden Anlagen eine Bewilligung beim verantwortlichen Kanton eingeholt werden. Ausschlaggebend für den Erhalt einer solchen seien unter anderem ausreichende Kapazitäten in den lokalen Spitälern, beim Contact Tracing und beim Testen sowie ein vorliegendes Schutzkonzept. Während für die Skigebiete selbst keine Obergrenze vorgesehen waren, sollten Kabinen und Gondeln ab dem 9. Dezember nur zu zwei Dritteln gefüllt werden dürfen, zudem sollte auch hier eine Maskenpflicht gelten.

Am 7. Dezember verkündete der Bundesrat, dass nach einer Absichtserklärung nun auch ein Vertrag mit Pfizer/BioNTech unterzeichnet worden sei, welche der Schweiz drei Millionen Impfdosen liefern solle, vorausgesetzt Swissmedic erteile die Zulassung. Am darauffolgenden Tag gab die Regierung überdies bekannt, ihr sei die Sicherung von zusätzlichen drei Millionen Impfdosen von Moderna gelungen. Die Kosten der Impfung gegen Covid-19 soll überdies von der OKP, dem Bund und den Kantonen übernommen werden, liess das EDI verlauten. Es habe dafür eine Anpassung an der KLV vorgenommen. Erste Impfungen sollten, wie bereits im Vorfeld angetönt, in der ersten Jahreshälfte von 2021 erfolgen. Es sei allerdings keine Impfpflicht vorgesehen.

Da sich die epidemiologische Lage trotz ergriffener Massnahmen weiter verschlechterte und die Fallzahlen wieder exponentiell anstiegen, kündigte der Bundesrat am 8.

Dezember die **Vereinheitlichung und Verschärfung der nationalen Massnahmen** anlässlich der Bundesratsitzung vom 11. Dezember an. Im Hinblick darauf schlug er den Kantonen zwischen dem 12. Dezember und dem 20. Januar die Schliessung von Gastrobetrieben, Einkaufsläden, Märkten, Freizeitbetrieben und Sportaktivitäten um 19 Uhr und sonntags ganztägig vor. Zu privaten Veranstaltungen sollten sich nur noch fünf Personen aus maximal zwei Haushalten treffen dürfen, wobei die Regierung beabsichtigte, diese Regelung für die Festtage (24. bis 26. und 31. Dezember) auf eine Gruppengrösse von 10 Personen auszuweiten. Mit Ausnahme von religiösen Feiern sowie Versammlungen von Legislativen sollten keine öffentlichen Veranstaltungen mehr stattfinden dürfen; auch Aktivitäten im Kulturbereich wollte der Bundesrat für diesen Zeitraum verbieten.

Wie sich am 11. Dezember zeigte, entschloss sich der Bundesrat dazu, viele seiner am 8. Dezember vorgestellten Vorschläge in schweizweite Massnahmen umzusetzen. Abweichungen zu seinen ursprünglichen Ideen gab es bei den Öffnungszeiten von Restaurants und Bars, die sonntags ebenfalls geöffnet haben sollen dürfen. Kantone mit einer günstigen epidemiologischen Lage sollen zudem die ab 19 Uhr vorgesehene Sperrstunde bis um 23 Uhr hinausschieben dürfen. Die maximale Gruppengrösse bei privaten Veranstaltungen wurde bei zehn Personen belassen und sportliche sowie kulturelle Aktivitäten sollen weiterhin durchgeführt werden dürfen, wenn nicht mehr als fünf Personen daran teilnahmen. Nicht vorgesehen war diese Obergrenze für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, Trainings und Wettkämpfe nationaler Kader und Profiligen – solange sie ohne Publikum stattfanden – sowie für Proben und Auftritte von professionellen Künstlerinnen und Künstlern oder Ensembles.

Um grenzüberschreitende Fragen bezüglich der Covid-19-Impfung abzuklären, die insbesondere für Grenzgängerinnen und Grenzgänger von Bedeutung waren, nahm Bundesrat Alain Berset am 15. Dezember an einem virtuellen Treffen mit anderen europäischen Gesundheitsministerinnen und -ministern teil.

Tags darauf gaben das BAG und die EKIF die für die Schweiz vorgesehene Impfstrategie bekannt. Diese sah vor, dass zuerst besonders gefährdete Personen und anschliessend das Gesundheitspersonal sowie Betreuerinnen und Betreuer der Risikogruppe geimpft werden sollten. Dritte Priorität sollten Personen haben, die engen Kontakt zu besonders gefährdeten Personen haben. Darauffolgend kämen Menschen in Gemeinschaftseinrichtungen, in welchen ein erhöhtes Infektions- und Ausbruchsrisiko herrsche, sowie deren Personal zum Zuge und abschliessend alle anderen Erwachsenen, denen es ein Anliegen sei, sich impfen zu lassen. Gemäss Medienmitteilung gehörten Kinder und Jugendliche aufgrund fehlender Studiendaten noch nicht zur Zielgruppe der Impfstrategie.

Trotz der bereits ergriffenen Massnahmen war die epidemiologische Lage **Mitte Dezember mit sehr hohen und fortwährend ansteigenden Ansteckungszahlen immer noch besorgniserregend**. Gemäss Medien sorgte sich der Bundesrat insbesondere vor den zahlreichen privaten Treffen während der Weihnachtszeit sowie an Silvester. Am 18. Dezember gab er schliesslich die für diese Zeit (vom 22. Dezember bis zum 22. Januar) geltenden nationalen Massnahmen bekannt. So sollten nun Gastrobetriebe geschlossen werden – ausgenommen davon waren Betriebs- und Schulkantinen, die Restauration für Hotelgäste sowie TakeAway-Angebote und Lieferdienste. Neben Kultur- und Freizeiteinrichtungen mussten auch Sportbetriebe für den vorgehenden Zeitraum schliessen, wobei die am 11. Dezember beschlossenen Massnahmen bezüglich unter 16-Jährigen und Profispielen immer noch Gültigkeit besaßen. Auch die Kapazität von Geschäften wurde weiter eingeschränkt. Kantonen, die eine günstige epidemiologische Lage aufwiesen, waren jedoch wiederum Erleichterungen gestattet. Die Bevölkerung wurde eindringlich gebeten, zu Hause zu bleiben und ihre sozialen Kontakte auf ein Minimum zu reduzieren. Der Bundesrat beabsichtigte für den 30. Dezember eine Zwischenbeurteilung. Sollte sich die Lage verschlechtern, wolle er weitere Massnahmen treffen. Ferner weitete er den Einsatz von Schnelltests aus, für die er eine Änderung an der Covid-19-Verordnung 3 vornahm. Für die Skigebiete sollten nach wie vor die Kantone verantwortlich sein.⁶

Die **grosse Erleichterung** erfolgte am 19. Dezember 2020, als Swissmedic dem **ersten Covid-19-Impfstoff** – dem Impfstoff Comirnaty von Pfizer/BioNTech – die Zulassung für Personen ab 16 Jahren gewährte. Eine erste Lieferung von 100'000 Impfdosen (von bisher bei Pfizer/BioNTech bestellten 3 Mio. Impfdosen) sollte die Schweiz noch im Dezember 2020 erhalten, erklärte das BAG in seiner Medienmitteilung. Nach Lagerung der Impfdosen durch die Armeeapotheke – die Impfdosen müssen bei minus 70 Grad gelagert werden – werden diese auf die Kantone verteilt, wo sie einige Tage im Kühlschrank aufbewahrt werden können. Die Kantone konnten in der Folge bereits mit der Impfung besonders gefährdeter Personen beginnen, während die schweizweite Impfung priorisierter Personengruppen am 4. Januar 2021 startete. Gleichzeitig mit dieser Ankündigung lancierte das BAG eine breit angelegte Informationskampagne zur Covid-19-Impfung.

Nur zwei Tag nach dieser ersten Aufhellung wurden die Covid-19-Wolken aber bereits wieder düsterer. Als Reaktion auf die **Entdeckung zweier neuen, womöglich deutlich ansteckenderen Varianten des Coronavirus** in Südafrika und Grossbritannien verhängte der Bundesrat am 21. Dezember ein Einreiseverbot für Ausländerinnen und Ausländer, die von diesen Ländern aus in die Schweiz reisen wollten, und stellte überdies den Flugverkehr von und nach Südafrika und Grossbritannien ein. Personen, die seit dem 14. Dezember aus den beiden Staaten in die Schweiz eingereist waren, mussten sich für zehn Tage in Quarantäne begeben. Damit beabsichtigte die Landesregierung, die weitere Ausbreitung dieser Virusmutationen zu erschweren. Am 24. Dezember gab das BAG bekannt, die neue Covid-19-Variante aus Grossbritannien erstmals in zwei Proben festgestellt zu haben, weitere drei Tage später konnte auch die Variante aus Südafrika erstmals nachgewiesen werden.

Nachdem der Bundesrat am 18. Dezember 2020 nationale Massnahmen beschlossen hatte, gab er am 30. Dezember bekannt, er sehe trotz der «besorgniserregenden» Situation – begründet durch das «hohe Ansteckungsniveau» über Weihnachten und das Auftreten der zwei neuen Virusvarianten – von einer weiteren Verschärfung der Massnahmen ab, da die aktuell geltenden Vorkehrungen angemessen seien. Wichtig sei es jedoch, die über die Feiertage reduzierte Zahl an Covid-Tests nun wieder zu erhöhen.

Auch zwei Wochen später war die Zahl der Infektionen nicht stark angestiegen, jedoch fürchtete sich der Bundesrat vor einem raschen Wiederanstieg der Fallzahlen aufgrund der zwei neuen Virusvarianten, zumal die Zahl der Infektionen, Hospitalisierungen und Todesfälle weiterhin hoch war. Deshalb **verlängerte er am 13. Januar 2021 die Schliessung der Restaurants, Kulturbetriebe, Sportanlagen und Freizeiteinrichtungen**, die er im Dezember 2020 beschlossen hatte, bis Ende Februar 2021. Zudem verhängte er ab dem 18. Januar **erneut eine Homeoffice-Pflicht** soweit möglich und verhältnismässig, eine **Schliessung der Läden** für Güter des nicht-täglichen Bedarfs sowie eine **Einschränkung privater Veranstaltungen und Menschenansammlungen**. Mit diesen Einschränkungen einhergehend lockerte die Regierung auch die Bestimmungen zum Erhalt von Härtefallhilfen, um die von den Schliessungen betroffenen Unternehmen zu unterstützen: Unter anderem sollten seit 1. November 2020 geschlossene Betriebe Härtefallhilfe erhalten, ohne einen Umsatzrückgang nachweisen zu müssen, zudem sollte der Umsatzrückgang im Jahr 2021 neu ebenfalls berücksichtigt werden. Die Regierung kündigte überdies an, dass im Februar 2021 beinahe alle Kantone mit der Auszahlung von Härtefallhilfen beginnen würden. Gleichentags gab der Bundesrat auch die Finanzierung der Covid-19-Impfung bekannt: So würden die Krankenversicherungen unabhängig von der Franchise eine Pauschale von CHF 14.50 sowie CHF 5 für die Impfdosis vergüten, während der Bund die Differenz der vertraulichen Kosten der Impfung zu diesen CHF 5 bezahle und die Kantone den Selbstbehalt der Versicherten übernehmen.

Am 17. Januar 2021 gab der Bundesrat die **Quarantäneanordnung für 90 Angehörige der Armee** aufgrund der Ansteckung einer Person mit der britischen Corona-Variante, die von der WHO als «Delta-Variante» bezeichnet wurde, bekannt. Anders als bei den bisherigen Varianten mussten bei der Delta-Variante auch die Kontakte der Kontakte von Armeeingehörigen in Quarantäne. Einen Tag später startete die erste RS des Jahres 2021 mit 12'000 Rekrutinnen und Rekruten und 2'800 Kader. Für Aufmerksamkeit sorgten dabei insbesondere die 40 Prozent Rekrutinnen und Rekruten, die im Sinne eines gestaffelten Einrückens vorgängig von zuhause aus ein Lernprogramm absolvieren mussten. Später gab der Bundesrat bekannt, dass die Positivitätsrate bei den Eingerückten bei 4 Prozent (1. Staffel) respektive 3 Prozent (2. Staffel) lag.

Am 20. Januar 2021 nahm der Bundesrat **in verschiedenen Bereichen eine Lagebeurteilung** vor. So liess er sich von der EDK über die in den Kantonen beschlossenen Massnahmen in den Schulen informieren, wobei sich sowohl die EDK als auch die Science Task Force für die Fortführung des Präsenzunterrichts in Primar- und Sekundarschule I und II aussprachen. Sie wollten damit die negativen Auswirkungen von Fernunterricht auf die psychische Gesundheit und die Bildungsverläufe verhindern. Gleichentags setzte der Bundesrat auch die im Dezember 2020 beschlossenen Änderungen des Covid-19-Gesetzes im Bereich der Kurzarbeit um und hob dabei insbesondere die Karenzfrist auf, verlängerte die Bezugsdauer und vergrösserte den Pool der Anspruchsberechtigten. Darüber hinaus berichtete der Bundesrat, dass die Schweiz bisher rund 500'000 Impfdosen erhalten habe und bisher bei beinahe 170'000 geimpften Personen 42 Meldungen über vermutete unerwünschte Arzneimittelwirkungen eingegangen seien. Gemäss medizinischen Fachexperten seien davon 26 Fälle als nicht schwerwiegend und 16 Fälle als schwerwiegend eingestuft worden; in 5 Fällen sei es bei Personen zwischen 84 und 92 Jahren zu einem tödlichen Verlauf gekommen, wobei jedoch «in keinem Fall der konkrete Verdacht [bestehe], dass die Impfung die Ursache für den Todesfall war».

Am 27. Januar 2021 gab der Bundesrat bekannt, dass er die **Härtefallhilfe um CHF 2.5 Mrd. aufstocken wolle** und dem Parlament die entsprechende Änderung des Covid-19-Gesetzes vorlegen werde. Für den Fall, dass sich der Kreditmarkt verschlechtern sollte, sei der Bundesrat überdies dabei, «zusammen mit den Banken eine Neuauflage eines Covid-Solidarbürgschaftssystems» zu planen. Wie bereits im Vorjahr schlug er überdies vor, dass der Bund auch für das Jahr 2021 die Kosten der KAE – der Bundesrat sprach von Kosten in der Höhe von CHF 6 Mrd. – übernehmen solle. Darüber hinaus wollte der Bundesrat die Taggeldbezugsdauer für Arbeitslose um drei Monate verlängern, um der schwierigen Arbeitsmarktsituation Rechnung zu tragen.

Ende Januar 2021 liess die Regierung verlauten, dass sie ab sofort die **Covid-19-Testkosten** für Personen ohne Symptome sowie die Impfkosten in Apotheken **übernehmen** werde. Zudem solle die Quarantäne zukünftig nur noch 10 Tage dauern, sofern sich die betroffene Person am siebten Tag einem Corona-Test unterziehe und der Test negativ ausfällt. Dieselbe Regelung galt neu auch für Personen in Reisequarantäne. Wenige Tage später verkündete die Regierung überdies die Unterzeichnung von drei neuen Verträgen für Impfstoffe (Curevac, Novavax, Moderna) über insgesamt 17 Mio. Impfdosen. Insgesamt sicherte sich der Bundesrat somit bis zu diesem Zeitpunkt fast 36 Mio. Impfdosen (zusätzlich Pfizer/BioNTech und AstraZeneca). Zugelassen waren von diesen jedoch erst die Impfstoffe von Moderna und Pfizer/BioNTech, während Swissmedic gleichzeitig bekannt gab, dass zur Zulassung von AstraZeneca weitere Daten benötigt würden. Mitte März 2021 folgte schliesslich ein weiterer Vertrag mit Pfizer über 3 Mio. Impfdosen.

Aufschluss über die **finanzielle Situation im Jahr 2020** aufgrund der Pandemie lieferte Mitte Februar 2021 die provisorische Staatsrechnung 2020, die ein «rekordhohes Defizit» von CHF 15.8 Mrd. enthielt; bedingt durch tiefere Einnahmen und sehr hohe Ausgaben im vorangegangenen Jahr. Da auch im neuen Jahr im Voranschlag nicht geplante Corona-bedingte Ausgaben anfallen würden, verabschiedete der Bundesrat überdies acht Nachtragskredite zum Voranschlag 2021 über CHF 14.3 Mrd.

Am 17. Februar 2021 folgte schliesslich, was viele schon sehnsüchtig erwartet und lautstark gefordert hatten: Der Bundesrat stellte einen **ersten, vorsichtigen Öffnungsschritt auf den 1. März 2021 in Aussicht**, zumal die Fallzahlen in der Zwischenzeit stark gesunken waren. So sollten – nach Konsultation der Kantone – Läden, Museen und Lesesäle von Bibliotheken, die Aussenbereiche von Zoos, botanische Gärten sowie Sport- und Freizeitanlagen geöffnet und private Veranstaltungen im Freien mit bis zu 15 Personen erlaubt werden. Er folge damit einer risikobasierten und schrittweisen Öffnungsstrategie, bei der er voraussichtlich jeweils einmal im Monat einen Öffnungsschritt vornehmen wolle, erklärte der Bundesrat. Dabei würden jeweils die Möglichkeit zum Maskentragen sowie weitere situationsspezifische Aspekte (Anzahl Personen, Ort der Aktivität), aber auch die gesellschaftliche oder wirtschaftliche Belastung berücksichtigt. Nachdem die Regierung diesen ersten Öffnungsschritt eine Woche später bestätigt hatte, kündigte sie auch einen möglichen weiteren Öffnungsschritt auf den 22. März an, bei dem dann etwa auch Kultur- und Sportveranstaltungen mit Publikum sowie die Öffnung von Restaurantterrassen in Betracht gezogen werden sollten. Diese Öffnungsschritte sollten – nach Absprache mit den Kantonen – mit einer «massiven Ausweitung des Testens» kombiniert werden. Dabei sollten der Bevölkerung fünf gratis Selbsttests pro Person und Monat zur

Verfügung gestellt werden und alle Testkosten in Apotheken und Testzentren, auch für symptomfreie Personen, übernommen werden. Zusammen mit der Möglichkeit für wiederholte Tests in Unternehmen und Schulen sollten diese Massnahmen schätzungsweise über CHF 1 Mrd. kosten.

Weitere erfreulichere Nachrichten folgten am 11. März 2021, als das SECO die **Konjunkturprognose der Expertengruppe des Bundes** veröffentlichte. Diese rechnete zwar noch mit einem BIP-Rückgang im 1. Quartal 2021, aber mit einer «zügigen Erholung» nach den Lockerungen der Corona-Massnahmen. Für das Jahr 2021 erwartete die Expertengruppe gar ein BIP-Wachstum um 3 Prozent und damit eine Überschreitung des Vorkrisenniveaus – allerdings nur bei einer Lockerung der Massnahmen ohne erneute zusätzliche Einschränkungen.

In der Frühjahrssession im März 2021 **beriet das Parlament die zweite Revision des Covid-19-Gesetzes**. Vor der Session stand dabei die Frage im Zentrum, ob ein verbindlicher Öffnungstermin ins Gesetz geschrieben werden soll. Die WAK-NR hatte dies zuvor beantragt, zumal sie den Verlauf der Öffnungen und der Beendigung der Corona-Massnahmen durch den Bundesrat als zu langsam erachtete. Weder im Nationalrat noch im Ständerat fand eine solche Massnahme jedoch eine Mehrheit. Im Parlament waren dann vor allem die Härtefallmassnahmen zentral, wobei sich der Ständerat mit seinem zurückhaltenderen Konzept durchsetzte: Wie bisher sollen demnach nur Härtefälle ausgeglichen, aber keine Entschädigung der durch die Pandemie entstandenen Schäden vorgenommen werden. Insgesamt erweiterte das Parlament die Finanzhilfen für die Unternehmen jedoch stark. Überdies erteilte es der Regierung den Auftrag, eine Regelung für die «Impf-, Test- und Genesungsnachweise», also für das sogenannte **Covid-19-Zertifikat (3G)**, zu erlassen.

Kurz zuvor hatte die Bundeskanzlei schliesslich bekannt gegeben, dass das **Referendum** des Vereins «Freunde der Verfassung» zum Covid-19-Gesetz zustande gekommen war. Somit wird im Juni 2021 darüber abgestimmt, ob das Gesetz – wie vorgesehen – bis Ende 2021 in Kraft bleiben wird oder bereits im September 2021, ein Jahr nach Annahme des dringlich erklärten Gesetzes durch das Parlament, ausser Kraft treten wird.

Am 12. März 2021 startete der Bundesrat wie angekündigt die Konsultation zum zweiten Öffnungsschritt, obwohl die Fallzahlen seit Ende Februar wieder angestiegen waren und sich damit eine **dritte Welle andeutete**, wie der Bundesrat in seiner Medienmitteilung schrieb. Deshalb sei für den Bundesrat auch noch unklar, ob ein ausführlicher zweiter Öffnungsschritt wirklich angebracht sei. In der Tat beschränkte die Regierung den **zweiten Öffnungsschritt** in der Folge auf eine Lockerung der Einschränkung für Treffen im Familien- und Freundeskreis von fünf auf zehn Personen. Drei der vier Richtwerte für eine weitere Öffnung (14-Tages-Inzidenz, Positivitätsrate und Reproduktionszahl) seien denn im Moment nicht erfüllt, begründete der Bundesrat diesen Schritt – nur die Auslastung der Intensivplätze hatte zu diesem Zeitpunkt den Richtwert des Bundesrates noch nicht überschritten. Obwohl alle Kantone eine Öffnung der Restaurantterrassen auf den 22. März gefordert hatten und der Nationalrat diesbezüglich eine (nicht bindende) Erklärung abgegeben hatte, verzichtete der Bundesrat somit auch auf diese Lockerung.

Neben den Impfstoffen von Pfizer/BioNTech und Moderna erteilte Swissmedic am 22. März 2021 dem Impfstoff «COVID-19 Vaccine Janssen» von **Johnson & Johnson die Zulassung**. Die Schweiz hatte zu diesem Zeitpunkt jedoch noch keine Impfdosen von Johnson & Johnson bestellt, womit diese vorerst noch nicht verabreicht wurden. Jedoch wurde das Impfzertifikat von Personen, welchen dieser Impfstoff verabreicht wurde, ab sofort in der Schweiz akzeptiert. Keine Zulassungsgesuche hatten bisher CureVac und Novavax in der Schweiz eingereicht, obwohl der Bundesrat entsprechende Impfdosen bestellt hatte; das Zulassungsgesuch von AstraZeneca war zu diesem Zeitpunkt noch immer hängig.

Einige Tage nach der Zulassung des dritten Impfstoffs berieten die Bundesräte Parmelin und Berset mit der GDK, dem Präsidenten der KdK, Vertreterinnen und Vertretern der Swiss Science Task Force, der eidgenössischen Kommission für Impffragen sowie den Impfstofflieferanten Pfizer und Moderna die Umsetzung der Impfkampagne: In den nächsten drei Monaten sollen 8 Mio. Impfdosen geliefert werden. Ziel sei es, alle Impfwilligen (über 18 Jahren) bis Ende Juni 2021 mindestens einmal zu impfen. Erste Umfragen deuteten an, dass sich etwa die Hälfte der Bevölkerung impfen lassen möchte, ein Viertel unsicher sei und ein Viertel eine Impfung ablehne.

Seit einiger Zeit arbeitete der Bund auch an der **Erstellung eines Impfzertifikats**, wobei es am 23. März zu einem **Rückschlag** kam: Der EDÖB reichte nach Prüfung von entsprechenden Medienberichten Anzeige gegen die Betreiberin der Plattform www.meineimpfungen.ch wegen Datenschutzverletzungen ein. Die entsprechende Datenbearbeitung sei «geeignet», um die Persönlichkeitsrechte im Bereich der besonders schützenswerten Personendaten zur Gesundheit zu verletzen. In der Folge wurde der Betrieb der Seite per sofort eingestellt.

Ende März 2021 setzte der Bundesrat die vom Parlament in der Frühjahrssession 2021 beschlossenen **Änderungen am Covid-19-Gesetz in der Härtefallverordnung** um, insbesondere die Erhöhung der Höchstbeträge bei der Härtefallhilfe, die Verschiebung des relevanten Gründungszeitpunkts der Unternehmen für Zugang zu Härtefallhilfen, die Gewinnbeteiligung des Staates bei Unternehmen mit Härtefallhilfen und die Dauer des Dividendenverbots. Zudem lockerte er die Anspruchsvoraussetzungen auf Erwerbsersatz für Selbständigerwerbende in der Covid-19-Verordnung zum Erwerbsausfall, die Bedingungen für A-Fonds-perdu-Beiträge für die professionellen und semiprofessionellen Sportklubs in der Verordnung Mannschaftssport und den Zugang von Kulturunternehmen und Kulturschaffenden zu Ausfallentschädigungen in der Covid-19-Kulturverordnung. Bereits einige Tage zuvor hatte er überdies erneut das vereinfachte Verfahren für Kurzarbeit und die Aufhebung der Karenzzeit sowie das Aufgebot von Schutzdienstpflichtigen zur Bewältigung der Corona-Krise bis zum 30. Juni 2021 verlängert.

Anfang April 2021 kam es in einzelnen Schweizer Städten zu Demonstrationen und teilweise gar zu Ausschreitungen von Jugendlichen, insbesondere die sogenannte «Oster-Krawallnacht» in St. Gallen, bei der Jugendliche unter anderem die Polizei mit Molotow-Cocktails angriffen, führte zu grosser medialer Aufmerksamkeit. Die Politik und die Medien erklärten sich die Vorkommnisse in der Folge mit einer besonders grossen Corona-Müdigkeit bei den Jungen und ihrem Verdruss gegenüber den Corona-Massnahmen, aber auch mit dem grossen Druck, der allgemein auf ihnen lastete. Doch nicht nur Jugendliche, auch Erwachsene versammelten sich immer häufiger, um gegen die Corona-Massnahmen zu protestieren. Zahlreiche Demonstrationen erhielten jedoch aufgrund von relativ strikten Vorgaben für Veranstaltungen keine Bewilligung und wurden deshalb abgesagt, verschoben oder unbewilligt durchgeführt.⁷

MOTION
DATE: 16.09.2021
JOËLLE SCHNEUWLY

Ende September 2019 reichte Verena Herzog (svp, TG) eine Motion mit dem Titel **«Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin. Versorgungsforschung und Massnahmenplanung zur Sicherstellung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen»** ein. Die Motion enthielt drei Forderungen: Erstens verlangte sie einen periodisch zu erteilenden Forschungsauftrag durch den Bund, der sich auf das Versorgungsangebot in der Kinder- und Jugendmedizin bezieht. Zweitens forderte sie vom BAG das periodische Verfassen eines Berichts, wie sich der Versorgungsstand in der Kinder- und Jugendmedizin entwickelt. Dabei soll die Situation im ambulanten und im stationären Bereich für die einzelnen Kantone einerseits betreffend Grundversorgenden und andererseits betreffend allen weiteren Fachdisziplinen dargelegt werden. Drittens soll der Bund den Kantonen im Bereich seiner Zuständigkeiten beim Ergreifen von Massnahmen, die darauf abzielen, die Unterversorgung mittelfristig zu verringern und langfristig zu beseitigen, unter die Arme greifen. Herzog begründete die Notwendigkeit ihres Geschäfts damit, dass zurzeit eine «akute Unterversorgung» im Bereich der Kindermedizin existiere, die sich in Zukunft verschärfen werde. Mit der geforderten Versorgungsforschung würden Bund und Kantone die erforderlichen Grundlagen erhalten, um in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen adäquate Massnahmen zu beschliessen. Die Motion wurde in der Herbstsession 2021 vom Nationalrat behandelt. Herzog konfrontierte den Bundesrat in ihrem Votum damit, dass, anders als von der Regierung in ihrer Stellungnahme dargestellt, die Anliegen der Motion bislang nicht oder höchstens teilweise erfüllt seien. Gesundheitsminister Berset wiederum hielt daran fest, dass man sich zwar den Herausforderungen in der Kinder- und Jugendmedizin bewusst sei, dass die Ziele des Vorstosses jedoch bereits erreicht worden seien oder in verschiedenen Projekten – beispielsweise im Mandat zum Ärztemonitoring 2021–2025 – umgesetzt würden. Zudem falle die medizinische Versorgung in den Zuständigkeitsbereich der Kantone. Daher empfahl der Bundesrat, die Motion abzulehnen. Trotz dieser Einwände nahm die grosse Kammer den Vorstoss mit 148 zu 26 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Die ablehnenden Stimmen stammten grösstenteils von Mitgliedern der FDP.Liberalen-Fraktion.⁸

MOTION
DATE: 22.09.2021
JOËLLE SCHNEUWLY

Mittels Motion forderte Maya Graf (sp, BL) den Bundesrat dazu auf, mit einer Änderung an der KLV sicherzustellen, dass **Demenzkranke eine an ihre Situation angepasste Versorgung bezüglich Pflegeleistungen** erhalten. In der Vergangenheit habe sich herausgestellt, dass viele Leistungen, auf welche die Betroffenen angewiesen seien, nicht in den durch die KLV definierten Bereich fielen. Zwar decke das KVG etwa das Waschen und die Nahrungseingabe durch Pflegefachpersonen ab, nicht aber «die Anleitung und Überwachung bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme», die bei an Demenz erkrankten Menschen gegebenenfalls eher nötig wäre. Weiter gehe aus der Evaluation der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 hervor, dass die Finanzierung von Pflegeleistungen im Bereich Demenz «nach wie vor» nicht garantiert sei. In der Herbstsession 2021 veranschaulichte Manuela Weichelt-Picard (al, ZG), welche das Geschäft nach der Wahl Grafs in den Ständerat übernommen hatte, die Lebenssituation einer demenzkranken Frau anhand eines fiktiven Beispiels. Da diese weiterhin zuhause wohnen möchte, sei sie auf gewisse Unterstützung durch Gesundheitsfachpersonen angewiesen. Die von ihr benötigten Leistungen würden jedoch nicht von der OKP übernommen, da sie nicht in das KVG eingeschlossen sind. Gesundheitsminister Berset war hingegen der Ansicht, dass diesbezüglich bereits Einiges unternommen werde – unter anderem sei in der Zwischenzeit ein Artikel der KLV in Kraft getreten, welcher die Verbesserung der Harmonisierung und Unterscheidung zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen betreffe. Daher empfehle der Bundesrat die Ablehnung des Geschäfts. Die Mehrheit der grossen Kammer liess sich von diesen Worten jedoch nicht überzeugen. Mit 136 zu 46 Stimmen (bei 10 Enthaltungen) nahm der Nationalrat die Motion an, wobei 44 ablehnende Stimmen aus dem Lager der SVP-Fraktion stammten.⁹

MOTION
DATE: 22.09.2021
JOËLLE SCHNEUWLY

Mittels Motion verlangte Ruth Humbel (mitte, AG) im September 2019 die Schaffung gesetzlicher Grundlagen, auf deren Grundlage das **Spritzen von Hyaluronsäure und Botox nur noch durch Ärzte und Ärztinnen mit entsprechender Ausbildung und Haftpflichtversicherung erlaubt** sein soll. Vermehrt würden solche Injektionen in Kosmetikstudios durch Kosmetiker und Kosmetikerinnen sowie weiteren medizinisch nicht adäquat ausgebildeten Personen vorgenommen. Dabei komme es manchmal zu Komplikationen, mit welchen sich das Gesundheitssystem konfrontiert sehe, was wiederum auch Kosten für die Krankenkasse und somit für die Prämienzahlenden nach sich ziehe. Swissmedic untersage es medizinisch nicht ausgebildeten Personen zwar, Substanzen, die über dreissig Tage im Körper bleiben, zu spritzen, auf dem Schweizer Markt existierten allerdings gar keine Hyaluronsäure-Produkte, die eine Verbleibdauer von weniger als dreissig Tage im menschlichen Körper aufwiesen. Die Injektionen erfolgten demnach vorschriftswidrig. Auch deshalb verlangte die Motionärin die Schaffung klarer Regeln, welche eine ausschliessliche Durchführungserlaubnis für die Ärzteschaft und Massnahmen für Zuwiderhandlungen festhielten. Der Bundesrat präzisierte in seiner Stellungnahme die bereits bestehende Kompetenz, diese Substanzen zu spritzen. Namentlich seien dies neben der Ärzteschaft auch Kosmetikerinnen und Kosmetiker, falls sie über eine entsprechende Ausbildung verfügten, und die Behandlung unter Kontrolle und Verantwortung eines Arztes oder einer Ärztin geschehe. Die MepV-Revision, welche Ende Mai 2020 in Kraft trete, enthalte diesbezüglich Konkretisierungen. Der Bundesrat erachte den Schutz der Patientenschaft daher als ausreichend, weshalb er die Motion zur Ablehnung empfehle. Das Geschäft kam in der Herbstsession 2021 in den Nationalrat. Dort erläuterte Ruth Humbel ihr Anliegen und Gesundheitsminister Berset vertrat den bundesrätlichen Standpunkt. Die grosse Kammer nahm die Motion knapp mit 96 zu 92 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) an. Die Ja-Stimmen stammten fast ausschliesslich aus den Fraktionen der SP, Mitte und der Grünen, während sich die Fraktionen der GLP, SVP und FDP gegen das Geschäft aussprachen.¹⁰

Médecins et personnel soignant

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 – wengleich 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 2016.¹¹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 11.03.2014
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Das Mitte 2013 vom Bundesrat entworfene, teilrevidierte **Medizinalberufegesetz** (MedBG) war im März 2014 im Ständerat traktandiert. Im Wesentlichen ging es bei den Anpassungen um diverse Unverträglichkeiten mit neuerem, nationalem und internationalem Recht sowie um die Umsetzung des neuen Artikels 118a BV, der aufgrund Annahme an der Volksabstimmung vom 18. Mai 2009 eine umfassende Berücksichtigung der Komplementärmedizin verlangt. Darüber hinaus soll auch ein zusätzlicher Schwerpunkt auf die Rolle und Bedeutung der Hausarztmedizin gelegt werden. Des Weiteren galt es auch, erweiterten Anforderungen an die universitäre Aus- und Weiterbildung im Bereich der Medizinalberufe Rechnung zu tragen. Kommissionssprecher Schwaller (cvp, FR) eröffnete die Eintretensdebatte, unterstrich die Notwendigkeit der Gesetzesrevision und schloss mit dem einstimmigen Kommissionsantrag auf Eintreten sowie Annahme der Änderungen. Ersteres wurde ohne Gegenstimme beschlossen. In der Detailberatung wurden die in der bundesrätlichen Botschaft vorgeschlagenen Neuerungen kaum hinterfragt, ohnehin hatte die Regierung nur wenige Änderungen gegenüber der bis anhin geltenden Normen vorgesehen. Die einzelnen bundesrätlichen Anpassungen betrafen vorwiegend eine umfassendere Berücksichtigung der Komplementärmedizin, sprich deren explizite Nennung im Gesetzestext. Eine erste 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.¹²

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 Pflegenden, also Gesundheitsfachleute in den Bereichen Therapie, Betreuung, Beratung, Prävention sowie auch Palliation. Diese Kompetenzen, die vorwiegend in Studiengängen an den Fachhochschulen vermittelt werden, sollen mit dem GesBG umschrieben und vorgegeben werden. Ziel ist unter anderem, dass alle Absolventinnen und Absolventen dieser Ausbildungsprogramme über ebendiese Kompetenzen verfügen.

Neu wird auch eine obligatorische Akkreditierung der Studiengänge vorgeschrieben, die bis anhin freiwillig war. Begründet wurde dies mit dem Gefährdungspotenzial im Bereich der Gesundheitsberufe. Die Bewilligung dazu wird von den Kantonen erteilt und soll sicherstellen, dass die Inhaberinnen und Inhaber der Diplome, die ihren Beruf in eigener fachlicher Verantwortung ausüben, die notwendigen Anforderungen erfüllen. Wie beim Medizinalberuferegister wird hierfür ein „aktives Register“ eingerichtet. Weitere Anpassungen betreffen eine Gleichstellung der Pflegeberufe mit anderen Studiengängen 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 Kommissionsmehrheit 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 die 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.¹³

MOTION

DATE: 07.06.2016

MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die SGK des Nationalrates forderte den Bundesrat in einer Motion auf, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung so zu ändern, dass **Praktikumsplätze in privaten Praxen und ausserklinischen Bereichen** im Rahmen der Ausbildung für nichtuniversitäre Gesundheitsberufe ermöglicht werden. Dadurch soll der sinkenden Anzahl von Ausbildungsplätzen bei steigendem Personalbedarf Rechnung getragen werden. Gegenwärtig dürfen Praktika nicht von privaten Praxen oder anderen ambulanten Leistungserbringern angeboten werden, was vor allem für Studierende diverser Fachhochschul-Studiengänge ein Problem darstelle. Vier Punkte sollen deswegen mit einer Neuregelung angegangen werden: Die Sicherstellung des Kompetenzerwerbs, der in vielen Fachrichtungen zu einem relevanten Anteil in Praktika gewonnen wird; das Angebot an Praktikumsplätzen hoch halten, denn in den problematischen Studiengängen wird bereits ein Numerus clausus angewendet, was den Fachkräftemangel noch anheizt; ebendiesem Fachkräftemangel Einhalt gebieten, indem eine erhöhte Zahl von Praktikumsplätzen die Ausbildung in der Schweiz stärkt (wie im Rahmen von Gesundheit 2020 vorgesehen); und eine Gleichberechtigung von stationärem und ambulanten Bereich erzielen, da die Ausbildungskosten in diesen beiden Sparten gemäss Tarifikalkulation im KVG nicht gleichmässig abgegolten werden können. Die Motion war kommissionsintern umstritten, denn fast die Hälfte der 25-köpfigen Kommission stellte sich mit dem Antrag auf Ablehnung gegen das Anliegen.

Der Bundesrat teilte grundsätzlich die Sorgen und Vorschläge zur Lösung der geschilderten Problematik, er sah aber den Weg über das KVG als den falschen an. Die OKP sei eine Sozialversicherung und deswegen nicht geeignet, um Ausbildungen zu finanzieren. Die OKP sei dazu da, Kosten für medizinische Leistungen zu decken. Leistungen, die aufgrund des Risikos Krankheit anfallen, um Diagnosen zu stellen und um Behandlungen durchzuführen. Das durch die Prämien angehäufte Kapital solle nicht dazu dienen, Ausbildungskosten mitzutragen. Weil Fachkräftemangel, zu wenige Ausbildungsplätze sowie eine Ungleichbehandlung der Bereiche erkannt wurden, zeigte sich die Regierung aber bereit, den Kantonen bei der Lösungsfindung beizustehen und dem Parlament Bericht zu erstatten.

Im Nationalratsplenum wurde die Motion nur kurz behandelt und Kommissionssprecherin Schmid-Federer (cvp, ZH) brachte in ihrer Begründung für die Motion vor allem die Sorge um den Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich zum Ausdruck, der zwar immer wieder zur Sprache käme, gegen den aber auch im Parlament jeweils nicht viel Konkretes unternommen werde. Mit diesem Vorstoss könne ein Schritt gegangen werden, der erst noch kostenneutral umgesetzt werden könnte. Gegen den Vorstoss stand Raymond Clottu (svp, NE) ein, der die Meinung des Bundesrats teilte, dass keinesfalls die OKP als Finanzierungskanal erhalten dürfe. Gleich argumentierte Bundesrat Berset, der die Meinung der Regierung vertrat und gegen die Motion warb, die allerdings mit 92 zu 89 Stimmen und 3 Enthaltungen knapp angenommen und damit dem Ständerat zur Weiterbearbeitung überlassen wurde.¹⁴

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.¹⁵

POSTULAT
DATE: 13.03.2017
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Eine Übersicht über die **rechtliche Gleichstellung der öffentlichen und privaten Spitex** zu erhalten, war das Bedürfnis der SGK des Nationalrates, die mit ihrem entsprechenden Postulat eine Bestandsaufnahme vom Bundesrat verlangte. Sie nahm damit ein älteres Anliegen auf. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf allfällige Ungleichbehandlungen der Kundinnen und Kunden privater und öffentlicher Spitexorganisationen bezüglich deren Rechte und Pflichten gelegt werden. Finanzierung, Mehrwertsteuer, die Qualität der Leistungen, Anstellungsbedingungen sowie Modalitäten über den Ausbildungsstand der Pflegenden sollten im geforderten Bericht erläutert werden. Ebenso sollte die Versorgungssicherheit thematisiert werden. Einstimmig hatte sich die Kommission entschlossen, dieses Postulat einzureichen. Ihre Sprecherin Herzog (svp, TG) verdeutlichte die Beweggründe für diesen Schritt mit der demografischen Entwicklung und den daher rührenden Herausforderungen für die Pflege und die Altershilfe. Grundsätzlich werde davon ausgegangen, dass es sowohl privater, als auch öffentlicher Dienstleister bedürfe, die Rahmenbedingungen für deren Tätigkeiten müssten jedoch abgesteckt werden. Gerade in Entlohnungsfragen und buchhalterischen Bestimmungen zu Mehrwertsteuerpflicht und Subventionierung müsse Klarheit geschaffen werden. Die Kommission stützte sich für ihren Ausblick auch auf eine Studie der Universität Basel, gemäss welcher die Kosten im Pflegebereich bis 2035 beträchtlich steigen und jährlich über CHF 30 Mrd. betragen werden. Gegenüber dem Jahr 2012 entspreche dies einem Plus von 177 Prozent – eine „Kostenexplosion“, vor der Herzog und mit ihr die Kommission warnen wollte. In ihrem Votum wurde auch die Marktsituation angesprochen, die momentan neuen Modellen hinderlich sei. Insofern müsse man sich vergegenwärtigen, wie auch eine Versorgungslücke in der Pflege verhindert werden könne.

Der Bundesrat wollte von diesem Auftrag nichts wissen respektive verwies auf laufende Projekte, wie die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung, zu welcher der Schlussbericht zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorgelegt worden war. Zudem gab die Regierung auch zu bedenken, dass die Reglementierung von Spitexorganisationen Sache der Kantone sei, weswegen die Bundesgesetzgebung ohnehin nur beschränkte Wirkung entfalten könne. Einen Bericht zu erstellen sei daher nicht nötig. Gesundheitsminister Berset erwähnte im Rahmen der Behandlung des Postulats im Nationalrat in puncto Mehrwertsteuerpflicht auch noch einmal die Ansicht der Regierung, wie sie bereits zu einem älteren Geschäft formuliert worden war und offensichtlich immer noch ihre Gültigkeit hatte: Steuerausnahmen beeinträchtigten die Wettbewerbsneutralität der Mehrwertsteuer, was zu Wettbewerbsverzerrungen führen könne. Gegen den Willen der Regierung wurde das Postulat vom Plenum aber mit 114 zu 61 Stimmen und 7 Enthaltungen gutgeheissen.¹⁶

MOTION

DATE: 14.03.2019

JOËLLE SCHNEUWLY

Mittels Motion forderte Bea Heim (sp, SO) die **Schaffung einer Rechtsgrundlage zur Vergütungstransparenz der Listen- und Vertragsspitäler**. Nachdem der Vorstoss zweimal bekämpft worden war, wurde er schliesslich in der Frühjahrssession 2019 vom Nationalrat behandelt. Die Motionärin erklärte, dass die Honorare der Ärzteschaft mit einer leitenden Position offengelegt werden sollen, so wie es bis 2012 – damals noch mit unzureichender rechtlicher Grundlage – durch die FMH gemacht worden war. Eine Verbesserung der Transparenz sei deshalb wichtig, weil man damit der Kritik überhöhter Arztelöhne entgegenwirken könne, unter welcher das Vertrauen in die Ärztinnen und Ärzte sowie ihr Image leide. Gemäss der Akademie Menschenmedizin erhielten etwa ein Viertel der Ärzteschaft einen Bonus, wenn sie zu einer Umsatzsteigerung des Spitals beitragen, so Heim. Dies führe zu falschen Anreizen, da dadurch unnötige Eingriffe und hohe Kosten für die OKP verursacht würden. Zudem könnten die Kantone ihre Aufsichtspflicht nur gewährleisten, wenn Transparenz herrsche. Thomas Aeschi (svp, ZG) war da anderer Ansicht. Er warf Heim vor, ein sozialdemokratisches Anliegen einer gesamten Branche überstülpen zu wollen. Durch eine Annahme der Motion könnte künftig weiteren Branchen das gleiche Schicksal drohen. Aus einer privatwirtschaftlicher Sicht empfehle er daher, den Vorstoss abzulehnen. Alain Berset hingegen sprach sich im Namen des Gesamtbundesrates für das Geschäft aus. Obwohl die Kantone für die Aufsicht der Spitäler verantwortlich seien, teilte Berset unter anderem die Sorge über die Fehlanreize verursacht durch die Boni. Weiter sprach sich der Bundesrat dafür aus, die Transparenz zu erhöhen und eine Änderung im KVG zu überprüfen. Mit 124 zu 59 Stimmen stimmte die grosse Kammer für die Motion, wobei 52 Gegenstimmen aus dem Lager der SVP-Fraktion stammten.¹⁷

INITIATIVE PARLEMENTAIRE

DATE: 10.06.2020

JOËLLE SCHNEUWLY

In der Sommersession 2020 befasste sich der Ständerat mit dem **indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative**. Bevor das Stöckli ohne Gegenantrag auf die Vorlage eintrat, bedankten sich zahlreiche Rednerinnen und Redner beim Pflegepersonal und würdigten dieses für den geleisteten Einsatz während der Covid-19-Pandemie. Doch Applaus alleine reiche nicht; diesbezüglich waren sich viele Ständesvertreterinnen und -vertreter einig. Es seien Massnahmen gefordert, um die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern und somit dem Pflegemangel entgegenzuwirken. Die Schweiz sei heute nicht in der Lage, auch nur die Hälfte der benötigten Pflegefachpersonen auszubilden, so Maya Graf (gp, BL). Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) fügte an, es müsse mittels Bezahlung, Wertschätzung und zugestanden Kompetenzen dafür gesorgt werden, dass die ausgebildeten Fachkräfte ihrem Beruf nicht vorzeitig den Rücken zukehren würden. Erreichen wolle dies der indirekte Gegenvorschlag einerseits mit einer Ausbildungsinitiative und andererseits mit mehr Verantwortung für das Pflegepersonal.

Für ersteres müssten die entsprechenden Mittel bereitgestellt werden, wolle man nicht vom Ausland abhängig werden, hob Pirmin Bischof (cvp, SO) hervor. Dazu gehörten die finanzielle Unterstützung der Kantone durch den Bund, wenn sie Pflegefachkräften in Ausbildung bezüglich Lebenshaltungskosten unter die Arme greifen. Dieser Entscheid konnte mit 23 zu 22 Stimmen knapp gegenüber einer Minderheit Dittli (fdp, UR) durchgesetzt werden, der die Finanzierung als Sache der Kantone betrachtete. Anders als der Nationalrat und linke Ratsmitglieder rund um eine Minderheit Carobbio Guscetti, welche die Kantone zu entsprechenden Beiträgen verpflichten wollten, setzte die Mehrheit des Ständerates diesbezüglich jedoch mit 32 zu 13 Stimmen auf Freiwilligkeit. Allgemein gutgeheissen wurde die Ausbildungsverpflichtung von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Spitexorganisationen und die damit zusammenhängende Pflicht der Kantone mindestens einen Teil der ungedeckten Kosten der praktischen Ausbildungsleistungen, die bei den Leistungserbringern anfallen, zu übernehmen. Dabei soll ihnen während acht Jahren die Unterstützung des Bundes zukommen. Der Ständerat kalkulierte für die beiden Punkte der Ausbildungsinitiative CHF 369 Mio. seitens des Bundes ein, also gut CHF 100 Mio. weniger als der Nationalrat.

Bezüglich des zweiten Instruments zur Aufwertung der Pflege – die Ausweitung der Kompetenzen –, stimmte das Stöckli mit 32 zu 10 Stimmen dafür, dass Pflegefachpersonen gewisse vom Bundesrat festgelegte Leistungen selbständig ohne ärztliche Anordnung durchführen und zu Lasten der Krankenkassen abrechnen sollen dürfen, womit der Rat der Kommissionsmehrheit statt einer Minderheit Hegglin (cvp, ZG) folgte. Im Unterschied zum Nationalrat beabsichtigte der Ständerat mit 28 zu 16 Stimmen allerdings, dass dazu im Vorfeld Vereinbarungen zwischen Pflegenden, Spitexorganisationen und Pflegeheimen auf der einen Seite und den Versicherern auf der anderen Seite getroffen werden müssten. Während diese Kompetenzerweiterung einer Minderheit Carobbio Guscetti zu wenig weit ging und sie erklärte, dass damit die Initianten und Initiantinnen kaum überzeugt werden könnten, ihr Volksbegehren

zurückzuziehen, zeigte sich neben gewissen Ratsmitgliedern auch Gesundheitsminister Berset grundsätzlich nicht einverstanden mit der Möglichkeit zur direkten Abrechnung. So befürchtete der Bundesrat Mehrkosten und warnte davor, die Liste der Leistungserbringenden zu verlängern.

In der Gesamtabstimmung stimmte der Ständerat dem indirekten Gegenvorschlag mit 36 zu 4 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) zu.¹⁸

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 15.09.2020
JOËLLE SCHNEUWLY

Obwohl sich National- und Ständerat einig waren, dass es einer Stärkung des Pflegesektors bedürfe, gingen die Meinungen zur diesbezüglichen Umsetzung im Rahmen des **indirekten Gegenvorschlags zur Pflegeinitiative** auseinander. In der Herbstsession 2020 nahm sich der Nationalrat erneut dem Geschäft an.

Mit 115 zu 76 Stimmen hielt er an seiner Position fest, dass die Kantone dazu verpflichtet werden sollen, Pflegefachkräften in Ausbildung mit einem Beitrag an die Lebenshaltungskosten finanziell unter die Arme zu greifen. Die Kantone sollen dabei während acht Jahren vom Bund unterstützt werden. Für die Ausbildungsoffensive kalkulierte die grosse Kammer CHF 469 Mio. seitens des Bundes ein. Damit blieb die Differenz zum Ständerat bestehen, der sich für die Freiwilligkeit seitens der Kantone ausgesprochen hatte und dessen Ansichten auch von Bundesrat Berset vertreten wurden. Durch das Prinzip der Freiwilligkeit könne eine übermässige Einmischung in die Autonomie der Kantone vermieden werden und die Kosten um rund CHF 100 Mio. auf CHF 369 Mio. gesenkt werden, so der Gesundheitsminister. Während Regine Sauter (fdp, ZH) derselben Auffassung war, da durch die Covid-19-Pandemie die öffentlichen Gelder bereits genug strapaziert würden, machte sich Barbara Gysi (sp, SG) für eine Verpflichtung der Kantone stark. Eine Kann-Formulierung könne zur Folge haben, dass sich nicht alle Kantone zur Unterstützung der angehenden Pflegefachleute bereiterklärten. Es sei allerdings notwendig, dass sich alle an der Pflegeoffensive beteiligen, denn um den Beruf attraktiver zu machen, müsse in die Ausbildung investiert werden. Nur so könne man verhindern, dass bis 2030 65'000 Pflegefachmänner und -frauen fehlten. Manuela Weichelt-Picard (al, ZG) merkte zudem an, dass gerade in den Grenzregionen viele Einrichtungen ohne die Grenzgängerinnen und -gänger schliessen müssten, die etwa im Kanton Genf 38 Prozent des Personals ausmachten.

Die zweite Differenz betraf die Kompetenzerweiterung bezüglich selbständiger Abrechnung gewisser Leistungen durch die Pflegenden ohne ärztliche Anordnung, wobei der Bundesrat diese Leistungen festlegen soll. Verena Herzog (svp, TG) erklärte für die SVP, dass man aufgrund der grösseren Zahl an Leistungserbringenden mit Mehrkosten rechnen müsse. Ähnlich sah dies die FDP.Liberales-Fraktion. Daher unterstützten die beiden Parteien die Version des Ständerates, der die selbständige Leistungsabrechnung an eine im Vorfeld mit den Krankenkassen abgeschlossene Vereinbarung binden wollte. Mitglieder der Ratslinken erachteten die Angst vor Mehrkosten hingegen als unbegründet und hoben hervor, dass durch die Kompetenzerweiterung vielmehr Kosten gespart werden könnten, da die Ärzteschaft, die nicht mehr für jede Leistung eine Anordnung verfassen müsste, entlastet würde. Diese Worte schienen den Nationalrat mehr zu überzeugen und so sprach er sich mit 114 zu 79 Stimmen (bei 1 Enthaltung) gegen eine Vereinbarungspflicht mit den Versicherern aus.

Bezüglich der Ausweitung der Kompetenzen im Bereich der Delegation von Aufgaben an weniger qualifiziertes Personal durch Pflegefachpersonen folgte die grosse Kammer auf Anraten ihrer Kommission jedoch der kleinen, womit zumindest eine Differenz beseitigt werden konnte.¹⁹

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 30.11.2020
JOËLLE SCHNEUWLY

In der Wintersession 2020 beschäftigte sich der Ständerat erneut mit dem **indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative**. Dabei hielt er an den beiden bestehenden Differenzen fest. Zum einen stimmte die kleine Kammer mit 29 zu 14 Stimmen dafür, dass die Kantone angehende Pflegefachpersonen mit Ausbildungsbeiträgen ausstatten können und dabei vom Bund während acht Jahren unterstützt werden, allerdings – anders als vom Nationalrat gefordert – nicht dazu verpflichtet werden sollen. Während Gesundheitsminister Berset die Kann-Formulierung befürwortete und argumentierte, auf diese Weise würden CHF 100 Mio. eingespart, fanden die Worte von Minderheitssprecherin und Mitglied des Initiativkomitees, Marina Carobbio Guscetti (sp, TI), welche von 65'000 fehlenden Pflegefachkräften im Jahr 2030 und der Abhängigkeit vom Ausland sprach, bei ihren Ratskolleginnen und -kollegen nicht genügend Gehör. Zum anderen beharrte das Stöckli mit 23 zu 18 Stimmen darauf, dass bezüglich der selbständigen Abrechnung von Leistungen durch die Pflegefachpersonen

mit der OKP die Leistungserbringenden im Vorfeld eine Vereinbarung mit den Versicherern abschliessen müssten. Auch hier hielt Carobbio vergeblich entgegen, dass es sich dabei «faktisch [um] eine Aufhebung des Vertragszwangs durch die Hintertür» handle, wodurch ein Rückzug der Initiative unwahrscheinlich werde.²⁰

MOTION

DATE: 14.12.2020
JOËLLE SCHNEUWLY

Mittels Motion wollte Marco Chiesa (svp, TI) den Bundesrat mit der Aufgabe betrauen, die Vereinfachung des **Nachweises der Sprachkenntnisse für universitäre Medizinalpersonen** voranzutreiben und die Anerkennung kostenlos zu gestalten. Das Geschäft kam in der Wintersession 2020 in den Nationalrat, wo es von Piero Marchesi (svp, TI) vorgestellt wurde. Dieser hatte den Vorstoss von Chiesa übernommen, nachdem dieser in den Ständerat gewählt worden war. Marchesi bezeichnete die CHF 50 bis CHF 100 teure Bescheinigung, die es bei der MEBEKO einzuholen gelte, als ungerechtfertigte Bürokratie. Weiter machte er auf den Vorschlag des Gesundheitsdepartements des Kantons Tessin aufmerksam, welcher den automatischen und kostenlosen Eintrag der Sprachkenntnisse im Register der Ärzteschaft vorgesehen habe, wenn ein Arzt oder eine Ärztin vor dem 1. Januar 2015 im Besitz der freien Berufsausübungserlaubnis des Kantons gewesen sei. Gesundheitsminister Alain Berset empfahl die Motion im Namen des Bundesrats zur Ablehnung. Er begründete diese Haltung damit, dass bereits Massnahmen ergriffen worden seien. So würden die eingetragenen Sprachkenntnisse von Fachpersonen mit einem Abschluss vor Ende 2019 der Ausbildungssprache entsprechen. Personen mit einem Abschluss, der auf 1. Januar 2020 datiert sei, könnten zwischen der Unterrichtssprache und der Muttersprache wählen. Dabei sei jeder Eintrag mit Kosten zwischen CHF 50 und CHF 100 verbunden. Der Nationalrat liess sich von den Worten Bertsers nicht beirren. Er nahm die Motion mit 153 zu 29 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) an. Die Gegenstimmen stammten in erster Linie aus dem Lager der GLP- und Mitte-Fraktion.²¹

INITIATIVE POPULAIRE

DATE: 07.06.2021
JOËLLE SCHNEUWLY

Nachdem das Parlament den indirekten Gegenvorschlag zur **Pflegeinitiative** in der Frühjahrsession verabschiedet hatte, musste der Ständerat in der Sommersession 2021 noch über die Volksinitiative selbst befinden – der Nationalrat hatte seine ablehnende Empfehlung bereits in der Wintersession 2019 gefällt. Kommissionssprecher Erich Ettlin (mitte, OW) fasste noch einmal die Anliegen des Initiativkomitees zusammen und legte dar, inwiefern diese Forderungen im Gegenvorschlag aufgenommen worden waren. Er sei der Ansicht, dass man dem Initiativkomitee bereits «weit entgegengekommen» sei, weshalb die SGK-SR die Initiative zur Ablehnung empfehle. Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) erklärte als Mitglied des Initiativkomitees, dass zwar die beiden Punkte zur Ausbildungsoffensive und zur Vergütung gewisser Pflegeleistungen durch die OKP ohne die Notwendigkeit einer ärztlichen Anordnung in den indirekten Gegenvorschlag integriert worden seien, dass aber mit den verbesserten Arbeitsbedingungen ein zentraler Aspekt der Initiative im Gegenvorschlag fehle. Es sei daher noch offen, ob das Initiativkomitee die Initiative zurückziehen werde. Für Gesundheitsminister Berset stand die Relevanz der Pflegebranche ausser Frage, er gab allerdings unter anderem zu bedenken, dass es nicht ideal sei, Details in die Verfassung zu schreiben, die einen Effekt auf bestimmte Berufsgruppen hätten. Vielmehr seien dazu andere Mittel und Wege nötig. Mit 28 zu 14 Stimmen empfahl das Stöckli die Initiative daraufhin den Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern zur Ablehnung. In den beiden Schlussabstimmungen, welche noch in der gleichen Session stattfanden, sprachen sich die grosse Kammer mit 116 zu 74 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) und die kleine Kammer mit 30 zu 14 Stimmen für den Bundesbeschluss auf Empfehlung zur Ablehnung aus.²²

Epidémies

Zu Beginn des Jahres 2022 hatte der Bundesrat stark mit der neuen Dynamik in der **fünften Welle der Covid-19-Pandemie** zu kämpfen: Die sich immer stärker ausbreitende Omikron-Variante erwies sich als deutlich ansteckender als die bis zu diesem Zeitpunkt vorherrschende Delta-Variante. Dies führte zu immer neuen Rekordzahlen laborbestätigter Ansteckungen mit dem Corona-Virus. Anders als bei der Delta-Variante stiegen jedoch die Spitaleinweisungen deutlich weniger stark an. So stellte etwas später auch die EMPA zusammen mit wissenschaftlichen Instituten und dem Kanton Graubünden fest, dass «**Omikron [...] das Gesundheitssystem wohl nicht an die Grenzen [bringe]**». So sei die Omikron-Variante zwar infektiöser als die Delta-Variante, aber «scheinbar weniger gefährlich für die Gesundheit». Folglich stieg die Anzahl täglicher Hospitalisationen mit oder wegen Covid-19 zwischen Dezember 2021 und Februar 2022 auf durchschnittlich 119 und blieb damit fast halb so gross wie im November 2020 mit durchschnittlich 206 entsprechenden Hospitalisationen täglich. Somit stand neu nicht mehr in erster Linie das Gesundheitssystem pandemiebedingt vor grossen Schwierigkeiten, sondern die **Wirtschaft**: Die Medien diskutierten ausführlich über die Folgen des Personalmangels, der durch die überaus hohen Quarantänezahlen verursacht wurde. «Wir können nicht einen Drittel der Bevölkerung in Quarantäne schicken, sonst würde alles zusammenbrechen», gab etwa der Luzerner Gesundheitsdirektor Guido Graf (LU, mitte) gegenüber der Luzerner Zeitung zu bedenken. Am 12. Januar 2022 entschied der Bundesrat daher, die Kontaktquarantäne sowie die Isolation von zehn auf fünf Tage zu verkürzen, wie es Economiesuisse zuvor gegenüber den Medien gefordert hatte. Weiterhin konnte die Isolation jedoch nur verlassen, wer zuvor 48 Stunden ohne Symptome war. Die Kontaktquarantäne wurde überdies auf Personen in demselben Haushalt und mit engem Kontakt zu Infizierten beschränkt, während Personen, die innert der letzten vier Monate geimpft worden oder genesen waren, gänzlich von der Quarantäne ausgenommen wurden. Ausdrücklich ermöglichte der Bundesrat den Kantonen zudem Ausnahmen bezüglich Quarantäne und Isolation, «um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten». Trotz dieser Abschwächung der Quarantäne verlängerte der Bundesrat Mitte Januar 2022 ob der immer noch steigenden Fallzahlen die **Geltungsdauer verschiedener Massnahmen**: Die Kontaktquarantäne sowie die Homeoffice-Pflicht sollten neu bis Ende Februar gelten, die 2G-, 2Gplus- und 3G-Regeln, die Maskenpflicht und die Einschränkung privater Treffen sollten gar bis Ende März aufrechterhalten werden. Zudem sollten die Covid-19-Zertifikate in Übereinstimmung mit den Regelungen in der EU neu nur noch 270 statt 365 Tage gültig sein.

Dies sollten jedoch vorerst die letzten Verschärfungen in den Covid-19-Regelungen sein. Denn so schnell die laborbestätigten Covid-19-Fallzahlen Ende 2021 angestiegen waren, so schnell begannen sie **Ende Januar 2022 wieder zu sinken**. Entsprechend entschied sich der Bundesrat, die **Homeoffice-Pflicht und die Kontaktquarantäne per 3. Februar 2022 wieder aufzuheben**. Die Kontaktquarantäne habe aufgrund der hohen Ansteckungszahlen «an Bedeutung verloren» und wurde folglich erstmals seit Pandemiebeginn eingestellt. Weiterhin mussten sich jedoch infizierte Personen während fünf Tagen isolieren, um Ansteckungen anderer zu verhindern. Zwei Wochen später hob der Bundesrat schliesslich beinahe alle verbliebenen Covid-19-Massnahmen auf: Er beendete generell die Zertifikats- und Maskenpflicht – ausser im öffentlichen Verkehr und in Gesundheitseinrichtungen –, die Bewilligungspflicht von Grossveranstaltungen sowie die Einschränkung privater Treffen. Zuvor hatte sich eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden für diese schnelle Lockerung ausgesprochen. Zwar stiegen die Fallzahlen Mitte Februar 2022 erneut an, erreichten bis Mitte März aber mit über 40'000 Fällen und einem 7-Tage-Durchschnitt von 28'000 Fällen nicht mehr die Rekordzahlen von Mitte Januar 2022.

Dass der Anteil Personen, die sich bisher noch nie mit dem Coronavirus infiziert hatten, immer geringer wurde, zeigte sich beispielhaft an den sich mehrenden Meldungen über **infizierte Bundesratsmitglieder**: Im Februar 2022 traf es Ignazio Cassis, im März 2022 Gesundheitsminister Alain Berset sowie Guy Parmelin und im April Simonetta Sommaruga. Im August 2022 gab der Bundesrat dann bekannt, dass in der Zwischenzeit über 97 Prozent der Schweizer Bevölkerung mit dem Virus in Kontakt gekommen seien – durch Ansteckung oder Impfung, wobei 70 Prozent der Gesamtbevölkerung mindestens einmal geimpft seien.

Bereits vorher, nämlich am Freitag, 1. April 2022 folgte schliesslich nach über zwei Jahren Ausnahmezustand die **Rückkehr in die normale Lage gemäss Epidemien-gesetz**. Somit fielen mit der Isolationspflicht für infizierte Personen und der Maskenpflicht im

öffentlichen Verkehr und in Gesundheitseinrichtungen auch die letzten grossen Massnahmen zur Bekämpfung der Pandemie. Gleichzeitig legte der Bundesrat die «Hauptverantwortung für Massnahmen zum Schutz der Bevölkerung» nun wieder in die Hände der Kantone. Dennoch wollte er in einer einjährigen Übergangsphase eine erhöhte Wachsamkeit und Reaktionsfähigkeit aufrechterhalten, in der die während der Pandemie wichtigen Strukturen insbesondere bezüglich Tests, Impfungen und Contact Tracing erhalten bleiben sollten. So hatten Bund und Kantone bereits einen Monat zuvor in einer Medienmitteilung festgestellt, dass auch weiterhin mit saisonalen Erkrankungswellen zu rechnen sei. Um das Ausmass der Verbreitung des Virus weiterhin überprüfen zu können, setzte der Bundesrat in der Folge verstärkt auf die Überprüfung des Abwassers: Bis zu diesem Zeitpunkt war das Wasser in sechs Kläranlagen auf die Stärke der Virenlast und die zirkulierenden Varianten überprüft worden, neu wurde dieses Projekt auf 100 Kläranlagen ausgedehnt.

Gänzlich aufgehoben wurden die Covid-19-Massnahmen im Übrigen nicht, bestehen blieben die zwangsweisen Covid-19-Tests von Abgewiesenen bei der Rückstellung in ihr Herkunftsland, welche das Parlament bis ins Jahr 2024 verlängerte.

Im Mai 2022 verabschiedete der Bundesrat ein **Grundlagenpapier zu Zielen und Aufgabenverteilung in der Übergangsphase**. Demnach liege die Hauptverantwortung bei den Kantonen, wobei sie insbesondere für die Test- und Spitalkapazitäten und das Impfangebot zu sorgen und allfällige Massnahmen bei Anstieg der Fallzahlen zu ergreifen hätten. Der Bund blieb lediglich zuständig für die Überwachung, den internationalen Personenverkehr, für die Versorgung mit Heilmitteln sowie für alle Massnahmen aufgrund des Covid-19-Gesetzes. Die besondere Lage gemäss Epidemiegesetz werde er zukünftig nur dann wieder ausrufen, wenn die Bemühungen der Kantone die Verbreitung des Virus nicht verhindern könnten und die öffentliche Gesundheit gefährdet sei.

Ab Juni 2022 stiegen die Fallzahlen für eine **Sommerwelle** – wie sie in den Medien teilweise genannt wurde – an, die Mitte Juli 2022 Höchstwerte von fast 10'000 Fällen und einen 7-Tage-Schnitt von fast 8'000 Fällen erreichte. Wie stark die Corona-Pandemie in der Zwischenzeit an Schrecken und Aufmerksamkeit verloren hatte, zeigte sich etwa daran, dass sich die Medien kaum noch auf eine einheitliche Nummerierung der Covid-19-Wellen einigen konnten. Zudem galt die Medienaufmerksamkeit in der Zwischenzeit viel mehr den beiden grossen aktuellen Themen, dem Krieg in der Ukraine und dem Energie-Engpass. Mitte September 2022 bahnte sich schliesslich eine auch vom Bundesrat mehrfach prognostizierte **Herbst- und Winterwelle** an, die aber bis Ende Jahr mit einem Spitzenwert im Oktober von fast 8'300 gemeldeten Neuinfektionen täglich und einem maximalen 7-Tage-Schnitt von 5'450 Neuinfektionen nicht die befürchteten Fallzahlen erreichte – womöglich auch wegen einer hohen Dunkelziffer.

Allgemein hatte sich der Fokus der bundesrätlichen Massnahmen seit November 2021 immer stärker hin zur **Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten der Schweizer Bevölkerung** verschoben. So berichtete die Regierung immer wieder über den **Kauf neuer Arzneimittel**, mit denen Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf oder bei einem schweren Verlauf behandelt werden können: Ende November 2021 reservierte der Bundesrat 8'640 Packungen des «vielversprechenden Arzneimittels» Molnupiravir von MSD Merck Sharp & Dohme AG Schweiz, das bis im Januar 2022 verfügbar sein sollte. Ende Dezember 2021 kamen weitere Verträge mit GlaxoSmithKline AG und Roche Pharma (Schweiz) AG für die Medikamente Sotrovimab (2'000 Packungen) und Casirivimab/Imdevimab (4'000 Packungen) hinzu, welche der Bund bereits im Jahr zuvor bestellt hatte. Kurz darauf gab die Regierung im Rahmen ihres Förderprogramms für Covid-19-Arzneimittel den Abschluss von Verträgen mit vier in der Schweiz ansässigen Unternehmen in der Gesamthöhe von CHF 27 Mio. bekannt, von denen sie sich bis Ende 2022 neue Medikamente versprach. Im Mai 2022 folgte ein Vertrag mit Pfizer für die Beschaffung von 12'000 Packungen des Arzneimittels Paxlovid.

Doch nicht nur zur Behandlung, **auch zur Prophylaxe** standen neu Arzneimittel zur Verfügung: Noch Ende 2021 erteilte Swissmedic dem Arzneimittel Ronapreve, das zur Prävention von Covid-19 für Personen mit ungenügender Immunantwort auf die Impfung dient, die Zulassung. Dieses Medikament war in Übereinstimmung mit der Covid-19-Verordnung 3 bereits während der Zulassungsphase eingesetzt worden. Mitte Februar 2022 reservierte der Bundesrat zudem erneut 2'000 Packungen des Medikaments Sotrovimab von GlaxoSmithKline AG, während er in Übereinstimmung mit Motionen von Verena Herzog (svp, TG) und der SGK-NR den Zugang zu weiteren

Arzneimitteln zur Prävention von Covid-19 für immunsupprimierte Personen sicherte. Im März 2022 und im Juli 2022 folgten Verträge mit AstraZeneca Schweiz für Tixagevimab/Cilgavimab als weitere Möglichkeit zur Prophylaxe gegen Covid-19.

Ausgedehnt wurden auch die Impfmöglichkeiten. Bereits Ende 2021 hatte der Bundesrat bekannt gegeben, dass die Bevölkerung auch im Jahr 2022 gratis Zugang zu den Covid-19-Impfungen haben werde – die Kosten teilen sich OKP, Bund und Kantone weiterhin auf. Noch Ende 2021 hiess Swissmedic nach Pfizer/BioNTech und Moderna auch die Auffrischungsimpfung von Johnson & Johnson sowie deren Kreuzimpfungen mit mRNA-Impfstoffen gut.

Neu zugelassen für Personen ab 18 Jahren wurde Anfang März 2022 überdies der Impfstoff Nuvaxovid von Novavax. Neben den beiden mRNA-Impfstoffen von Pfizer/BioNTech und Moderna sowie dem Vektor-basierten Impfstoff von Johnson & Johnson stellte Nuvaxovid einen Protein-Impfstoff dar, der «einen nicht infektiösen Bestandteil der Oberfläche des Sars-CoV-2-Virus» enthält und damit eine Immunreaktion auslöst. Im April 2022 nahmen BAG und EKIF diesen Impfstoff in ihre Impfeempfehlung für Personen ab 18 Jahren auf.

Anfang März 2022 gab der Bundesrat seinen Plan für die Impfstoffversorgung der Schweizer Bevölkerung für das Jahr 2023 bekannt, die er mit je 7 Mio. Impfdosen von Pfizer/BioNTech und Moderna sowie mit je weiteren 7 Mio. optionalen Dosen sicherstellen wollte. Bereits zuvor hatte er bekannt gegeben, bis Mitte 2022 maximal 15 Mio. Impfstoffdosen an die COVAX-Initiative und andere Länder weiterzugeben, sofern die Schweiz diese nicht verwenden könne. Später entschied das Parlament jedoch bei der Beratung des Nachtrags Ib zum Voranschlag 2022, die Anzahl Impfdosen für das Jahr 2023 zu halbieren, woraufhin das BAG neue Verträge mit den Impfstofflieferanten ausarbeiten musste.

Im Juni 2022 folgte ein erstes Zulassungsgesuch für einen «Omikron-Impfstoff» durch Moderna Switzerland GmbH, Anfang August sowie Mitte September folgten auch zwei entsprechende Anträge von Pfizer/BioNTech. Die Gesuche wurden Mitte September (Moderna) respektive Mitte Oktober (Pfizer/BioNTech) bewilligt.

Laufend passten BAG und EKIF auch ihre Impfeempfehlung an: Ab Mai 2022 empfahlen sie Personen mit einem stark geschwächten Immunsystem eine weitere Auffrischungsimpfung mit einem mRNA-Impfstoff, Anfang Juli dehnten sie diese Empfehlung auf Personen über 80 Jahren aus. Und auf den Herbst hin empfahlen sie insbesondere Personen über 65 Jahren sowie Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko durch Vorerkrankung oder Schwangerschaft sowie ergänzend dazu Personen in Akut- und Langzeitbetreuung oder in Betreuung besonders gefährdeter Personen eine Impfung. Schliesslich sei die Impfung auch für alle anderen Personen ab 16 Jahren sinnvoll, um «das Risiko einer Infektion oder eines seltenen schweren Verlaufs [zu] vermindern».

Nicht nur für Erwachsene, auch für **Kinder** wurden die Impfmöglichkeiten erweitert. Bereits Ende 2021 erteilte Swissmedic dem Impfstoff von Pfizer/BioNTech die Zulassung für Kinder zwischen fünf und elf Jahren, im Mai 2022 folgte die Zulassung des Moderna-Impfstoffs für Kinder zwischen sechs und elf Jahren und im September 2022 die Zulassung von Novoxovid für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren.

Neben den Arzneimitteln und Impfungen gelangte auch die **Finanzierung der Covid-19-Massnahmen sowie der Abbau der pandemiebedingten Schulden**, welche der Bundesrat ausserordentlich verbucht hatte, stärker in den Fokus. Im Februar 2022 beantragte die Regierung die Finanzierung der vom Parlament vorgenommenen Änderungen in der vierten Revision des Covid-19-Gesetzes in einem ausserordentlichen Nachtrag Ia zum Voranschlag 2022, was das Parlament in der Frühjahrsession 2022 guthiess.

In der Folge wurde vor allem über den Abbau der Covid-19-Schulden diskutiert, wobei man sich lange nicht einig war, ob die Schulden mit zukünftigen Überschüssen oder auch mit bisherigen Überschüssen und dafür in einer verkürzten Frist abgebaut werden sollten. Das Parlament entschied sich schliesslich, nur die zukünftigen Überschüsse und allfällige SNB-Zusatzausschüttungen zu verwenden, deren Anfallen jedoch im Verlauf des Jahres unwahrscheinlich geworden war.

Gleichzeitig wurden auch immer mehr Aktivitäten zur **Evaluation des Krisenmanagements während der Pandemie** bekannt. Bereits Ende 2020 hatte das BAG eine «externe Evaluation über die Bewältigung der Covid-19-Pandemie» in Auftrag gegeben. Diese stellte Bund und Kantone grundsätzlich ein gutes Zeugnis aus, kritisierte jedoch die Krisenvorbereitung sowie das anfängliche Krisenmanagement. Im Juni 2022 ergänzte der Bundesrat diese Evaluationsbemühungen um eine

Administrativuntersuchung zur Beschaffung von Covid-19-Impfstoffen, bei der untersucht werden sollte, ob sämtliche Beschaffungen durch Kredite gedeckt «und in den Verträgen Parlamentsvorbehalte eingefügt» waren. Zeitgleich erschien auch der zweite Bericht über die Beschaffung von medizinischen Gütern während der Covid-19-Pandemie, gemäss dem die Armeeapotheke zwischen Juli 2020 und Dezember 2021 medizinische Güter im Wert von CHF 96 Mio. beschafft hatte. Deren Einsatz bezüglich der Maskenbeschaffung im Frühjahr 2020 würdigte der Bundesrat überdies in einer Stellungnahme zu einem Bericht der GPK-NR. Das «VBS und insbesondere die Armeeapotheke» hätten den Auftrag, eine grösstmögliche Menge an Schutzmasken in kürzester Zeit zu beschaffen, «unter hohem Druck, mit grossem Einsatz und trotz der schwierigen Bedingungen» erfüllt. Aus den dabei dennoch erfolgten Fehlern sollen nun Lehren gezogen werden.

Im August 2022 zeigten statistische Auswertungen schliesslich noch einmal das Ausmass der Pandemie im Jahr 2020 auf: So habe es im ersten Pandemiejahr 12.4 Prozent mehr Todesfälle gegeben als durchschnittlich, wobei die Covid-19-Pandemie mit 12.2 Prozent für am drittmeisten Todesfälle nach Herz-Kreislauf-Krankheiten (mit 26.9%) und Krebs (mit 22.2%) verantwortlich gewesen sei.

In der Herbst- und Wintersession 2022 beschäftigte sich das Parlament mit der **fünften Änderung des Covid-19-Gesetzes**, bei dem es erneut insbesondere um die Frage ging, wie lange die Regelungen im Covid-19-Gesetz aufrecht erhalten bleiben sollen. Besonders umstritten war dabei die Frage, ob die Kantone die Finanzierung und Organisation der Covid-19-Tests übernehmen sollten, wie dies der Bundesrat vorgeschlagen hatte. Die Kantone wehrten sich erfolgreich, so dass ab 2023 die Krankenkassen und bei Tests, welche für Reisen nötig sind, die Bevölkerung für die Tests aufkommen werden.

Assurances sociales

Assurance-maladie

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 Prämienprozents, 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

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 12.03.2013
FLAVIA CARONI

simplem 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 Kommissionmehrheit 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 Kommissionmehrheit 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.²³

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.²⁴

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 Kommissionminderheit Stolz (fdp, BS) für Nichteintreten. Die Kommissionssprecherin und der Kommissionssprecher 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“ erhalte 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 erneuert 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.²⁵

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 Kantons Grenzen 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 Differenzbereinigung an die grosse Kammer.²⁶

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 06.06.2016
FLAVIA CARONI

In der Sommersession 2016 nahm sich der Ständerat der parlamentarischen Initiative der SGK-NR für eine **Verlängerung der Gültigkeit von Artikel 55a KVG** bis Juni 2019 an. Die vorberatende Kommission empfahl mit 8 zu 0 Stimmen und 3 Enthaltungen die Annahme, wenn auch, so die Sprecherin, ohne Begeisterung. Man erwarte vom Bundesrat so rasch wie möglich einen Vorschlag für eine Regelung, um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen langfristig und gezielt einzudämmen. Aus diesem Grund beantragte die Kommission ihrem Rat gleichzeitig, die Motion der SGK-NR für eine neue Zulassungsregelung nach 2019 anzunehmen. Zwar war in den Voten von einer „griechischen Tragödie“ die Rede, dennoch wurde nach der Stellungnahme Bundesrat Berset, der versicherte, dass auch der Bundesrat an einer dauerhaften Lösung interessiert sei, Eintreten ohne Gegenantrag beschlossen und die parlamentarische Initiative wurde in der Gesamtabstimmung mit 34 zu 6 Stimmen bei 3 Enthaltungen angenommen. Die ablehnenden Stimmen kamen aus der SVP- und der FDP-Fraktion. Die Dringlichkeitsklausel war von diesem Entscheid noch ausgenommen; über sie hatte zunächst wieder der Nationalrat zu entscheiden.²⁷

MOTION
DATE: 15.12.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im Dezember 2016 reichte Josef Dittli (fdp, UR) eine Motion zur **Schaffung eines Pflegesparkontos** ein. Damit sollten zukünftig Pflegeleistungen im Alter finanziert werden, wobei das Konto obligatorisch, steuerbefreit und vererbbar sein sollte. Finanziert werden sollte es über fixe Prämien, nicht über lohnabhängige Abzüge. Heute seien die EL «de facto zu einer Pflegeversicherung geworden», dieser Fehlanreiz müsse nun durch eigenverantwortliches Sparen korrigiert werden, wodurch die öffentliche Hand, die EL sowie die Krankenkassenprämien entlastet werden könnten. Der Bundesrat verwies in seiner Antwort auf die ungleiche Verteilung der Pflege. So seien 2008 9 Prozent der über 65-Jährigen auf eine sehr intensive Pflege angewiesen gewesen, während die übrige ältere Bevölkerung nicht oder kaum pflegebedürftig gewesen sei. Gemäss BFS würde weniger als die Hälfte der Bevölkerung in ihrem Leben pflegebedürftig. Aus diesem Grund bevorzuge der Bundesrat eine Versicherungslösung gegenüber der vorgeschlagenen Sparlösung. Gleichzeitig erachtete der Bundesrat ein «weiteres staatlich geregeltes Zwangssparen» aus volkswirtschaftlicher Sicht als

problematisch und lehnte die entsprechende privilegierte Besteuerung wegen der daraus folgenden Steuerausfälle für Bund, Kantone und Gemeinden ab. Die Steuererleichterungen kämen überdies vor allem wirtschaftlich stärkeren Haushalten zugute, während für Personen, welche sich die Beiträge an das Pflegesparkonto nicht leisten könnten, ein «zusätzliches sozialpolitisches Instrument» geschaffen werden müsste. Allfällige Kosteneinsparungen würden entsprechend vor allem in dieses neue Instrument umgelagert, kritisierte der Bundesrat und empfahl die Motion zur Ablehnung.

In der Frühjahrssession 2017 zog der Motionär seinen Vorstoss zurück. Er betonte, dass er die auf einem Bericht von Avenir Suisse beruhende Idee bei der Diskussion verschiedener Varianten zur Finanzierung der Langzeitpflege im bundesrätlichen Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» vermisst habe. Nun sei aber deren Diskussion in der SGK-SR traktandiert, was sein Ziel gewesen sei. Da er mit dem Bundesrat übereinstimme, dass es für einen Gesetzgebungsauftrag für ein Pflegesparkonto noch zu früh sei, ziehe er die Motion zurück.²⁸

ORDONNANCE / ARRÊTÉ FÉDÉRAL SIMPLE
DATE: 18.10.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2017 gab der Bundesrat bekannt, dass er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen und die Einzelleistungstarifstruktur **Tarmed** anpassen werde. Dies war nach 2014 zum zweiten Mal nötig geworden, weil sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf einen gemeinsamen Tarif hatten einigen können und somit für das Jahr 2018 keine Tarifstruktur mehr vorgelegen hätte. Die Änderungen der Verordnung zum Tarmed sahen vor, die „Vergütungen der verschiedenen Leistungen in angemessene Relation zu stellen“. Dazu sollten einerseits die Leistungsvergütungen bestimmter Tarifpositionen geändert werden. Zum Beispiel soll für alle Leistungen ein einheitlicher Dignitätsfaktor bestimmt werden. Die Weiterbildungsdauer der Fachärzte soll folglich nicht mehr in die Tarife einfließen, so dass alle ärztlichen Leistungen einheitlich abgerechnet werden. Andererseits werden die Abrechnungsregeln einzelner Tarifpositionen geändert, was unter anderem zu mehr Abrechnungstransparenz und reduzierten Beträgen bei der Verrechnung von Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten führen soll. Zudem werden die Tarife derjenigen Leistungen gesenkt, deren Dauer durch technische oder medizinische Fortschritte reduziert worden ist. Einzelne dieser Massnahmen hatte der Bundesrat entsprechend den Rückmeldungen aus der Vernehmlassung angepasst, so dass er nun mit jährlichen Einsparungen von CHF 470 Mio. (anstelle der ursprünglich erwarteten CHF 700 Mio.) rechnete. Diese Korrekturen betrafen vor allem die vulnerabelsten Patienten, also Kinder, Betagte und psychisch Kranke, deren Grundkonsultation unter anderem weiterhin länger dauern darf als bei den übrigen Patienten.

Die betroffenen Akteure reagierten unterschiedlich auf die Revision. Der Kassenverband Curafutura lobte die Revision und erwartete deutliche Einsparungen bei den Prämien; Santésuisse hingegen bezweifelte, dass die durch die Revision möglichen finanziellen Reduktionen tatsächlich die von Bundesrat Berset angegebene Höhe erreichen würden. Negative Reaktionen kamen vor allem von den Leistungserbringern: Der Ärzteverband FMH sorgte sich aufgrund der Revision wie bereits in der Vernehmlassung vor möglichen Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich. Für die Ärzte bedeute dies zudem eine Reduktion ihrer Vergütungen um durchschnittlich 10 Prozent, vereinzelt könne es gar zu Reduktionen bis 30 Prozent kommen. Dies veranlasste die Presse zu Spekulationen, ob die Revision den Anreiz der Ärzteschaft gesteigert habe, ihre eigene Tarifrevision Tarco voranzutreiben. Deren Erarbeitung hatte sich zuvor als schwierig erwiesen, weil höhere Ansätze bei den einen Ärzten aufgrund der nötigen Kostenneutralität zu finanziellen Einbussen für andere Ärzte führen würden. Der Spitalverband H+ betonte schliesslich, dass die Anpassung des Tarmed die Situation der Spitäler weiter verschlechtern werde. Aufgrund dieser unterschiedlichen Rückmeldungen waren sich die Medien nicht einig, ob die Revision eine gute oder schlechte Nachricht für die Patienten sei. Zwar setze der Bundesrat damit ein Zeichen gegen die ständig wachsenden Prämien, jedoch seien Einsparungen von einer halben Milliarde pro Jahr bei jährlichen Gesundheitskosten von etwa CHF 70 Mrd. eher ein Tropfen auf den heissen Stein.²⁹

In der Herbstsession 2018 beriet das Parlament die parlamentarische Initiative für eine **befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Art. 55 KVG**. Zuvor hatte sich der Bundesrat in einer Stellungnahme für die Vorlage ausgesprochen, weil damit für den Fall einer Verzögerung bei der Änderung des KVG bezüglich der Zulassung von Leistungserbringenden (BRG 18.047) ein Zeitraum ohne Zulassungsbeschränkung verhindert werden könne. Die Detailberatung des Bundesratsgeschäfts müsse jedoch umgehend angegangen werden, betonte der Bundesrat. Im erstbehandelnden Nationalrat erläuterten die Kommissionssprecher Nantermod (fdp, VS) und Hess (bdp, NR) sowie Gesundheitsminister Berset noch einmal die Geschichte der Zulassungsbeschränkung, ihre Relevanz und die Notwendigkeit einer weiteren – letzten – Verlängerung derselben. Diskussionslos und stillschweigend genehmigte der Rat die Vorlage in der Detailberatung und übergab sie mit 160 zu 1 Stimme in der Gesamtabstimmung dem Zweitrat. Ein ähnliches Bild präsentierte sich im Ständerat, der die Initiative am folgenden Tag in der Gesamtabstimmung einstimmig mit 36 zu 0 Stimmen guthiess. Auch die Schlussabstimmungen stellten keine grossen Hürden mehr dar, mit 194 zu 1 Stimme respektive 41 zu 0 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) verabschiedete das Parlament die erneute, befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung für Ärzte. Einzig Lukas Reimann (svp, SG) lehnte die Verlängerung ab, während Hannes Germann (svp, SH) und Martin Schmid (fdp, GR) sich ihrer Stimme enthielten.³⁰

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.³¹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 04.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

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.³²

Nach dem Corona-bedingten Abbruch der Frühjahrsession 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.³³

Mittels Motion verfolgte die FDP.Libérale-Fraktion Ende 2018 die Idee eines **Pflegesparkontos**. Auf dem Konto sollte freiwillig, steuerbefreit und vererbbar Geld für Pflege und Betreuung im Alter gespart werden können. Eigenverantwortliches Sparen für die eigene Alterspflege müsse sich lohnen, argumentierte die Partei. Dadurch würden die Ergänzungsleistungen und die OKP entlastet. Der Bundesrat verwies auf seine Antwort auf die Motion Dittli (fdp, UR; Mo. 16.4086) mit ähnlichem Anliegen und erklärte, dass eine Versicherung aufgrund der kleinen bis mittleren Eintrittswahrscheinlichkeit und geringer Beeinflussbarkeit einer späteren Pflege sinnvoller sei als ein Sparkonto. Die Steuerbefreiung des Sparkontos würde zudem zu höheren Steuerausfällen bei Bund, Kantonen und Gemeinden führen, als das Sparkonto Minderausgaben bewirken würde. Aufgrund der Freiwilligkeit des Pflegesparkontos würden vor allem einkommensschwache Personen auf eine Erstellung verzichten, wodurch überdies der Bedarf an Ergänzungsleistungen bestehen bliebe. Mit 99 zu 74 Stimmen lehnte der Nationalrat die Motion ab. Zustimmung fand sie neben der einreichenden FDP.Libérale-Fraktion bei der SVP-Fraktion sowie bei einem Mitglied der Mitte-Fraktion.³⁴

In der Wintersession 2020 **berichtigte das Parlament die Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials**. Einstimmig bestätigte der Ständerat die vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen und löste die Ausgabenbremse, nachdem Kommissionssprecher Bischof (cvp, SO) im Namen der Kommission die Annahme der Vorlage empfohlen hatte. Auf Einzelantrag von Peter Hegglin (cvp, ZG) und Bitte von Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) schloss der Rat – ebenfalls einstimmig – zudem eine Lücke, welche der Gesetzestext bis dahin noch aufgewiesen hatte: So war man davon ausgegangen, dass alle Beträge, die bisher vergütet worden waren, auch zukünftig vergütet würden. Tatsächlich wären durch die geplante Änderung aber Materialien, die ausschliesslich vom Pflegefachpersonal angewendet werden, sich aber nicht auf der MiGeL befinden, weder von der OKP noch von den Kantonen vergütet worden. Um dies zu verhindern, stimmte der Rat dem Antrag Hegglin zu, wonach die entsprechenden Mittel und Gegenstände während eines Jahres ab Inkrafttreten der Änderung weiterhin nach dem bisherigen Recht vergütet werden sollten. Damit habe man Zeit, die entsprechenden Güter auf die MiGeL zu setzen. Diese Lösung hatte auch Bundesrat Berset zuvor im Rahmen der Debatte unterstützt. Einstimmig (41 zu 0 Stimmen) verabschiedete der Ständerat das Gesetz in der Gesamtabstimmung. Gegen diese Änderung hatte auch der Nationalrat nichts einzuwenden, stillschweigend nahm er die Differenz an und stimmte dem Gesetz in den Schlussabstimmungen (195 zu 0 Stimmen) genauso einstimmig zu wie der Ständerat (41 zu 0 Stimmen).³⁵

Groupes sociaux

Groupes sociaux

En octobre 2020, le **Conseil national a rejeté un postulat Funicello (ps, BE), qui demandait des éclaircissements sur les conséquences sociales de la gestion de la crise du coronavirus**. Se basant sur une étude de l'OCDE, la députée socialiste explique que certains groupes de la population (comme les femmes, les personnes de couleur ou les personnes exilées) souffrent plus de la crise sanitaire. Cela s'explique notamment par un accès différent au travail rétribué ou une surreprésentation dans le domaine professionnel des soins. Tamara Funicello demandait au Conseil fédéral de rédiger un rapport sur l'impact de la crise sur ces groupes plus vulnérables, afin d'en tirer des enseignements pour l'avenir. Alain Berset, ministre en charge de l'Intérieur, s'est prononcé au nom de son collège pour une acceptation du postulat, soulignant que ces questions seront de toute façon abordées dans un rapport sur la gestion de la crise plus large, déjà mandaté à l'administration. Martina Bircher (udc, AG), qui a combattu le postulat, a présenté la position de l'UDC, qui estime qu'un rapport ne rendrait pas le virus «plus juste» et qu'il n'était pas nécessaire de créer une crise du genre en plus d'une crise sanitaire. Elle a également avancé les coûts bureaucratiques d'un tel texte. Le PLR et une large majorité du groupe du centre se sont montrés du même avis, faisant échouer le postulat avec 98 voix contre, 80 voix pour, sans abstentions.³⁶

Partis, associations et groupes d'intérêt

Associations

Santé

Der **Spitalverband H+ verlasse die Tarmed-Tarifverhandlungen** und damit die Tariforganisation ats-tms AG per Ende Jahr, berichtete die Aargauer Zeitung im September 2018. Der Spitalverband, die Versicherungen, die Ärzteschaft sowie auch Bundesrat Berset hatten bereits seit Längerem versucht, das Tarmed zu revidieren, jedoch ohne Erfolg. Eine Einigung sei nicht möglich, da die Verhandlungspartner an unterschiedlichen Stricken zögen: Die Versicherungen wollten die Kosten fairer verteilen, während die Spitäler an den Ärztelöhnen festhielten, erklärte die Aargauer Zeitung. Gemäss der H+-Direktorin Dorit Djelid sei es dem Spitalverband bisher weder gelungen, sich mit den Versicherern auf einen Tarif zu einigen, noch einen Konsens mit den übrigen Partnern zu finden, mit denen «grosse Dissense» bei tarifpolitischen Kernthemen bestünden. H+ habe sich deshalb dazu entschieden, nicht mehr an den «stockenden und zum Teil blockierten» Verhandlungen teilzunehmen. Der Krankenversichererverband Curafutura fühle sich dadurch vor den Kopf gestossen, so die Zeitung weiter: Eigentlich seien die Verhandlungen weit fortgeschritten und man habe «den Spatz in der Hand», doch wolle der Spitalverband «die Taube auf dem Dach». Die verbleibenden Verhandlungspartner werden den Tarif jedoch fertig

- 1) AZ, 19.3.20; So-Bli, 22.3.20; BLZ, 23.3.20; WW, 26.3.20; AZ, Blick, 28.3.20; AZ, 30.3., 2.4.20; Blick, 3.4.20; AZ, 6.4.20; WW, 30.4.20; AZ, 18.5., 28.5., 29.5.20
- 2) 24H, 29.1.18; LT, 8.2.18; LT,30.1.18; RTS, 29.1.18; RTS, 4.2.18; SGT, 23.2.18
- 3) AB SR, 2016, S. 735 ff.; BBI, 2016, S. 3961 ff.; BBI, 2016, S. 4563 ff.
- 4) AB NR, 2017, S. 930 ff.
- 5) AB SR, 2018, S. 532 f.; Nationales Forschungsprogramm NFP 67 zum Thema «Lebensende» – Synthesebericht
- 6) Medienmitteilung BAG vom 17.12.20; Medienmitteilung BAG vom 3.12.20; Medienmitteilung BAG vom 30.10.20; Medienmitteilung BAG vom 7.12.20; Medienmitteilung BAG vom 8.12.20; Medienmitteilung BLV vom 3.12.20; Medienmitteilung BR vom 11.11.20; Medienmitteilung BR vom 11.12.20; Medienmitteilung BR vom 18.10.20; Medienmitteilung BR vom 18.11.20; Medienmitteilung BR vom 18.12.20; Medienmitteilung BR vom 28.10.20; Medienmitteilung BR vom 4.11.20; Medienmitteilung BR vom 4.12.20; Medienmitteilung BR vom 8.12.20; Medienmitteilung EDI 9.12.20; Medienmitteilung EDI vom 15.12.20
- 7) Medienmitteilung BK vom 3.3.21 (Referendum); Medienmitteilung BR vom 10.3.21 (Impfstoffe); Medienmitteilung BR vom 11.3.21 (wirtschaftliche Entwicklung); Medienmitteilung BR vom 12.2.21 (Armee); Medienmitteilung BR vom 12.3.21 (Öffnungsschritt); Medienmitteilung BR vom 13.1.21 (Härtefälle); Medienmitteilung BR vom 13.1.21 (Impfung); Medienmitteilung BR vom 13.1.21 (Massnahmen); Medienmitteilung BR vom 17.1.21 (Armee); Medienmitteilung BR vom 17.2.21 (Nachtrag); Medienmitteilung BR vom 17.2.21 (Staatsrechnung); Medienmitteilung BR vom 17.2.21 (Unterstützungsmassnahmen); Medienmitteilung BR vom 17.2.21 (Öffnungsschritt); Medienmitteilung BR vom 18.1.21 (Armee); Medienmitteilung BR vom 19.12.20 (Impfung); Medienmitteilung BR vom 19.3.21 (Kurzarbeit); Medienmitteilung BR vom 19.3.21 (Öffnungsschritt); Medienmitteilung BR vom 20.1.21 (Kurzarbeit); Medienmitteilung BR vom 20.1.21 (Lage); Medienmitteilung BR vom 21.1.21 (Armee); Medienmitteilung BR vom 21.12.20 (Quarantäne); Medienmitteilung BR vom 22.1.21 (Armee); Medienmitteilung BR vom 22.1.21 (Impfung); Medienmitteilung BR vom 22.12.20 (Impfung); Medienmitteilung BR vom 22.3.21 (Impfstoff); Medienmitteilung BR vom 23.12.20 (Flugverkehr); Medienmitteilung BR vom 24.12.20 (Varianten); Medienmitteilung BR vom 24.2.21 (Öffnungsschritt); Medienmitteilung BR vom 26.3.21 (Impfstoffe); Medienmitteilung BR vom 27.1.21 (Härtefallhilfe); Medienmitteilung BR vom 27.1.21 (Testkosten); Medienmitteilung BR vom 27.12.20 (Varianten); Medienmitteilung BR vom 3.2.21 (AstraZeneca); Medienmitteilung BR vom 3.2.21 (Impfkosten); Medienmitteilung BR vom 3.2.21 (Impfkosten); Medienmitteilung BR vom 3.2.21 (Impfungen); Medienmitteilung BR vom 30.12.20 (Massnahmen); Medienmitteilung BR vom 31.3.21 (Härtefälle); Medienmitteilung BR vom 31.3.21 (Kultur); Medienmitteilung BR vom 31.3.21 (Sport); Medienmitteilung BR vom 31.3.21 (Zivilschutz); Medienmitteilung BR vom 5.2.21 (Impfungen); Medienmitteilung BR vom 5.3.21 (Testoffensive)
- 8) AB NR, 2021, S. 1669 f.
- 9) AB NR, 2021, S. 1777 f.
- 10) AB NR, 2021, S. 1774
- 11) 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)
- 12) 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.
- 13) AB SR, 2016, S. 38 ff.; BBI 2015, S. 8715 ff.; BBI 2015, S. 8781 ff.; NZZ, 19.11.15
- 14) AB NR, 2016, S. 910 ff.
- 15) AB SR, 2016, S. 629 f.
- 16) AB NR, 2017, S. 373 ff.
- 17) AB NR, 2019, S. 355 f.; NZZ, 26.2.19
- 18) AB SR, 2020, S. 461 ff.; NZZ, 9.6.20; LT, NZZ, 10.6.20; AZ, LT, NZZ, 11.6.20
- 19) AB NR, 2020, S. 1505 ff.
- 20) AB SR, 2020, S. 1085 ff.
- 21) AB NR, 2020, S. 2530 f.
- 22) AB NR, 2021, S. 1520; AB SR, 2021, S. 465 ff.; AB SR, 2021, S. 733
- 23) AB SR, 2013, S. 128 ff., 416 ff.; NZZ, 13.3. und 14.3.13.
- 24) BBI, 2015, S. 2317 ff.; AZ, BaZ, CdT, LZ, NZZ, TA, 19.2.15
- 25) AB NR, 2015, S. 1336 ff.; AZ, 7.9.15; BZ, 8.9.15
- 26) AB SR, 2015, S. 1098 ff.; NZZ, 1.12.15
- 27) AB SR, 2016, S. 334 ff.
- 28) AB SR, 2017, S. 224 ff.
- 29) Ergebnisbericht Vernehmlassung BAG; Medienmitteilung BAG vom 16.8.17; AZ, BZ, CdT, LT, LZ, Lib, NZZ, TA, 17.8.17; AZ, LT, 19.8.17; NZZ, 19.10.17; SGT, 21.10.17
- 30) AB NR, 2018, S. 1788 f.; AB NR, 2018, S. 2254; AB SR, 2018, S. 1081; AB SR, 2018, S. 821 f.; BBI 2018, S. 6741 ff.
- 31) AB NR, 2019, S. 1432 ff.
- 32) AB SR, 2019, S. 1045 ff.
- 33) AB NR, 2020, S. 1178; AB NR, 2020, S. 737 ff.; AB SR, 2020, S. 450 ff.; AB SR, 2020, S. 624
- 34) AB NR, 2020, S. 2027 f.
- 35) AB NR, 2020, S. 2523; AB NR, 2020, S. 2729; AB SR, 2020, S. 1285 ff.; AB SR, 2020, S. 1439
- 36) BO CN, 2020, p. 2023 s.
- 37) AZ, 27.9.18