DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

An die Nationalrätinnen und Nationalräte

Bern, 25. Mai 2022

Sommersession 2022

Sehr geehrte Frau Nationalratspräsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Im Hinblick auf die Sommersession 2022 vom 30. Mai bis 17. Juni 2022 lassen wir Ihnen unsere folgenden Empfehlungen zukommen.

STANDPUNKTE H+ Die Spitäler der Schweiz Sommersession 2022 Nationalrat

21.067 n **Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)**

H+ empfiehlt: Die Initiative wie auch den indirekten Gegenvorschlag ablehnen.

21.3978 s **Mo. Ständerat (SGK-SR) Für eine nachhaltige Finanzierung von Public Health-Projekten des Nationalen Konzepts Seltene Krankheiten**

22.3379 n **Mo. SGK-NR. Stärkung und Finanzierung der Patientenorganisationen im Bereich seltene Krankheiten**

H+ empfiehlt: Annahme beider Motionen.

Ergänzung zur Tagesordnung, Parlamentarische Initiativen 1. Phase

20.495 n **Pa. Iv. Aeschi Thomas. Erhebung der Nationalität von stationären Patienten in Schweizer Spitälern**

H+ empfiehlt: Ablehnung der Parlamentarischen Initiative (wie Mehrheit SGK-N).

Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch · www.hplus.ch

21.407 n Pa. Iv. Fraktion V. Epidemiengesetz. Mitsprache des Parlamentes sichern

H+ empfiehlt: Ablehnung der Parlamentarischen Initiative (wie Mehrheit SPK-N).

Für Fragen oder ergänzende Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer

Direktorin

ERLÄUTERUNGEN

21.067 n Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)

Inhalt

Die eidgenössische Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» wurde am 10. März 2020 von der CVP (heute: Die Mitte) eingereicht. Die Initiative möchte Artikel 117 der Bundesverfassung so ergänzen, dass der Bundesrat eine Kostenbremse in der OKP einführt und in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern dafür sorgt, dass sich die Kosten der OKP entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln.
Der Bundesrat anerkennt das Anliegen der Kostendämpfung, lehnt die Initiative aber ab, weil die verlangte ausschliessliche Koppelung der Massnahmen an die Wirtschafts- und Lohnentwicklung zu kurz greift. Er stellt der Initiative einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber: Der Bundesrat und die Kantone sollen ausgehend vom medizinischen Bedarf einen Prozentsatz für den maximalen Anstieg der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr festlegen (Kostenziel). Werden die Kostenziele nicht eingehalten, prüfen die Kantone und der Bundesrat, ob Massnahmen zur Korrektur von Fehlentwicklungen notwendig sind. Das bestehende Instrumentarium dafür wird gezielt ergänzt.

Chronologie

13.01.2022:	Anhörung der betroffenen Akteure in der SGK-N. Eintreten und Entscheid, die Vorlage zusammen mit der Prämienentlastungs-Initiative der SP in einer Subkommission zu beraten.
06.-08.04.2022:	Detailberatung in der SGK-N. Empfehlung zur Ablehnung der Initiative und Gutheissen des Gegenvorschlags unter Ablehnung der Zielvorgabe für das maximale Kostenwachstum.

H+ empfiehlt, sowohl die Initiative als auch den indirekten Gegenvorschlag abzulehnen. H+ lehnt auch den Grossteil der vorgeschlagenen Massnahmen der SGK-N ab.

Begründung

Wie der Bundesrat in seiner Botschaft zur Initiative und zum indirekten Gegenvorschlag feststellt, nimmt die Initiative ein wichtiges Anliegen der Schweizer Bevölkerung auf. Die hohen Krankenversicherungsprämien stellen für viele Menschen eine spürbare finanzielle Belastung dar. Die Finanzierbarkeit der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stösst an ihre Grenzen. H+ anerkennt diese Kostenproblematik, ist aber wie der Bundesrat der Auffassung, dass der Vorschlag der Mitte, die Gesundheitskosten allein an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und an den Lohnindex zu koppeln, zu kurz greift. Neben dem Lohn des Gesundheitspersonals wird die Kostenentwicklung durch eine Reihe weiterer nicht angebotsinduzierter Faktoren bestimmt, wie z.B. die Demographie und den medizinisch-technischen Fortschritt. H+ begrüsst deshalb das Vorgehen des Bundesrats, der Kostenbremse-Initiative einen indirekten Gegenvorschlag entgegen zu setzen. H+ lehnt jedoch auch den Gegenvorschlag des Bundesrats ab (Art. 54 ff. E-KVG).

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Kostenziele gleichen in ihrer Wirkung klassischen Globalbudgets. Globalbudgets können indessen bereits aus ihrer Logik keine Massnahme sein, die allen anderen kostendämpfenden Massnahmen «übergeordnet» ist, wie es in der Botschaft des Bundesrats zur Initiative und zum Gegenvorschlag heisst, sondern, wenn überhaupt, als *ultima ratio*, sofern sich alle anderen Massnahmen als ungenügend erweisen.

Die Vorlage bedeutet eine Abkehr vom regulierten Wettbewerb und die Einführung einer beim Bund zentralisierten, planwirtschaftlichen und rein kostenbasierten Steuerung des Gesundheitswesens. Ein für schweizerische Verhältnisse derart tiefgreifender Systemwechsel gefährdet die qualitativ hochstehende und innovative Gesundheitsversorgung auf unnötige Weise, dies wohlbemerkt ohne im Gegenzug auch nur die geringste Aussicht auf eine sinnvolle kostendämpfende Wirkung zu haben. Unter Zielvorgabe versteht der Bundesrat die Festlegung von Kostenzielen zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Unter «Kostenzielen» wird eine verbindliche Vorgabe verstanden, die eine direkte Steuerung des Ausgabenwachstums in der Grundversicherung zulässt. Kostenziele entsprechen somit einer Budgetrestriktion.[1] Falls die von Bund und Kantonen festgelegten Kostenziele überschritten werden, prüfen der Kanton oder der Bundesrat in den Bereichen der jeweiligen Zuständigkeit, ob Korrekturmassnahmen gemäss KVG notwendig sind und ob die genehmigten Tarifverträge die Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nach Art. 46 Abs. 4 KVG erfüllen. Falls die Tarifverträge diese Anforderungen nicht erfüllen, fordert der Kanton oder der Bundesrat die Tarifpartner auf, die Tarifverträge anzupassen. Falls sich Leistungserbringer und Versicherer nicht innerhalb eines Jahres auf eine Anpassung des Tarifvertrags einigen können, widerruft der Kanton oder der Bundesrat die Genehmigung des Tarifs und setzt einen Tarif fest.

Mit dem völlig neuen, nach der Vernehmlassung eingefügten Art. 46a n-KVG kann die Genehmigungsbehörde, d.h. je nach Tarif der Bundesrat oder der Kanton, in die Tarifverträge eingreifen. Mit nArt. 46a wird der Bundesrat die Tarifpartner bei einer Überschreitung der Kostenziele, aber auch unabhängig von den Kostenzielen (!), auffordern können, die Tarif*verträge* anzupassen, wenn sie seiner Meinung nach dem Gebot von Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) nicht mehr entsprechen. Wenn die Tarifpartner dieser Aufforderung nicht nachkommen, kann die Genehmigungsbehörde die entsprechende Genehmigung für den Tarifvertrag *widerrufen* und den Tarif selbst festsetzen. Auf diese Weise kann der Bundesrat Kostenziele und die Kostenneutralität, so wie er diese gestützt auf Art. 59 KVV interpretiert, über Eingriffe in Tarifverträge faktisch durchsetzen.

In diesem Sinne können Bund und Kantone nicht nur – wie bis anhin – in die Tarifstruktur, sondern auch direkt in die Tarifverträge eingreifen. Mit dem Einfügen von nArt. 46a KVG versucht der Bundesrat, wie bereits bei Art. 47c KVG im Massnahmenpaket 1b, eine sachfremde Norm, deren Tragweite in der Botschaft in keiner Weise gebührend thematisiert wird, einzufügen. Denn nArt. 46a steht nur vordergründig in direkter Verbindung mit den nArt. 54 ff. KVG. Bei diesem Artikel handelt es sich vielmehr um einen Freipass für massive Interventionen in die Tarifpartnerschaft und unterläuft diese komplett. Ein Gesetzeseingriff, wie er mit nArt. 46a KVG vorgeschlagen wird, ist nicht geeignet, eine qualitäts- und nutzenorientierte Entwicklung unseres Gesundheitswesens zu fördern.

Die Anstrengungen der Tarifpartner zur Gründung einer nationalen Tariforganisation würden unter diesen Vorzeichen keinen Sinn mehr ergeben. Politisch gesteuerte Tarife benötigen keine Tariforganisation. H+ appelliert an das Parlament, eine rationale Gesundheitspolitik zu betreiben. Bevor neue, systemwidrige Massnahmen zur Kostendämpfung beschlossen werden, welche im Widerspruch zu den in Entwicklung befindlichen Massnahmen stehen und deren Wirkung sogar aufheben, sollte die Politik die Umsetzung der im Rahmen des ersten Massnahmenpakets beschlossenen Massnahmen – ambulante Pauschalen und nationale Tariforganisation – unterstützen, auf keinen Fall aber torpedieren. Die ambulante Organisation ist auf einem guten Weg, und die Partner haben einen gemeinsamen Weg zur Gründung der Organisation definiert. Nun ist es höchste Zeit, dass sich der Bundesrat und das BAG zu den erarbeiteten Strukturen äussern.

[1] Brändle T, Colombier C, Baur M, Gaillard S (2018) : Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheits-ausgaben; Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper der Eidgenössischen Finanzverwaltung EFV Nr. 22. Link.

Der Indirekte Gegenvorschlag ist auch nach Überarbeitung als ein planwirtschaftliches und zentralistisches Vorhaben zu bezeichnen, welches das bisherige System tiefgreifend verändern wird (Systemwechsel). Mit den vorgesehenen Eingriffsmöglichkeiten in ambulante und stationäre Tarifstrukturen sowie in Tarifverträge wird im übrigen die Tarifautonomie noch weiter ausgehöhlt, wenn nicht gar komplett unterlaufen.

Der indirekte Gegenvorschlag wird das hohe Qualitätsniveau der Versorgung gefährden: Mit der Massnahme «Kostenziel» wird das vom Bundesrat gesetzte Ziel verfehlt, die «hohe Qualität der medizinischen Versorgung und den Zugang der Bevölkerung zu dieser Versorgung sicherzustellen». Vielmehr besteht die Gefahr einer Rationierung von Leistungen, einer Zweiklassenmedizin sowie einer Verstärkung der Fragmentierung des Systems (Silodenken anstatt integrierte Versorgung). Kostenziele betreffen alle Leistungen, auch und insbesondere medizinisch begründete Leistungen. Kostenziele bzw. Globalbudgets sind folglich kein geeignetes Instrument, um medizinisch begründete von medizinisch unbegründeten Leistungen zu unterscheiden. Medizinisch unbegründete Leistungen sind vielmehr durch das Setzen richtiger Anreize, die Stärkung von Ergebnistransparenz und die Verbesserung der Indikationsqualität zu verhindern.

Des Weiteren wird mit Kostenzielen, die von einer eidg. Kostenkommission empfohlen und vom Bundesrat bzw. den Kantonen beschlossen werden, die Finanzierung des Gesundheitswesens letztlich nach politischen Gesichtspunkten gesteuert. Das Geld fliesst dorthin, wohin die Politik dies, vorzugsweise aus politischen Motiven, für wünschenswert erachtet. In einem solchen System dreht sich der Wettbewerb nicht mehr um die Erbringung von qualitativ hochwertigen Leistungen zu einem vorteilhaften Preis, sondern um die Gunst der Politik. Was aus politischer Sicht förderungswürdig erscheint, kommt in den Genuss eines grosszügigen Kostenziels. Politische Verteilkämpfe auf Ebene des Bundes und der Kantone sind damit programmiert. Eine medizinisch sinnvolle Finanzierung und das Tätigen der notwendigen Investitionen würden in den Hintergrund treten oder sogar behindert werden.

Bevor zur *ultima ratio* des Globalbudgets gegriffen wird, soll weiterhin kontinuierlich nach Effizienzpotentialen gesucht werden, wie dies die Spitäler seit Jahren bereits tun. H+ anerkennt, dass die Ausarbeitung von Lösungen zur Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials weiter vorangetrieben werden muss, und erklärt sich bereit, an diesen Lösungen mitzuwirken.
Mit der gemeinsamen Entwicklung von ambulanten Pauschalen haben H+, santésuisse und FMCH bereits einen substantiellen Beitrag zur Kostendämpfung im Sinn des Massnahmenpaketes 1a geleistet.

H+ begrüsst deshalb, dass die SGK-N mit ihrem Entscheid vom 8. April die Zielvorgaben (Art. 54 ff. E-KVG) ebenfalls ablehnt. Anstatt Zielvorgaben für das maximale Kostenwachstum, wie es der Bundesrat vorgeschlagen hat, beantragt die Kommission eine Reihe von konkreten Massnahmen, und zwar insbesondere bei den Tarifen und Laboranalysen. Für H+ ist es unverständlich, dass sie damit die vom Bundesrat seit Jahren bestätigten Prinzipien der Tarifierung kurzerhand über Bord geworfen hat. Gleichzeitig desavouiert sie damit den von ihr selbst und vom Parlament gewollten Neuanfang im schweizerischen Tarifwesen.

Art. 32 Abs. 3 KVG

Die SGK-N sieht vor den Art. 32 KVG mit einem Evaluationsverfahren zu ergänzen. In einem neuen Abs. 3 will sie vorsehen, dass Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert werden. Das Evaluationsverfahren beruht auf transparenten Kriterien und den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und soll verhältnismässig sein.

H+ begrüsst diese vorgeschlagene Neuerung, denn die Versicherer sollen die ihnen im System des regulierten Wettbewerbs zugedachte Rolle bei der Anwendung und Überprüfung der WZW-Kriterien konsequent, transparent und systematisch endlich umfassen wahrnehmen.

Art. 37a KVG

Die SGK-N will besondere Voraussetzungen für Laboratorien vorsehen. Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe f, die keine Analysen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchführen, müssen einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abschliessen. Soweit im jeweiligen Kanton eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung mit Analysen gewährleistet ist, sind Versicherer und Leistungserbringer in der Wahl ihrer Vertragspartner frei. Die Verträge regeln insbesondere die Vergütung für die Analysen. Diese dürfen nicht höher ausfallen als die Tarife nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 (Liste der Analysen mit Tarif des EDI). Die Versicherer müssen den Versicherten und den Kantonen die Liste der Leistungserbringer, mit denen sie einen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen haben, zugänglich machen. Der Leistungserbringer muss die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden dürfen, weil kein Zusammenarbeitsvertrag nach Absatz 1 besteht. Sofern dies unterlassen wird, besteht kein zivilrechtlicher Honoraranspruch.

Für H+ stellen die von der SGK-N für die Labore vorgeschlagen Massnahmen eine Diskriminierung der Leistungserbringer dar und werden zu einer Senkung der Labortarife führen. Die Unterfinanzierung würde somit auf einen weiteren Bereich ausgeweitet werden, der heute noch kostendeckend erbracht werden kann. Zudem verurteilt H+ die Ungleichbehandlung des spital- und praxisambulanten Bereichs, da die Labore in den freien Praxen von den Massnahmen ausgenommen sind.

Art. 45 Abs. 2 KVG

Art. 45 Absatz 1 (Ausstand von Leistungserbringern) soll sinngemäss anwendbar sein, wenn ein Versicherer nicht für alle seine Versicherten eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung mit Analysen gewährleistet.

Die Konzeptionalität hinter diesem Vorschlag ist für H+ nachvollziehbar und wird grundsätzlich gutgeheissen. Die Förderung der aktuell unsystematischen und ungenügenden Operationalisierung und Anwendung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) ist richtig und wichtig. Das Versorgungssystem muss unter Qualitätsaspekten gestaltet werden, und die Anreizstrukturen müssen zugunsten einer optimalen Nutzung der Ressourcen verändert werden. Neben einer klaren Prioritätensetzung zugunsten der Patienteninteressen ist es vor allem notwendig, Performancemessungen und Rechenschaftsmechanismen zu verbessern. Dies beinhaltet im Wesentlichen die Bereitstellung relevanter Informationen, die Auskunft über die Tätigkeiten und Outcomes der Leistungserbringer geben. Konsistente Daten und Indikatoren zur Qualität der erbrachten Leistungen fehlen in der Schweiz, insbesondere im ambulanten Bereich, weitestgehend. Die Erhebung und das Zugänglichmachen von Daten sind deshalb als prioritär einzustufen. Ergebnisdaten müssen breit verfügbar sein (vgl. Art. 32 Abs. 3 oben). Wieso dies allerdings nur für Analysen gelten soll ist für H+ fragwürdig. Um die Fehlanreize definitiv zu beseitigen, müsste diese Massnahme flächendeckend eingeführt werden.

Art. 46 Abs. 4bis und 4ter KVG

Ein Tarifvertrag muss innerhalb eines Jahres ab Einreichung beurteilt werden. Eine einmalige Fristverlängerung soll möglich sein, wenn die Antragsteller das Tarifgenehmigungsgesuch in klar definierten Bereichen ergänzen müssen.
Trifft die Genehmigungsbehörde innert der Frist nach Absatz 4bis keinen formellen Entscheid, tritt ein Tarifvertrag in Kraft, sofern die beitretenden Versicherer die Mehrheit der versicherten Personen vertreten sowie die beitretenden Leistungserbringer im Geltungsbereich des Tarifvertrags über 50 Prozent des Volumens abrechnen.

Aufgrund dieser Bestimmung wäre es möglich, dass eine Frist bzw. eine Fristverlängerung, welche von der Genehmigungsbehörde zur Überarbeitung eines zu genehmigenden Tarifs gewährt wird, ungenutzt verstrichen gelassen werden kann. Auf diese Weise liessen Prüfkriterien,

welche zur Erlangung der Genehmigungsfähigkeit notwendig sind, umgehen. Dies würde die Gewährleistung der Gesetzeskonformität von KVG-Tarifen infrage stellen. Gleichzeitig ist klar festzuhalten, dass die Genehmigungsbehörde die Prüfkriterien nicht über den geltenden Rahmen von Recht und Rechtsprechung festlegen darf.

Art. 46a Abs. 3 KVG

Bei der Ausübung ihrer Befugnisse (Anpassung eines Tarifvertrages, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt) kann die zuständige Behörde nach den einzelnen Positionen der Tarifstruktur oder nach Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Tarife genehmigen oder erlassen.

Mit diesem Absatz, wird der Bundesrat auch und insbesondere unabhängig von den Kostenzielen die Tarif*verträg*e anpassen können, wenn sie seiner Meinung nach dem Gebot von Wirtschaftlichkeit und Billigkeit (Art. 46 Abs. 4 KVG) nicht mehr entsprechen.
Weiter soll der Bundesrat hiermit ermächtigt werden, Tarifanpassungen zugunsten oder zulasten von einzelnen Leistungserbringergruppen vorzunehmen, etwa indem er Tarifpositionen innerhalb einer Tarifstruktur entsprechend anpasst. Dies könnte zu einer ungerechtfertigten Diskriminierung von einzelnen Leistungserbringergruppen und damit zu einer unsachgemässen, qualitätsgefährdenden Bewertung von Leistungen führen. Dadurch könnte die Versorgung der Patientinnen und Patienten aufs Spiel gesetzt werden. Überdies handelt es sich um einen Freipass für massive Interventionen in die Tarifpartnerschaft und unterläuft diese komplett. Ein Gesetzeseingriff, wie er mit nArt. 46a Abs. 3 KVG vorgeschlagen wird, ist nicht geeignet, eine qualitäts- und nutzenorientierte Entwicklung unseres Gesundheitswesens zu fördern, sondern konterkariert diese geradewegs.

Empfehlung von H+: Die Initiative wie auch der indirekte Gegenvorschlag sind abzulehnen. H+ lehnt auch die vorgeschlagenen Massnahmen der SGK-N grossmehrheitlich ab.

H+ unterstützt integrations- und qualitätsfördernde Massnahmen

- EFAS in Kombination mit den ambulanten Pauschalen sind wichtige Anreize für eine stärkere Integration der medizinischen Versorgung.
- Das Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Qualitäts-Verhältnis soll weiter optimiert werden (Ergebnistransparenz, Indikationsqualität, Smarter Medicine / Choosing wisely…).
- (Prozess-)Qualität und Prozessmanagement verbessern die Wirtschaftlichkeit.

21.3978 s Mo. Ständerat (SGK-SR). Für eine nachhaltige Finanzierung von Public-Health-Projekten des Nationalen Konzepts Seltene Krankheiten

22.3379 n Mo. SGK-NR. Stärkung und Finanzierung der Patientenorganisationen im Bereich seltene Krankheiten

Inhalt

Die **Motion 21.3978 SGK-SR** beauftragt den Bundesrat, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, um die Umsetzung der Massnahmen des nationalen Konzepts seltene Krankheiten durch die beteiligten Organisationen des Gesundheitswesens nachhaltig zu sichern. Diese Rechtsgrundlage soll Finanzierungsinstrumente vor allem für Aktivitäten der Koordination und des Aufbaus von Angeboten für seltene Krankheiten, deren Anerkennung, der Qualitätsförderung, der Dokumentation sowie der Beratung und Information beinhalten und ein schweizweites

Register für seltene Krankheiten langfristig finanzieren. Bei der Ausarbeitung der Vorlage soll sich der Bundesrat mit den Kantonen abstimmen.
Die **Motion 22.3379 SGK-NR** beauftrag den Bundesrat, die Arbeiten der Patientenorganisationen im Bereich der seltenen Krankheiten zu finanzieren.

Chronologie

06.12.2021:	Der Ständerat (Erstrat) nimmt die Motion 21.3978 an.
07.04.2022:	Die SGK-NR nimmt die Motion 21.3978 an und reicht in Ergänzung dazu die Motion 22.3379 ein.

H+ empfiehlt, die beiden Motionen anzunehmen.

Begründung

H+ teilt die Auffassung der Motionärin 21.3978, dass die Massnahmen des Nationalen Konzepts seltene Krankheiten (NKSK) den Zugang zu den richtigen Angeboten sicherstellen sollten. Der Bundesrat hat im Postulatsbericht zu den rechtlichen Grundlagen und finanziellen Rahmenbedingungen im Bereich seltene Krankheiten von 2021 aufgezeigt, dass bei den rechtlichen Grundlagen und Finanzierungsmöglichkeiten auf Bundesebene Lücken bestehen (siehe Po. 18.3040). Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten, die aufgrund von fehlenden Diagnosen falsch behandelt werden oder eine lange Reihe von Spezialistinnen und Spezialisten aufsuchen, haben oft eine jahrelange Leidensgeschichte. Die falschen Leistungen verursachen unnötige Kosten. Auf interkantonaler Ebene ist die entsprechende Koordination nicht möglich, da die Planungsinstrumente dazu nicht ausreichen und eine rein kantonale Organisation aufgrund des hohen Spezialisierungsbedarfs wenig Sinn macht. Die Massnahmen des nationalen Konzepts können so nicht langfristig umgesetzt werden und so wird die Situation der Betroffenen nicht nachhaltig verbessert. Diese Problematik betrifft die Schliessung der heutigen Versorgungslücken über Projekte einer koordinierten Versorgung in Netzwerken, diagnostischen Zentren und Referenzzentren für seltene Krankheiten. Gleichzeitig sind auch die Fachdokumentation (Orphanet), die Informationsangebote für Betroffene und das Schweizerische Register für seltene Krankheiten nicht langfristig gesichert. Diese sind für die langfristige Verbesserung der Versorgung für Betroffene notwendig und deshalb Public Health-Aufgaben, für die auf Bundesebene eine langfristige Lösung gefunden werden soll.
Der Bundesrat hat im oben genannten Postulatsbericht ausserdem die Stärkung und Finanzierung der Patientenorganisationen als wichtiges Handlungsfeld bezeichnet. Dies liegt im Interesse der Allgemeinheit und der Prämienzahlenden. Die Versorgung ist im Bereich seltene Krankheiten bis heute ungenügend, und nur durch Einbezug der Betroffenen kann diese verbessert werden. Der Bund hat dies im NKSK anerkannt. Der konsequente Einbezug der Betroffenen wird allerdings durch die fehlende Finanzierung gefährdet. Deshalb sollen nun direkt Rechtsgrundlagen geschaffen werden, damit der Dachverband der Patientenorganisationen für seltene Krankheiten ProRaris seine Aufgaben zu Gunsten des Gesundheitswesens erfüllen kann und die Patientenpartizipation im NKSK gesichert wird. Die Motion 22.3379 verfolgt genau dieses Ziel, das H+ unterstützt.

Empfehlung von H+: Annahme der beiden Motionen.

20.495 n Pa. Iv. Aeschi Thomas. Erhebung der Nationalität von stationären Patienten in Schweizer Spitälern

Inhalt

Zur Förderung der Transparenz und um in Zukunft über bessere statistische Daten zu verfügen, sollen die gesetzlichen Grundlagen dahingehend angepasst werden, dass in Zukunft von stationären Patienten in Schweizer Spitälern die Nationalität erhoben wird.

Chronologie

Sondersession NR, Mai 2022:	Behandlung im Nationalrat (Erstrat) im Rahmen der gebündelten Abstimmungen der Parlamentarischen Initiativen, 1. Phase.

H+ empfiehlt, die Parlamentarische Initiative abzulehnen (wie Mehrheit SGK-N).

Begründung

In der Medizinischen Statistik (MS) wird die Nationalität der Patienten mittels ISO-Kode des Herkunftslandes erfasst (ISO-Kode alpha 3; aussereuropäische Staaten werden zu Regionen zusammgengefasst). Die Daten zur Nationalität von hospitalisierten Patienten sind demnach vorhanden und grundsätzlich auf Anfrage zugänglich. Routinemässig werden diese Daten aber nur einmal im Jahr aufbereitet. Sie stehen nicht als «real time» Daten zur Verfügung, wie dies z.B. für die Belegung der IPS-Betten der Fall ist. Doch darauf zielt die Pa.Iv nicht ab. Diese ist überflüssig, da die gesetzliche Grundlage für die Erhebung der Nationalität der hospitalisierten Patienten bereits vorhanden ist.

H+ empfiehlt: Ablehnung der Parlamentarischen Initiative (wie Mehrheit SGK-N).

21.407 n Pa. Iv. Fraktion V. Epidemiengesetz. Mitsprache des Parlamentes sichern

Inhalt

Mit der beantragten Änderung des EpG soll sichergestellt werden, dass die parlamentarische Mitwirkung auch in der besonderen Lage gewahrt bleibt. Offenbar hat sich der Bundesrat im Rahmen der Covid-Pandemie wiederholt über Entscheidungen und Erklärungen des Parlaments und parlamentarischer Kommissionen hinweggesetzt hat. Die Anordnung gewisser Massnahmen auf dem Verordnungsweg hat dem ausdrücklichen Willen des Parlaments widersprochen. Die unterbreitete Änderung des Epidemiengesetzes erlaubt dem Parlament eine nachträgliche Überprüfung von Verordnungen und Allgemeinverfügungen, die der Bundesrat in der besonderen Lage erlässt. Die gesetzten Fristen garantieren, dass die parlamentarische Mitwirkung zeitgerecht erfolgt, ohne die Handlungsfähigkeit der Exekutive übermässig zu beschneiden.
Da die Kompetenzen des Bundesrats in der ausserordentlichen Lage dem konstitutionellen Notrecht nach Artikel 184 und Artikel 185 der Bundesverfassung nachgezeichnet sind, ist in der ausserordentlichen Lage auch weiterhin auf ein Verordnungsveto zu verzichten.

Chronologie

Sondersession NR, Mai 2022:	Behandlung im Nationalrat (Erstrat) im Rahmen der gebündelten Abstimmungen der Parlamentarischen Initiativen, 1. Phase.

H+ empfiehlt, die Parlamentarische Initiative abzulehnen (wie Mehrheit SPK-N).

Begründung

Das Epidemiengesetz (EpG) wie auch andere Regelstrukturen, welche die Bewältigung von künftigen Pandemiesituationen sicherstellen, werden aktuell im Auftrag vom Bundesrat durch das BAG unter Einbindung der relevanten Stakeholder revidiert. Die Revisionsarbeiten für das EpG sind seit 2021 im Gange. Voraussichtlich liegt der Vernehmlassungsentwurf Mitte 2023 vor; die Überweisung der Botschaft ans Parlament erfolgt ca. 1 Jahr später.
Im Rahmen der Evaluation der Revisionsbegehrenwurde eine umfassende Analyse, auch von parlamentarischen Geschäften, getätigt. Die Überprüfung und ggf. Anpassung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten ist eines der Revisionsbegehren. Dieses Vorhaben mit einer Parlamentarischen Initaitive zur vorgängigen Anpassung des EpG zu interferieren, ist nicht zielführend.
Im parlamentarischen Prozess zum Änderungsentwurf des EpG hat das Parlament freie Hand seine Zuständigkeit (nachträgliche Prüf- und Vetomöglickeiten) entsprechend zu verankern. Jedoch wird aus Sicht von H+ mit der vorgeschlagenen Änderung die Institution der Gewaltenteilung in Frage gestellt bzw. deren Funktion unterlaufen.

H+ empfiehlt: Ablehnung der Parlamentarischen Initiative (wie Mehrheit SPK-N).