

## Sommersession 2010 National- und Ständerat - Zusammenfassung

### Ständerat

#### Bundesratsgeschäft

##### **09.316 Kt. Iv. SG. Staffelung des Reserveausgleichs der Krankenversicherer**

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung reicht der Kanton St. Gallen folgende Standesinitiative ein: Die Bundesversammlung wird eingeladen, den kantonalen Reserveausgleich der Krankenversicherer zu staffeln, um das Prämienwachstum zu verlangsamen.

Die Ständeratskommission hat der Initiative mit 8 zu 2 Stimmen bei 2 Enthaltungen **keine Folge** gegeben. Die Mehrheit zeigt aber Verständnis für das Anliegen des Kantons St. Gallen, der verlangt, dass die Angleichung der kantonalen kalkulatorischen Reserven in jenen Kantonen, die heute eine negative Reservequote aufweisen, nicht zu sprunghaften Prämienhöhungen führen darf. Sie wird das Anliegen im Rahmen der Umsetzung der **Mo. Ständerat (Fetz). Angleichung der kantonalen Reservequoten von Krankenversicherern bis 2012 (08.4046 s)** weiter verfolgen. Zudem verlangt die Kommission vom Bundesrat Auskunft darüber, wie und in welchem Zeitraum er die Angleichung erreichen will.

Der Ständerat berät das Geschäft am 3. Juni 2010

Im Plenum noch nicht behandelt

##### **09.317 Kt. Iv. SG. Dämpfung des Anstiegs der Krankenkassenprämien im Jahr 2010**

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung reicht der Kanton St. Gallen folgende Standesinitiative ein: Die Bundesversammlung wird eingeladen, Massnahmen in verschiedenen Bereichen (Senkung der Medikamentenpreise, verstärkter Einsatz von Generika, Förderung von Managed Care und Hausarztmodellen, Massnahmen zur Strukturbereinigung im Spitalbereich und wirksamere Beaufsichtigung der Krankenkassen durch den Bund) rasch zu prüfen und umzusetzen, damit der für 2010 angekündigte Anstieg der Krankenkassenprämien wirkungsvoll gedämpft werden kann.

Die ständerätliche Kommission unterstützt das Anliegen der Standesinitiative, beschliesst aber einstimmig, diese zu **sistieren**. Ein definitiver Entscheid soll erst gefällt werden, wenn die in den Räten zurzeit noch hängigen Vorlagen zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes zu Ende beraten sind.

Der Ständerat berät das Geschäft am 3. Juni 2010

Im Plenum noch nicht behandelt

### Nationalrat

#### Bundesratsgeschäft

##### **04.062 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care**

Mit der Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG SR 832.10) per 1. Januar 1996 wurden die gesetzlichen Grundlagen für die besonderen Versicherungsformen geschaffen. Gestützt auf diese Bestimmungen entstanden innert kurzer Zeit verschiedene besondere Versicherungsformen. Zu den häufigsten gehören die sogenannten Health Maintenance Organizations (HMO) und die Hausarztmodelle, seltener sind Versicherungsmodelle mit Ärztelisten. Nach der anfänglichen Dynamik stagniert heute der Versichertenbestand bei den besonderen Versicherungsmodellen. Dies zeigte unter anderem die Wirkungsanalyse zum KVG (Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht Bern 2001, S. 124).

Diverse Studien haben inzwischen gezeigt, dass eine medizinische Versorgung, die von der Diagnose bis zur letzten Therapie von einer Hand gesteuert wird, aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen gefördert werden sollte. Mit der gescheiterten 2. KVG-Revision hätten im Sinne der Förderung solcher Managed Care-Modelle die Versicherer verpflichtet werden sollen, allein oder zusammen mit anderen Versicherern eine oder mehrere besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten. Das Parlament hatte ergänzend vorgeschlagen, dass die Versicherer Modelle anzubieten haben, in denen die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen haben. Damit war faktisch ein Zwang zum Angebot eines integrierten Versorgungsnetzes verbunden, das als Alternative zur Vertragsfreiheit angesehen wurde. Dieser Zusammenhang ist aus Sicht des Bundesrates aufzugeben. Vielmehr sollen die Netzwerke klar als Form von besonderen Versicherungsformen definiert und unabhängig von der Frage der Vertragsfreiheit gesetzlich verankert werden. Der Bundesrat will daher die Rahmenbedingungen für solche Modelle verbessern. Er erachtet die Vertragsfreiheit verbunden mit stärkeren Anreizen

als das geeignete Mittel, um diese Modelle zu fördern. Die unter den beteiligten Parteien getroffenen Vereinbarungen sollen soweit möglich nicht gestützt auf gesetzliche Verpflichtungen, sondern gestützt auf den freien Wettbewerb getroffen werden. Um die Systematik übersichtlicher zu gestalten, werden die bereits bestehenden und die neuen Bestimmungen zum Thema „Besondere Versicherungsformen“ in einem eigenen Abschnitt zusammengefasst. Neu wird der Begriff der integrierten Versorgungsnetze im Gesetz definiert. In diesen integrierten Netzwerken haben die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen. (Quelle: Botschaft des Bundesrates.)

(nzz, 3.5.2010) **Die Gesundheitskommission des Nationalrats (SGK) hat die Vorlage zu Ende beraten und mit 17 gegen 5 Stimmen angenommen. Sie will stärkere Anreize für alle Versicherten schaffen, damit sie sich in Netzwerken behandeln lassen. Gleichzeitig sollen die Krankenversicherungen dazu gezwungen werden, in allen Regionen Managed-Care-Modelle anzubieten.**

Parallel dazu will die SGK den Risikoausgleich zwischen den Kassen verfeinern. Über ihn leisten Kassen mit vor allem jungen und männlichen Versicherten einen finanziellen Ausgleich an Versicherungen mit vielen alten Versicherten und Frauen. Neben Alter und Geschlecht soll neu auch die Morbidität berücksichtigt werden, so dass Kassen und Netzwerke mit vielen kranken Versicherten gegenüber ihren Konkurrenten nicht länger benachteiligt sind. Dazu könnten etwa die Medikamentenkosten in den Ausgleich einbezogen werden.

Viel Engagement und tatkräftigen Einsatz für die Ausarbeitung der Reform hat auch Bundesrat Didier Burkhalter gezeigt. Da nun der Risikoausgleich so ausgebaut werden soll, wie es der Präsident der Ärzteschaft gefordert hatte, stehen die Ärzte, ohne die eine Reform nicht durchzusetzen ist, hinter ihr. Dabei ist für sie die Mitverantwortung für das Budget für die integrierten Versorgungsnetze keine leicht zu schluckende Vorgabe.

Doch auch die Versicherer müssen sich durchringen. Sie hadern noch mit dem Obligatorium, überall Netzwerke anbieten zu müssen, was ihre Stellung in Verhandlungen mit den Ärzten gegenüber heute schwächt. Zur Verfeinerung des Risikoausgleichs indessen haben sie sich am Freitag positiv ausgesprochen, obwohl sie sich bisher regelmässig auch dagegen gewandt hatten. Denn dies bedeutet zusammen mit dem zu erwartenden Verbot zur Quersubventionierung von Billigkassen, dass die Jagd auf gute Risiken – junge, gesunde Männer – künftig deutlich weniger attraktiv sein wird. Der Nationalrat berät das Geschäft am 16. Juni 2010.

(nzz, 16.6.2010) Der Nationalrat hat die "Managed Care" Vorlage, eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes, mit 108 zu 43 Stimmen bei 24 links-grünen Enthaltungen gutgeheissen. Bei der Wahl einer Krankenversicherung sollen sich die Menschen in der Schweiz künftig häufiger einem anerkannten Ärztenetz anschliessen. Wer sich bei der Arztwahl nicht einschränken will, soll mehr bezahlen.

Als integriertes Versorgungsnetz gilt eine Gruppe von Leistungserbringern wie Haus-, Spezialärzte und weitere medizinische Fachpersonen, welche die Behandlung von Patienten koordinieren. Dank finanziellen Anreizen soll vorab die Patienten-Nachfrage das Angebot an integrierten Versorgungsnetzen ankurbeln.

Mit 109 zu 57 Stimmen beschloss der Nationalrat, dass künftig 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Gesundheitskosten bezahlen muss, wer an der freien Arztwahl festhält. Wer sich für Managed Care entscheidet, bleibt beim heutigen Selbstbehalt von 10 Prozent. Dagegen wehrte sich die SP, die von einer Mehrbelastung der Patienten in dreistelliger Millionenhöhe sprach.

Bundesrat Burkhalter relativierte indes die Frage des prozentualen Selbstbehalts: Wichtiger sei die Höhe des absoluten maximalen Selbstbehalts, den man je nach Prozentsatz einfach etwas früher oder später erreiche. Burkhalter nannte als Richtwerte 500 Franken für in Netzwerken und 1000 Franken für traditionell Versicherte. Heute beträgt der Selbstbehalt maximal 700 Franken.

Gegen den Willen der Linken beschloss der Nationalrat mit 114 zu 59 Stimmen ferner, dass Versicherte in der Regel drei Jahre lang in einem Managed-Care-Modell verbleiben müssen, ausser sie bezahlen eine Austrittsprämie.

Mit 99 zu 67 Stimmen nahm der Nationalrat aber auch die Versicherer in die Pflicht: Sie werden künftig überall mindestens ein Managed-Care-Modell anbieten müssen.

Gar nicht im Sinne gewisser Versicherer ist auch die Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen, den der Rat gegen den Willen der SVP mit 121 zu 53 Stimmen beschloss. Neu soll neben Alter und Geschlecht auch der Gesundheitszustand der Patienten in die Berechnung der Ausgleichszahlungen einbezogen werden.

Die Managed-Care-Vorlage ist ein sehr fragiler Kompromiss, der von allen wichtigen Akteuren im Gesundheitswesen Opfer verlangt.

### **09.053 KVG. Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung,**

Weil die Ausgaben der Versicherer für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung deren Prämieinnahmen in den Jahren 2008 und 2009 überstiegen beziehungsweise übersteigen werden, musste auf die Reserven zurückgegriffen werden. Dies führte zu einem Absinken der Reservequote unter das gesetzliche Minimum. Diese Entwicklung wurde verstärkt durch die schwierige Lage auf dem Finanzmarkt. Damit, bei Annahme einer Kostensteigerung von 4 Prozent, Ende 2010 die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreservequote erreicht werden kann, sind Anfang 2010 Prämienhöhungen von gegen 15 Prozent erforderlich. Vor diesem Hintergrund hält der Bundesrat rasch wirkungsvolle Massnahmen zur Kosteneindämmung für unabdingbar. (Quelle: Botschaft des Bundesrates)

Die SGK-N hatte während der Frühjahrssession 2010 die dringlichen Massnahmen bis auf weiteres sistiert. Aus den Fahnen der Vorlage geht aber Folgendes hervor: **Ein Teil (Entwurf 2) der dringlichen Massnahmen wurde in die Managed-Care-Vorlage integriert. Der Rat soll hierauf nicht eintreten. Beim zweiten Teil (Entwurf 1) schwenkte die SGK-N auf die Linie des SR ein und erklärte das Massnahmenpaket für nicht dringlich.** Es soll am 1.1.2011 in Kraft treten. Gemäss SGK-N sollen die Leistungserbringer auf der Rechnung die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der schweizerischen Fassung codiert aufführen. Bei den wirkungsidentischen Medikamenten bleibt die Differenz zum SR bestehen. Eine Minderheit beantragt weitgehend auf die Linie des SR einzu-

schwenken. (Quelle: santésuisse)

Der Nationalrat berät das Geschäft am 16. Juni 2010.

Das Massnahmenpaket des früheren Gesundheitsministers Pascal Couchepin ist auch am 16.6.2010 nicht bereinigt worden. Der Nationalrat ist mit dem Ständerat damit einig, dass die Massnahmen nicht im Dringlichkeitsrecht sofort, sondern im ordentlichen Recht ab 2011 verankert werden.

#### **04.032 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Vertragsfreiheit**

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sieht mehrere Instrumente zur Kosteneindämmung im stationären Bereich vor, die Wirkung zu zeigen beginnen, so beispielsweise die Kompetenzen der Kantone zur Einführung von Globalbudgets (Art. 51) oder die Planung der Spitäler und der Pflegeheime durch die Kantone (Art. 39). Hingegen sind die Krankenversicherer im ambulanten Bereich faktisch gezwungen, mit allen gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen und folglich die von diesen erbrachten Leistungen zu übernehmen. Mit anderen Worten kann ein Leistungserbringer, der die gesetzlichen Zulassungskriterien (Art. 35 bis 40) erfüllt, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung praktizieren, ohne dass die Krankenversicherer die Möglichkeit haben, ihn aus diesem Markt auszuschliessen. Insofern besteht ein Vertragszwang (Kontrahierungszwang). Damit haben die Krankenversicherer grundsätzlich keine Mittel zur Unterbindung derjenigen Mengenausweitung, welche durch die stete Zunahme von Leistungserbringern bedingt ist.

Das Parlament hat am 24. März 2000 im Rahmen der 1. KVG-Revision einen Artikel 55a beschlossen, der dem Bundesrat die Möglichkeit gibt, die Zulassung neuer Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung für eine auf maximal drei Jahre befristete Zeit einem Bedarfsnachweis zu unterstellen.

Nach dieser Bestimmung obliegt es dem Bundesrat, die entsprechenden Kriterien festzulegen, während die Kantone die Leistungserbringer bezeichnen. Diese Massnahme wurde einerseits im Hinblick auf das Inkrafttreten der bilateralen Verträge eingeführt, insbesondere des Personen-Freizügigkeitsabkommens mit der europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten. Andererseits handelte es sich um eine kurzfristige ausserordentliche Massnahme, die zum Ziel hatte, dem aus der ständig wachsenden Zahl von Leistungserbringern resultierenden Anstieg der Gesundheitskosten im ambulanten Bereich Einhalt zu gebieten.

Am 3. Juli 2002 machte der Bundesrat von der Kompetenz, die ihm Artikel 55a KVG einräumt, Gebrauch und beschränkte die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Er legte die Modalitäten dieser Beschränkung in einer eigens zu diesem Zweck erlassenen Verordnung fest (Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; SR 832.103). Diese Verordnung trat am 4. Juli 2002 in Kraft. Der Bundesrat betonte von vornherein, dass diese Zulassungsbeschränkung eine ausserordentliche, zeitlich befristete Massnahme darstellen solle, die bis zum Inkrafttreten einer sie ersetzenden Regelung für die Beschränkung der Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich gelten solle, längstens aber bis zum 3. Juli 2005, dem Datum, an dem die Geltungsdauer der Verordnung abläuft. Zielsetzung war, dass in dieser Zeit ein realistisches Modell für die Aufhebung des im ambulanten Bereich geltenden Kontrahierungszwangs ausgearbeitet wird.

Entsprechende Diskussionen wurden anlässlich der Beratungen über die 2. KVG-Revision geführt. Der Einigungskonferenz gelang es, sich auf ein Modell mit teilweiser Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu verständigen. Der Nationalrat lehnte jedoch den Entwurf zur KVG-Revision in der Schlussabstimmung in der Wintersession 2003 ab. Angesichts dieser Situation sowie der Tatsache, dass die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung am 3. Juli 2005 abläuft, muss der Bundesrat dem Parlament innerhalb sehr kurzer Frist eine neue Regelung über die Zulassung der Leistungserbringer unterbreiten.

Mit seinem Modell der Aufhebung des Kontrahierungszwangs im ambulanten Bereich will der Bundesrat insbesondere den Wettbewerb unter den Leistungserbringern derselben Branche verstärken, indem den Krankenversicherern die Freiheit der Wahl eingeräumt wird, aber auch die Voraussetzungen für eine Beschränkung des Überangebotes im ambulanten Bereich geschaffen werden, den Kantonen dabei aber ebenfalls Verantwortung übertragen wird. Der Bundesrat will ebenfalls die Zahl und die Tragweite der möglichen Sanktionen gegen Leistungserbringer, die sich nicht an die Regeln der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen («schwarze Schafe») halten, verstärken, um das Sanktionssystem des KVG wirkungsvoller als heute auszugestalten.

(Quelle: Botschaft des Bundesrates.)

**Der Ständerat hat in der Wintersession 2008 beschlossen, nicht auf die Vorlage einzutreten. Die Vorlage ist nun im NR hängig und wird im Rahmen der Managed-Care-Vorlage beraten.**

Der Nationalrat berät das Geschäft am 16. Juni 2010.

Siehe Managed Care Vorlage

#### **04.034 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Kostenbeteiligung**

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) regelt in Artikel 64 die Kostenbeteiligung der Versicherten. Danach beteiligen sich die Versicherten mit einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Auf den 1. Januar 2004 hat der Bundesrat die ordentliche Franchise auf 300 Franken und den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes für Erwachsene auf 700 Franken erhöht.

Die Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent soll von einer Erweiterung der Kompetenz des Bundesrates, die Kostenbeteiligung für bestimmte Leistungen herabzusetzen oder aufzuheben, begleitet werden (Art. 64 Abs. 6 Bst. b KVG). (Quelle: Botschaft des Bundesrates)

**Der Selbstbehalt der Versicherten soll auf 20% erhöht werden. Die bisherige Obergrenze von CHF 700 bleibt. Der SR hat die Vorlage gemäss Vorgaben des BR verabschiedet. Die Vorlage ist nun im NR hängig und wird im Rahmen der Managed-Care-Vorlage beraten.**

Der Nationalrat berät das Geschäft am 16. Juni 2010.

| Siehe Managed Care Vorlage

#### Parlamentarische Initiativen

##### **PI. Steiert. Erleichterter Kassenwechsel im KVG. Vereinfachung des Rechnungswesens für Patienten und Versicherte (08.484)**

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reiche ich folgende parlamentarische Initiative ein:

Die Gesetzgebung wird dahingehend geändert, dass Rechnungen von Versicherten, die ihre Grundversicherung gemäss KVG und ihre Zusatzversicherungen gemäss Artikel 12 Absätze 2 und 3 KVG bei zwei verschiedenen Versicherern abgeschlossen haben, über den Zusatzversicherer abgewickelt werden können, der das Clearing mit dem Grundversicherer kostenlos übernimmt.

**Die Kommissionsmehrheit (SGK des Nationalrates) spricht sich dagegen aus, die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10) geregelt ist, mit den Zusatzversicherungen zu vermischen, die dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (SR 221.229.1) unterstehen.** Diese müssten im Interesse einer besseren Kontrolle eher noch klarer getrennt werden.

Die OKP unterstehe der Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit, die Zusatzversicherungen jener der Finma. Es gebe kein überwiegendes öffentliches Interesse, die Zusatzversicherer zu verpflichten, die administrativen Kosten für die Abrechnungen und das Clearing zu Gunsten der sozialen Krankenversicherung zu übernehmen. Ein solches System wäre auch nicht effizient, da der überwiegende Teil der abzurechnenden Leistungen in den Bereich der OKP falle. Obwohl die Rechnungen bei den Zusatzversicherern eingereicht würden, müssten die Grundversicherer selber überprüfen, ob zum Beispiel die berechneten Leistungen gerechtfertigt seien, und das Ergebnis ihrer Abklärungen wieder an die Zusatzversicherer liefern, bei denen dann abgerechnet würde. Hinzu komme, dass die OKP im Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen immer vorleistungspflichtig sei: Im Konfliktfall müsse sie zuerst bezahlen. Die Kommissionsminderheit unterstützt die Initiative, um die Abrechnungen für Leistungserbringer und Versicherte zu vereinfachen. Zudem könne so verhindert werden, dass Grundversicherer die Kosten gewisser Leistungen den Patientinnen und Patienten oder den Zusatzversicherern zuschöben. Zu solchen Versuchen komme es klassischerweise bei älteren Patientinnen und Patienten, die wegen chronischer Krankheiten Mehrfachleistungen bezögen und sich mit den Rechnungen nicht gut zurechtfinden.

Der Nationalrat berät die PI am 1. Juni 2010. Der Initiative wird keine Folge gegeben.

| Der Initiative wird keine Folge gegeben. Wer die obligatorische Krankenversicherung und Zusatzversicherungen bei zwei verschiedenen Versicherern abgeschlossen hat, soll auch weiterhin nicht sämtliche Rechnungen über den Zusatzversicherer abwickeln können. Der Nationalrat hat sich gegen eine parlamentarische Initiative ausgesprochen, mit welcher das Rechnungswesen vereinfacht werden sollte. Gemäss den Befürwortern hätten so administrative Kosten gespart werden können.

#### Motionen

##### **Mo. Steiert. Gesundheitssystem. Effizienz- und Qualitätssteigerung unterstützen (08.3335)**

Der Bundesrat wird beauftragt, in die Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung Bestimmungen aufzunehmen, mit denen - zulasten der sozialen Krankenversicherung - Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen, die zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität beitragen, zurückerstattet werden können, sofern diese Kosten signifikant geringer sind als die Ersparnisse, welche zugunsten aller Versicherten in diesem bestimmten Zeitraum erzielt worden sind.

**Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion, weil zur Qualitätssicherung ein kostenneutrales Anreizsystem anvisiert werden soll und nicht im Sinne des Motionärs als zusätzliche Erstattung von Kosten.**

Der Nationalrat berät die Motion am 14. Juni 2010.

| Abgeschrieben, weil seit mehr als zwei Jahren hängig.

## Neue Vorstösse Sommersession 2010 Nationalrat

**Ip. Stahl. Berücksichtigung der Fachkompetenz von Drogisten und Apotheker bei der Behandlung von Bagatellerkrankungen (10.3490)**

Erstbehandelnder Rat: Nationalrat

## **Parlamentarische Instrumente, Vorstösse**

### **Der Antrag**

Die Ratsmitglieder können zu hängigen Beratungsgegenständen Anträge einreichen, um einen vom Rat zu behandelnden Entwurf zu einem Erlass (Bundesgesetz, Bundesbeschluss oder Verordnung der Bundesversammlung) abzulehnen oder anzunehmen, zu ändern oder an eine Kommission oder an den Bundesrat zurückzuweisen. Mit einem Ordnungsantrag kann eine Änderung des Verfahrens vorgeschlagen werden. Der Antrag ist eines der wichtigsten Instrumente der Ratsmitglieder.

### **Die parlamentarische Initiative**

Mit einer parlamentarischen Initiative kann der Entwurf zu einem Erlass oder können Grundzüge eines solchen Erlasses vorgeschlagen werden. Alle Gesetzgebungsarbeiten erfolgen in einer Kommission von National- oder Ständerat. Die parlamentarische Initiative ist ausgeschlossen, wenn zum gleichen Gegenstand bereits eine Vorlage unterbreitet worden ist. Dann kann das Anliegen im Rat mit einem Antrag eingebracht werden.

## **Parlamentarische Vorstösse**

### **Die Motion**

Die Motion beauftragt den Bundesrat, einen Erlassentwurf vorzulegen oder eine Massnahme zu treffen. Die Motion wird von einem oder mehreren Ratsmitgliedern unterzeichnet. Wenn ihr der Rat der Motionärin oder des Motionärs und anschliessend auch der andere Rat zustimmen, gilt die Motion als angenommen. Der Zweitrat kann auf Antrag der vorberatenden Kommission oder des Bundesrates Änderungen am Text vornehmen. Über die Änderungen des Zweirates beschliesst der Erstrat nochmals, ohne selber weitere Änderungen vornehmen zu dürfen.

### **Das Postulat**

Das Postulat beauftragt den Bundesrat, zu prüfen und zu berichten, ob ein Entwurf zu einem Erlass der Bundesversammlung (Bundesgesetz, Bundesbeschluss oder Verordnung) vorzulegen oder eine Massnahme zu treffen sei.

### **Die Interpellation**

Die Interpellation verlangt Auskunft über wichtige innen- oder aussenpolitische Ereignisse und Angelegenheiten des Bundes. Über die Antwort des Bundesrats kann eine Diskussion verlangt werden. Eine Interpellation kann mit Zustimmung des Ratsbüros als dringlich erklärt und in der laufenden Session behandelt werden, wenn sie bis zum Beginn der dritten Sitzung (in der Regel am Mittwoch der ersten Sessionswoche) einer dreiwöchigen Session eingereicht wird.

### **Die Anfrage**

Die Anfrage verlangt Auskunft über wichtige innen- oder aussenpolitische Ereignisse und Angelegenheiten des Bundes. Die Anfrage wird vom Bundesrat schriftlich beantwortet und im Rat nicht behandelt. Die Anfrage kann im Nationalrat mit Zustimmung der Präsidentin oder des Präsidenten, im Ständerat mit Zustimmung des Ratsbüros dringlich erklärt werden. Sie muss in einer dreiwöchigen Session eine Woche vor Sessionsende und in einer einwöchigen Session am ersten Tag eingereicht werden.

### **Die Fragestunde im Nationalrat**

Die Montagssitzungen des Nationalrates der zweiten und dritten Sessionswoche beginnen mit einer Fragestunde. Behandelt werden aktuelle Fragen, die am vorangehenden Mittwoch bis spätestens zum Sitzungsschluss eingereicht worden sind. Die Fragen sind kurz zu fassen (einige Zeilen, ohne Begründung). Sie werden von der zuständigen Departementschefin oder vom zuständigen Departementschef kurz beantwortet, sofern die Fragestellerin oder der Fragesteller anwesend ist. Anschliessend können diese eine sachbezogene Zusatzfrage stellen. Die Dauer der Fragestunde beträgt höchstens 90 Minuten.

Quellen:

- Parlamentsdienste, Dokumentationszentrale, 3003 Bern
- NZZ und NZZ Online