

## Frühjahrssession 2011 National- und Ständerat - Vorschau

### Ständerat

#### Motionen

#### **07.3585. Mo Nationalrat (Fraktion SP) – Strukturreform des schweizerischen Gesundheitswesens**

Der Bundesrat wird beauftragt, eine umfassende Strukturreform des schweizerischen Gesundheitswesens einzuleiten. Dazu soll er:

- eine Verfassungsänderung vorschlagen, mit der insbesondere die Ziele einer umfassenden Gesundheitspolitik und die Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden neu festgelegt werden.
- eine Revision des Unfall-, des Kranken- und des Militärversicherungsgesetzes vorlegen.

#### **Antwort des Bundesrates vom 28.11.2007**

Die Diskussion um eine grundsätzliche Strukturreform im schweizerischen Gesundheitswesen hat das Parlament bereits aufgenommen. So hat die FDP-Fraktion eine parlamentarische Initiative eingereicht (06.444, "Gesundheitsverfassung. Liberale Rahmenordnung und Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen"), mit der die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen sowie privaten Trägerschaften gestärkt und die Versorgungssicherheit der Bevölkerung durch die Konzentration und Koordination der medizinischen Leistungen garantiert werden soll. Zudem haben der National- und der Ständerat je einen Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative der SVP "für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung" (05.055) beschlossen und in ein Vernehmlassungsverfahren gegeben. Mit diesen Vorschlägen sollen Grundsätze für die Ausgestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung auf Verfassungsstufe verankert werden. Das Parlament wird sich in der Wintersession 2007 mit diesen Vorschlägen befassen. Es kann somit in diesem Rahmen dem Anliegen der vorliegenden Motion Rechnung tragen.

Der Bundesrat erachtet es unter diesen Umständen nicht für angezeigt, dem Parlament ebenfalls noch Vorschläge für eine Änderung der Bundesverfassung zu unterbreiten; dies ganz abgesehen davon, dass der Bundesrat seinen Schwerpunkt ohnehin nicht auf eine Änderung der Verfassung setzt, sondern auf die Optimierung und Konsolidierung des bestehenden Systems.

*Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.*

<b>16.09.2009</b>	<b>Nationalrat</b>	Annahme.
<b>09.03.2011</b>	<b>Ständerat</b>	Ablehnung.

Das Geschäft ist damit erledigt.

#### **09.4175 – Mo Nationalrat. (Fraktion SVP) - Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Heilmittelbehörden der EU und der Schweiz**

Der Bundesrat wird beauftragt, den Abschluss eines Memorandum of Understanding/Confidentiality Agreement zum Informationsaustausch im Heilmittelbereich anzustreben.

#### **Begründung**

Eine konkurrenzfähige Arzneimittelzulassungsbehörde ist für den Pharmastandort Schweiz wichtig. Mit einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Heilmittelbehörden einzelner EU-Länder und der Emea einerseits und Swissmedic andererseits soll die Leistungsfähigkeit von Swissmedic erhöht werden. Entsprechende Abkommen bestehen bereits mit Australien, Kanada, Singapur und den USA. Die Vernetzung auf europäischer Ebene könnte die bestehende Lücke zwischen der EU und der Schweiz schliessen.

Folgende Punkte sollten Inhalt der Vereinbarung sein (Liste ist nicht abschliessend):

- Informations- und Datenaustausch, einschliesslich vertraulicher Daten;
- Zugang zu den Entscheidungsgrundlagen und Möglichkeit der Diskussion offener Fragen mit zuständigen Reviewern;
- Dialog im Rahmen laufender Zulassungs- und Marktüberwachungsverfahren zur besseren Abstimmung der jeweiligen Entscheide;
- gegenseitige Teilnahme an Trainings;
- (gegenseitige) Teilnahme an Expertengruppen (insbesondere relevant sind die Working Parties der Emea, wo aktuelle Entwicklungen und Dossiers diskutiert sowie Guidelines erarbeitet werden);
- Zugang zu Datenbanken und öffentlichen Registern (z. B. Pädiatrie).

#### **Erklärung des Bundesrates vom 27.01.2010**

*Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.*

<b>19.03.2010</b>	<b>Nationalrat</b>	Annahme.
-------------------	--------------------	----------

**09.03.2011 Ständerat** Annahme.

Der Ständerat hat die Motion aus dem Nationalrat an den Bundesrat überwiesen. Die Schweizer Heilmittelbehörde Swissmedic würde damit leistungsfähiger und effizienter, zeigte er sich überzeugt. Der Bundesrat stellte sich nicht gegen das Anliegen.

### **10.3015 – Motion Schenker. Für eine nationale Qualitätsorganisation im Gesundheitswesen**

Der Bundesrat wird beauftragt, die nötigen Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vorzuschlagen, um die Ziele des Berichtes "Qualitätsstrategie des Bundes im schweizerischen Gesundheitswesen" vom 9. Oktober 2009 rasch umzusetzen und insbesondere die Frage der Finanzierung der nationalen Organisation zu regeln.

#### **Antwort des Bundesrates vom 12.05.2010**

Der Bundesrat hat am 28. Oktober 2009 die Qualitätsstrategie des Bundes gutgeheissen und dem Eidgenössischen Departement des Innern den Auftrag gegeben, im Jahr 2010 die Priorisierung und Konkretisierung der Strategie an die Hand zu nehmen und ihm dazu Bericht zu erstatten. In diesem Rahmen sollen auch die Fragen der Schaffung der notwendigen rechtlichen Grundlagen und einer allfälligen nationalen Organisation zur Umsetzung der Qualitätsstrategie geprüft und geklärt werden. Der Bundesrat will das Ergebnis dieser Prüfung abwarten und lehnt deshalb die mit der Motion verlangte Gesetzesänderung im heutigen Zeitpunkt ab.

*Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.*

**28.09.2010 Nationalrat** Annahme

**09.03.2011 Ständerat** Annahme.

Der Bundesrat muss eine Organisation ins Leben rufen, welche die Qualität der Gesundheitsversorgung bewertet.

Nach dem Nationalrat hat sich auch der Ständerat dafür ausgesprochen. Er hat drei Motionen an den Bundesrat überwiesen. Nach dem Willen der Räte soll die Organisation für Transparenz sorgen. Gegenwärtig sei das Qualitätsmanagement auf zu viele verschiedene Akteure aufgeteilt, hatten die Motionäre argumentiert. Der Bundesrat stellte sich nicht gegen das Anliegen.

### **10.3450 – Motion Nationalrat (Fraktion FDP-Liberale) - Für eine unabhängige nationale Organisation für Qualitätssicherung**

Damit die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gewährleistet werden kann, wird der Bundesrat beauftragt, die Rahmenbedingungen für eine unabhängige Organisation zu schaffen, die die Qualität der Gesundheitsversorgung bewerten und die für die Öffentlichkeit vorgesehenen Resultate veröffentlichen soll.

#### **Begründung**

Die Qualitätsstrategie des Bundes im Gesundheitswesen, die vom Bundesrat am 28. Oktober 2009 verabschiedet wurde, ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Nun muss diese Strategie konkretisiert werden, und es muss ein gesetzlicher Rahmen für die Gründung einer nationalen, unabhängigen Organisation geschaffen werden. Diese Organisation soll die Koordination auf nationaler Ebene übernehmen, die Qualität bewerten und die Ergebnisse dieser Bewertungen veröffentlichen. Die Antwort des Bundesrates auf die Motion der SGK-NR 10.3015 ist nicht klar genug.

#### **Antwort des Bundesrates vom 17.09.2010**

Der Bundesrat ist mit dem Anliegen der Motion grundsätzlich einverstanden. Er ist deshalb zur Annahme der Motion bereit und verweist für die Begründung auf seine Stellungnahme vom 8. September 2010 zur Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates 10.3353, "Qualitätssicherung OKP".

*Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.*

**01.10.2010 Nationalrat** Annahme

**09.03.2011 Ständerat** Annahme.

Der Bundesrat muss eine Organisation ins Leben rufen, welche die Qualität der Gesundheitsversorgung bewertet.

Nach dem Nationalrat hat sich auch der Ständerat dafür ausgesprochen. Er hat drei Motionen an den Bundesrat überwiesen. Nach dem Willen der Räte soll die Organisation für Transparenz sorgen. Gegenwärtig sei das Qualitätsmanagement auf zu viele verschiedene Akteure aufgeteilt, hatten die Motionäre argumentiert. Der Bundesrat stellte sich nicht gegen das Anliegen.

### **10.3451 – Motion Nationalrat (Fraktion FDP-Liberale) - Für eine effektive nationale Health-Technology-Assessment-Agentur**

Damit die Wirtschaftlichkeit und die Angemessenheit der Gesundheitsversorgung garantiert werden können, wird der Bundesrat beauftragt, die Rahmenbedingungen für die Gründung einer unabhängigen Health-Technology-Assessment-Agentur zu schaffen. Diese soll die Wirtschaftlichkeit (Verhältnis Kosten-Nutzen, Kosten-Wirkung) der neuen Technologien und Leistungen im medizinischen Bereich analysieren und die für die Öffentlichkeit vorgesehenen Resultate veröffentlichen.

#### **Begründung**

Die Qualitätsstrategie des Bundes im Gesundheitswesen, die vom Bundesrat am 28. Oktober 2009 verabschiedet wurde, ist ein erster Schritt in Richtung eines auf nationaler Ebene koordinierten Qualitätsmanagements. Diese nationale Koordination ist bereits seit 1996 durch Artikel 58 KVG vorgesehen, doch die Ergebnisse sind bis heute sehr bescheiden. Qualität bedeutet Wirksamkeit, Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit. Die Wirtschaftlichkeit wird heute a posteriori gemessen, das heisst, nachdem die medizinischen Leistungen erbracht wurden; die Angemessenheit wird nicht systematisch beurteilt. Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit der Leistungen müssen unbedingt besser kontrolliert werden, und zwar systematisch. Die Bürgerinnen und Bürger investieren jedes Jahr zusätzliche 2 Milliarden Franken ins Gesundheitssystem, ohne dass Return on Investment oder den Nutzen richtig einschätzen zu können. Die Gesundheitsindustrie entwickelt neue Technologien, die sofort, ohne Überprüfung ihrer Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit,

ins Leistungsangebot der Krankenversicherung aufgenommen werden. Eine nationale HTA-Agentur, wie sie in den meisten Industrieländern existiert ([www.inahta.org](http://www.inahta.org)), fehlt in der Schweiz. Die Situation ist alles andere als zufriedenstellend.

Der Kanton Zürich hat soeben mit seinem Projekt "Medical Board" eine kantonale HTA-Agentur gegründet. Die GDK zeigt sich interessiert, diese Agentur auf interkantonalen Ebene zu unterstützen. Die obligatorische Krankenversicherung und ihre Finanzierung fallen jedoch in den Verantwortungsbereich des Bundes; eine Verkomplizierung des föderalistischen Systems, das immer mehr unter Druck gerät, sollte in Zukunft vermieden werden. Die Koordination - der grösste Schwachpunkt des Gesundheitssystems - wird dadurch nicht verbessert. Die Kompetenz liegt beim Bund; dieser muss in Einklang mit den Kantonen seine Führungsrolle wahrnehmen. Die Massnahmen, die bis jetzt vom Bundesamt für Gesundheit mit minimalen Ressourcen durchgeführt wurden, können nicht mit jenen einer nationalen HTA-Agentur nach internationalen Standards verglichen werden.

**Antwort des Bundesrates vom 17.09.2010**

Wie der Bundesrat in seiner Antwort auf die Motion der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates 10.3353, "Qualitätssicherung OKP", ausgeführt hat, hält er grundsätzlich eine unabhängige Institution für sinnvoll, welche zuhanden der Behörden und der Leistungserbringer Fragen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen bearbeitet. Damit kann ein wichtiger Beitrag dazu geleistet werden, dass die begrenzten Mittel der Krankenversicherung möglichst zweckmässig eingesetzt werden. Die Motion geht in die richtige Richtung und ergänzt die laufenden Vorhaben des Bundes (Umsetzung der Qualitätssicherungsstrategie sowie Umsetzung der Empfehlungen der Geschäftsprüfungskommission zur Bezeichnung und Überprüfung der Leistungen) und der Kantone (Medical Board des Kantons Zürich, für das die Kantone eine nationale Trägerschaft etablieren möchten). Der Bundesrat ist deshalb bereit, in einem ersten Schritt Zielgruppen, methodische Arbeitsweise, Trägerschaft und Finanzbedarf zu klären und einen Vorschlag zur Umsetzung zu erarbeiten.

*Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.*

**01.10.2010**      **Nationalrat**      Annahme

**09.03.2011**      **Ständerat**      Annahme.

Der Bundesrat muss eine Organisation ins Leben rufen, welche die Qualität der Gesundheitsversorgung bewertet. Nach dem Nationalrat hat sich auch der Ständerat dafür ausgesprochen. Er hat drei Motionen an den Bundesrat überwiesen. Nach dem Willen der Räte soll die Organisation für Transparenz sorgen. Gegenwärtig sei das Qualitätsmanagement auf zu viele verschiedene Akteure aufgeteilt, hatten die Motionäre argumentiert. Der Bundesrat stellte sich nicht gegen das Anliegen.

# Nationalrat

## Bundesratsgeschäfte

### 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. Im Rahmen dieser Revision schlägt der Bundesrat ausserdem Massnahmen im Medikamentenbereich vor. Die Spezialitätenliste wird ergänzt durch wichtige Arzneimittel für seltene Krankheiten. Zur Eindämmung der Medikamentenkosten wird der Leistungserbringer verpflichtet, sowohl bei der Verordnung eines bestimmten Arzneimittels wie auch bei der Abgabe eines Arzneimittels mittels Wirkstoffverschreibung ein preisgünstiges Arzneimittel abzugeben. Zudem wird die Regelung bezüglich der Weitergabe von Vergünstigungen, die namentlich auch im Zusammenhang mit Medikamenten stehen, ergänzt. (Quelle: Botschaft des Bundesrates.)

#### Vorlage 1

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Managed Care)

05.12.2006	Ständerat	Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.
16.06.2010	Nationalrat	Abweichend.
15.12.2010	Ständerat	Abweichend.
03.03.2011	Nationalrat	Abweichend.

Dreieinhalb Jahre nach dem Ständerat befasste sich der Nationalrat als Zweitrat mit der KVG-Revision zu Managed Care (Vorlage 1). In diese Vorlage integrierte die vorberatende Kommission zudem die KVG-Revisionen Kostenbeteiligung (04.034) und Vertragsfreiheit (04.032). Kommissionssprecherin Ruth Humbel (CEg, AG) nannte als zentrale Elemente der Vorlage a) die Verpflichtung der Krankenversicherer, Managed-Care-Modelle anzubieten, b) die Budgetmitverantwortung für die integrierten Versorgungsnetze und c) der differenzierte Selbstbehalt für die Versicherten (10 Prozent Selbstbehalt wie bisher für Managed-Care-Versicherte, neu 20 Prozent Selbstbehalt für jene Versicherten, die den Arzt weiterhin frei wählen und wechseln wollen). Damit soll die medizinische Behandlung in Ärztenetzwerken zur Regel werden. Für die Kommission, so deren Sprecherin, ist die Vorlage eine ausbalancierte Gesetzesrevision, die von allen Akteuren im Gesundheitswesen einen Beitrag abverlangt. Alle Fraktionen betonten die Bedeutung und den Wert von Managed Care, beziehungsweise der integrierten medizinischen Versorgung. Das Eintreten auf die Vorlage war unbestritten.

Uneinig war sich der Rat in der Frage der Kostenbeteiligung der Versicherten. Eine linksgrüne Kommissionsminderheit bekämpfte die Erhöhung des Selbstbehalts auf 20 Prozent für traditionell Versicherte und plädierte für Anreize statt Bestrafung bei der Einführung des neuen Modells. Jacqueline Fehr (S, ZH) erinnerte daran, dass die Patientenorganisationen es nicht akzeptieren würden, wenn die finanzielle Belastung für die Kranken erneut steige. In der folgenden Diskussion unterstützte die Minderheit einen Kompromissvorschlag von Jean-François Steiert (S, FR), der den Selbstbehalt auf 5 Prozent (Managed-Care-Versicherte) und 15 Prozent für die anderen Versicherten festlegen wollte. Eine Mehrheit unterstützte jedoch die erhoffte "Hebelwirkung" des differenzierten Selbstbehalts von 10 und 20 Prozent und stimmte dem Vorschlag der Kommission mit 109 zu 57 Stimmen zu. Ebenfalls gegen die Stimmen aus dem linksgrünen Lager beschloss der Nationalrat auf Antrag seiner Kommission mit 114 zu 59 Stimmen, dass Versicherte in der Regel drei Jahre lang in einem Managed-Care-Modell verbleiben müssen, ausser sie bezahlen eine Austrittsprämie.

Die von der Kommission vorgeschlagene Verpflichtung der Krankenversicherer, überall mindestens ein Managed-Care-Modell anzubieten wurde von der FDP-Liberale-Fraktion bekämpft. Pierre Triponet (RL, BE) befürchtete, dass ein Angebotszwang die Innovationskraft von Managed Care hemmen würde und glaubte, dass sich das Angebot von selber erfolgreich entwickeln werde. Eine Mehrheit des Rates unterstützte den Kommissionsantrag und damit einen Angebotszwang mit 99 zu 67 Stimmen.

Beim Thema der Ausgestaltung der Integrierten Versorgung beantragte Christine Goll (S, ZH) namens einer Kommissionminderheit, die Bestimmungen betreffend Budgetmitverantwortung der Ärztenetzwerke zu streichen. Diese würde eine verdeckte Rationierung begünstigen und Anreize zur Unterversorgung bilden, war ihr Vorwurf. Der Rat folgte der Kommission und lehnte diesen Minderheitsantrag mit 125 zu 43 Stimmen ab. Dagegen stimmte der Nationalrat einem Einzelantrag Füglistaller (V, AG) mit 104 zu 71 Stimmen zu, der statt einer "kann"-Formulierung den Bundesrat verpflichtet, Anforderung an die Qualität und den Umfang der Budgetmitverantwortung der Versorgungsnetze festzulegen. Ein von der SVP-Fraktion unterstützter Minderheitsantrag, der den Vertragszwang zwischen Kassen und Ärzten ausserhalb der Netzwerke aufheben wollte, wurde mit 108 zu 51 Stimmen abgelehnt.

Mit der Managed-Care-Vorlage beschloss der Rat auf Antrag seiner Kommission mit 121 zu 53 Stimmen auch eine Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Kassen. Neu soll neben Alter und Geschlecht auch der Gesundheitszustand der Patienten in die Berechnung der Ausgleichszahlungen einbezogen werden. Vertreter der SVP-Fraktion wehrten sich erfolglos gegen diese Neugestaltung des Risikoausgleichs.

Bei der weiteren Behandlung der Managed Care-Vorlage wich der **Ständerat** in zwei wesentlichen Bereichen von den Vorschlägen des Nationalrates ab: Bei der Angebotspflicht und beim differenzierten Selbstbehalt. Eine Kommissionmehrheit beantragte, die Kassen von der Pflicht zu befreien, alleine oder im Verbund überall ein Managed-Care-Modell anzubieten. Der Rat folgte seiner Kommission und strich mit 21 zu 14 Stimmen die Angebotspflicht für die Versicherer. Beim differenzierten Selbstbehalt beantragte die Kommission einen Satz von 5 Prozent für Managed-Care-Versicherte und für diejenigen, die weiterhin den Arzt frei wählen wollen einen Kostenanteil von 15 Prozent. Der Ständerat stimmte dem Kommissionsantrag mit 24 zu 8 Stimmen zu. Weiter bestimmte er auf Antrag der Kommission mit 29 zu 4 Stimmen, dass der maximale Selbstbehalt - entgegen der Fassung des Nationalrates - im Gesetz verankert werden soll und auf jährlich 500 Franken für Managed-Care-Versicherte und für die anderen Versicherten auf 1000 Franken zu begrenzen sei. Der vom Nationalrat eingefügte verbindliche Auftrag an den Bundesrat, für integrierte Versorgungsnetze Qualitätsanforderungen und den Umfang der Budgetmitverantwortung festzulegen ersetzte der Ständerat stillschweigend durch eine "Kann"-Formulierung. Bei der vorzeitigen Auflösung von mehrjährigen Versicherungsverträgen strich der Ständerat mit 19 zu 15 Stimmen als möglichen Grund die vom Nationalrat vorgesehene überdurchschnittliche Prämienhöhung. Die vom Nationalrat vorgesehene Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer in einem integrierten Versorgungsnetz wurde nicht bestritten und auch bei den Bestimmungen zum verfeinerten Risikoausgleich schloss sich der Ständerat dem Nationalrat.

**Medienmitteilung vom 18.2.2011. Die SGK-NR beschloss in der Differenzbereinigung zu Managed Care praktisch in allen Punkten an der Linie des Nationalrates festzuhalten. Bei der differenzierten Kostenbeteiligung beantragt sie allerdings 7,5 bzw. 15 Prozent.** Die Kommission beantragt mit 19 zu 7 Stimmen, daran festzuhalten, dass alle Versicherungen mindestens ein integriertes Netzwerk anbieten müssen, und ebenfalls daran, dass diese Netzwerke unabhängig von den Versicherern organisiert sein müssen (Art. 13 Abs. 2 Bst. g). Sie präziserte die entsprechenden Bestimmungen noch zusätzlich. Die Möglichkeit für die Versicherer, eine Vertragsdauer von drei Jahren vorzusehen, wurde einerseits auf alle besonderen Versicherungsformen ausgedehnt, andererseits auch etwas relativiert, indem die einjährige Vertragsdauer explizit im Gesetz erwähnt wird (Art. 41d Abs. 1). Eine Minderheit will diesen Absatz ganz streichen. Bei den übrigen Absätzen zu Artikel 41d hält die Kommission durchwegs an der Version des Nationalrates fest. Auch bei der differenzierten Kostenbeteiligung (Art. 64) hält sie mit einer Ausnahme an der Nationalratsversion fest: Der Prozentsatz der Kostenbeteiligung für Versicherte in integrierten Versorgungsnetzen soll 7,5 % (Ständerat 5%) betragen (8 zu 8 Stimmen bei Stichentscheid der Präsidentin), bei den übrigen Versicherten bleibt die Kommission bei den 15 % des Ständerates. Ausschlaggebend für diesen Entscheid waren Schätzungen, die zeigten, dass 5% zu Prämienhöhungen führen würden. Mit 13 zu 12 Stimmen bei 1 Enthaltung lehnte es die Kommission ab, die Obergrenze der Kostenbeteiligung wie der Ständerat (500 bzw. 1000 Franken) ins Gesetz zu schreiben.

Der Nationalrat will Krankenkassen zwingen, Versicherungen mit integrierten Versorgungsnetzen anzubieten. Gleichzeitig will er traditionell Versicherte mit einem Selbstbehalt von 20 Prozent zu einem Wechsel in ein Managed-Care-Modell bewegen. Wer den Arzt nicht frei wählen will, soll einen Selbstbehalt von 10 Prozent übernehmen. Nur das "10/20-Prozent-Modell" verhindere einen Prämien Schub, zeigten sich die Bürgerlichen überzeugt. Der Nationalrat widersetzt sich damit dem Kompromissvorschlag des Ständerates. Dieser hatte ein "5/15-Prozent-Modell" vorgeschlagen.

### **09.079 Forschung am Menschen. Bundesgesetz**

Der vorliegende Regelungsentwurf setzt den Gesetzgebungsauftrag des Verfassungsartikels über die Forschung am Menschen um. Entsprechend bezeichnet der Gesetzesentwurf diejenigen Forschungsbereiche, die wegen ihres Gefährdungspotenzials für Würde und Persönlichkeit eine gesetzliche Regelung erforderlich machen, nämlich die Forschung zu Krankheiten des Menschen sowie zu Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers.

Mit der Motion 98.3543 wurde der Bundesrat beauftragt, den Entwurf eines Bundesgesetzes über die medizinische Forschung am Menschen auszuarbeiten. In diesem Gesetz sollten «die ethischen und rechtlichen Grundsätze und Schranken festgeschrieben werden, die in diesem Gebiet befolgt werden müssen, damit einerseits der Schutz der Menschenrechte in möglichst hohem Masse gewährleistet ist und andererseits eine sinnvolle medizinische Forschung am Menschen nicht verhindert wird».

Darüber hinaus wurde der Bundesrat am 19. Dezember 2003 beauftragt, eine Verfassungsbestimmung zur Forschung am Menschen vorzulegen. Diese Verfassungsgrundlage, der neue Artikel 118b BV, wurde vom Parlament am 25. Sep-

tember 2009 verabschiedet. Die Volksabstimmung findet voraussichtlich am 7. März 2010 statt. Der Verfassungsartikel verpflichtet den Bund dann – und nur dann – Vorschriften zu erlassen, wenn dies zum Schutz der Würde und Persönlichkeit des Menschen in der Forschung notwendig ist. Des Weiteren benennt Artikel 118b BV vier zentrale Grundsätze, die der Gesetzgeber in der Forschung in Biologie und Medizin mit Personen beachten muss. Die von der Verfassung geforderte Gefährdungsanalyse hat gezeigt, dass die Forschung zu Krankheiten des Menschen sowie zu Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers zum Schutz von Würde und Persönlichkeit des Menschen regulierungsbedürftig ist. Dies aufgrund der mit dieser Forschung stets einhergehenden Gefährdung der physischen und psychischen Integrität sowie des Rechts auf Selbstbestimmung der teilnehmenden Personen. Mangels Gefährdungspotenzial nicht geregelt wird der forschungsbezogene Umgang mit anonymisiertem biologischem Material sowie anonymen bzw. anonymisierten gesundheitsbezogenen Personendaten. Der vorliegende Gesetzesentwurf stellt – in Übereinstimmung mit dem primären Ziel von Artikel 118b BV – in erster Linie ein Gesetz zum Schutz des Menschen in der Forschung dar. Zu diesem Zweck verankert und stärkt er einerseits das Selbstbestimmungsrecht der Personen, die an einem Forschungsprojekt teilnehmen oder zur Teilnahme angefragt werden oder deren biologisches Material und gesundheitsbezogene Personendaten zu Forschungszwecken verwendet werden sollen. Andererseits werden objektive Vorkehrungen zum Schutz der teilnehmenden Personen festgelegt, etwa die Anforderungen an die Einwilligung und Aufklärung, an den Einbezug von urteilsunfähigen Personen, an das zulässige Verhältnis zwischen Risiken und Nutzen sowie an die Überprüfung des Forschungsprojekts durch Ethikkommissionen für die Forschung. Daneben schafft der Gesetzesentwurf schweizweit durch einheitliche administrative Anforderungen günstige Rahmenbedingungen für die Forschung am Menschen in der Schweiz. Zweck des Gesetzesentwurfs ist denn auch, die heute nur punktuell vorhandenen und in verschiedenen Gesetzen auf Bundes- und Kantonsebene verstreuten Bestimmungen zur Forschung am Menschen in einer einheitlichen Regelung zusammenzuführen. Deshalb werden die allgemeinen Bestimmungen zur Forschung insbesondere des Transplantations- und des Heilmittelgesetzes wie auch die teilweise vorhandenen kantonalen Vorschriften durch entsprechende Regelungen im vorliegenden Entwurf ersetzt. Die Regelungen berücksichtigen dabei soweit möglich die bewährte Praxis und stimmen mit den international anerkannten Vorschriften überein. Unter Berücksichtigung der im Verfassungsartikel über die Forschung am Menschen aufgeführten Grundsätze sind folgende zentrale Regelungsaspekte besonders hervorzuheben:

- Forschung mit Personen darf nur stattfinden, wenn eine Einwilligung nach hinreichender Aufklärung vorliegt. Das Verbot der Forschung mit Personen gegen ihren Willen gilt uneingeschränkt; so ist auch die Ablehnung urteilsunfähiger Personen stets zu beachten. An die Forschung mit besonders verletzbaren Personen werden spezifische Anforderungen gestellt.
- Die Weiterverwendung von bereits vorhandenem biologischem Material und bereits vorhandenen gesundheitsbezogenen Personendaten wird differenziert geregelt. Die Forschung mit biologischem Material und genetischen Daten unterliegt strengeren Anforderungen als der Umgang mit nichtgenetischen gesundheitsbezogenen Personendaten zu Forschungszwecken. Biobanken haben lediglich adäquaten betrieblichen und fachlichen Anforderungen zu genügen, dagegen bestehen keine spezifischen Bewilligungs- und Meldepflichten für deren Betrieb.
- Die unabhängige Überprüfung der Forschungsprojekte wird wie bis anhin von kantonalen Ethikkommissionen wahrgenommen. An diese Kommissionen wie auch an die Beurteilungsverfahren werden jedoch einheitliche Anforderungen gestellt. Insbesondere muss ein wissenschaftliches Sekretariat zur Verfügung stehen, damit ein effizienter Verfahrensablauf gewährleistet ist. Für die umfassende Beurteilung einer Multizenterstudie ist in der Schweiz neu nur noch eine Ethikkommission, nämlich diejenige am Tätigkeitsort der das Projekt koordinierenden Person, zuständig. Eine zentrale Koordinationsstelle gewährleistet den regelmässigen Austausch unter den Ethikkommissionen und weiteren Prüfbehörden.
- Zur Förderung der Transparenz ist eine Registrierungspflicht von Forschungsprojekten vorgesehen.

#### **Medienmitteilung der Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrates vom 14.01.2011**

Die Kommission führte eine zweite Lesung des Humanforschungsgesetzes (HFG; 09.079) durch. Sie kehrte bei den Artikeln 1 (Zweck) und 2 (Geltungsbereich) zur Version des Bundesrates zurück und strich damit das neu eingeführte, in der Kommission heftig umstrittene Interventionskonzept wieder aus dem Gesetz. Dagegen nahm sie bei Artikel 3 (Begriffe) mit 13 zu 13 Stimmen mit Stichentscheid des Präsidenten einen Antrag an, der die nichtgenetischen, die genetischen sowie die gesundheitsbezogenen Personendaten unter dem Überbegriff der gesundheitsbezogenen Daten zusammenfasst. Die Annahme dieses Antrags führt zu einer Verschärfung bei der Forschung mit gesundheitsbezogenen Personendaten („Informationen über eine bestimmte Person, die sich auf deren Gesundheit oder Krankheit beziehen“), da diese nun gleich behandelt werden wie die genetischen Daten. Im Weiteren strich die Kommission den Relevanzartikel (Art. 5) aus dem Gesetz, auch dies mit Stichentscheid des Präsidenten. Deutlich fielen dagegen die folgenden Abstimmungen aus: Einen Antrag, der die Forschung mit Embryonen und Föten aus Schwangerschaftsabbrüchen verbieten wollte, lehnte die Mehrheit mit Verweis auf die Bedeutung dieses Forschungszweigs mit 20 zu 2 Stimmen bei 3 Enthaltungen ab. Mit 22 Stimmen bei 2 Enthaltungen befürwortete sie einen Antrag, der die Frist für die Erteilung von Bewilligungen für Forschungsprojekte durch die zuständige Ethikkommission auf zwei Monate festlegt (Art. 44 Abs. 2). Dieser Entscheid ersetzt damit den früheren Mehrheitsentscheid der Kommission, mit dem eine Frist von drei Monaten festgesetzt wurde. Die WBK nahm einstimmig einen Antrag an, der es Ethikkommissionen ermöglichen soll, zu Forschungsvorhaben Stellung zu nehmen, die im Ausland durchgeführt werden; dies zum Schutz der an den Forschungsprojekten teilnehmenden Personen (Art. 50 Abs. 2). In der Gesamtabstimmung nahm die Kommission das Humanforschungsgesetz schliesslich mit 15 zu 2 Stimmen bei 6 Enthaltungen an.

Nachdem das Thema Heilversuche im Laufe der Beratung des HFG verschiedentlich thematisiert worden war, beschloss die WBK auf Antrag zweier Mitglieder, eine Kommissionsmotion dazu einzureichen. Dieser Antrag war eine Konsequenz des Entscheids der Kommission, die Heilversuche nicht im Humanforschungsgesetz zu regeln. Die Motion beauftragt den Bundesrat, die in der Schweiz geltenden Bestimmungen zu den Heilversuchen aufzuzeigen, rechtliche Graubereiche zu erfassen und darzulegen, in welchen Verordnungen, Richtlinien oder Gesetzen die Heilversuche er-

gänzt werden müssten. Die Kommission stimmte diesem Antrag einstimmig zu.

**09.03.2011 Nationalrat** Beginn der Diskussion

**10.03.2011 Nationalrat** Beschluss abweichend vom Entwurf des Bundesrates.

Als Erstrat hat sich der Nationalrat über das Gesetz über die Forschung am Menschen gebeugt und Eintreten beschlossen. Mit einer Stimme Unterschied beschloss er einen Zweckartikel, in welchem der Schutz der Würde, der Persönlichkeit und der Gesundheit der Menschen absolut formuliert ist. Mit 77 zu 76 Stimmen bei einer Enthaltung wurde entgegen dem Willen der FDP und der SVP der Begriff Forschungsfreiheit nicht in den Zweckartikel aufgenommen. Nach der ersten Lesung steht im neuen Humanforschungsgesetz der Schutz des Menschen, an dem geforscht wird, im Zentrum. Die Rechte versuchte das Gesetz teilweise liberaler und wissenschaftsfreundlicher zu formulieren, unterlag jedoch mehrheitlich der Koalition von SP, Grünen, CVP und Teilen der FDP. Mit 149 zu 13 Stimmen aus der SVP und 6 Enthaltungen verabschiedete die grosse Kammer das Gesetz zu Händen des Ständerates.

Die umstrittenen Heilversuche von schwerkranken Menschen wurden aus dem Humanforschungsgesetz ausgelagert. Eine Kommission motionierte nun den Bundesrat, die in der Schweiz geltenden Bestimmungen zu den Heilversuchen aufzuzeigen, rechtliche Graubereiche zu erfassen und darzulegen, in welchen Verordnungen, Richtlinien oder Gesetzen die Heilversuche ergänzt werden müssten. Die Motion wurde stillschweigend gutgeheissen.

#### Motionen

#### **10.3353 – Motion SGK SR - Qualitätssicherung OKP**

Der Bundesrat wird beauftragt, in Ergänzung zu Artikel 58 KVG einen konkreten Vorschlag zur effektiven Umsetzung zu unterbreiten und dabei auch die Schaffung einer Institution zur Qualitätssicherung, wie sie in andern Ländern existiert, zu prüfen. Eine unabhängige, über das KVG finanzierte Institution könnte im Auftrag des Bundes zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen öffentlich zugängliche Gutachten erstellen.

#### **Antwort des Bundesrates vom 08.09.2010**

Der Bundesrat hält grundsätzlich eine unabhängige Institution für sinnvoll, welche zuhanden der Behörden und der Leistungserbringer Fragen der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von Leistungen bearbeitet. Damit kann ein wichtiger Beitrag dazu geleistet werden, dass die begrenzten Mittel der Krankenversicherung möglichst zweckmässig eingesetzt werden. Die Motion geht in die richtige Richtung und ergänzt die laufenden Vorhaben des Bundes (Umsetzung der Qualitätssicherungsstrategie sowie Umsetzung der Empfehlungen der Geschäftsprüfungskommission zur Bezeichnung und Überprüfung der Leistungen) und der Kantone (Medical Board des Kantons Zürich, für das die Kantone eine nationale Trägerschaft etablieren möchten). Der Bundesrat ist deshalb bereit, in einem ersten Schritt Zielgruppen, methodische Arbeitsweise, Trägerschaft und Finanzbedarf zu klären und einen Vorschlag zur Umsetzung zu erarbeiten.

*Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.*

**20.09.2010 Ständerat** Annahme

**03.03.2011 Nationalrat** Annahme

#### **10.3882 – Motion SGK NR - Versorgungsqualität mit DRG**

Der Bundesrat wird beauftragt die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit bei der flächendeckenden Einführung von DRG die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Ärztinnen sowie des gesamten Gesundheitspersonals sichergestellt werden kann und die Versorgungsqualität nicht verschlechtert wird.

#### **Antwort des Bundesrates vom 17.12.2010**

In dieser Motion werden zwei Anliegen angesprochen: die Sicherstellung von genügend Aus- und Weiterbildungsplätzen des Gesundheitspersonals durch eine solide Finanzierung sowie der Versorgungsqualität.

Wie der Bundesrat bereits in seiner Stellungnahme auf die Interpellation Schenker Silvia 10.3544, "Mangel an Pflegepersonal. Mit Leistungsverträgen und Spitalisten zu mehr Ausbildungsplätzen", dargelegt hat, sind in der Schweiz grundsätzlich die Kantone für die Organisation und Finanzierung der Ausbildung des Gesundheitspersonals zuständig. Die Spitäler und Pflegeheime können jedoch auf der Grundlage des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) nicht verpflichtet werden, Gesundheitspersonal auszubilden. Der Bund trägt gemäss dem Medizinalberufegesetz (SR 811.11) die Verantwortung für die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung und die Berufsausübung bei den universitären Medizinalberufen. Auch aus dieser gesetzlichen Grundlage leitet sich jedoch keine Ausbildungsverpflichtung für die Spitäler und Pflegeheime ab. Grundsätzlich teilen sich also Bund und Kantone hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals die Verantwortung.

Bezüglich der Finanzierung der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals muss jedoch zwischen den universitären und den nichtuniversitären Gesundheitsberufen unterschieden werden.

An der Finanzierung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ändert sich mit der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung bzw. der Einführung eines auf DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden Vergütungssystems faktisch nichts. Auch nach der neuen Spitalfinanzierung dürfen die Kosten für die ärztliche Aus- und Weiterbildung nicht in die Tarifiermittlung einfließen und gehen somit nicht zu Lasten der Krankenversicherung. Die Kantone bleiben weiter für die Finanzierung verantwortlich und haben bereits zugesichert, im Falle eines grundsätzlich nicht zu erwartenden massiven Abbaus von Weiterbildungsstellen die notwendigen Massnahmen zu ergreifen bzw. finanzielle Unterstützung zu leisten.

Die Kosten für die Ausbildung des nichtuniversitären Fachpersonals (hauptsächlich Personen mit Pflegeausbildung) können hingegen nach der neuen Spitalfinanzierung bei der Tarifiermittlung berücksichtigt werden, womit sie gemeinsam von der Krankenversicherung und den Kantonen zu finanzieren sind. Somit ist die Finanzierung der Aus- und Weiterbildungsplätze des Gesundheitspersonals rechtlich langfristig geregelt.

Trotzdem wird befürchtet, dass durch die Einführung von DRG die Bildungsqualität unter Druck gerät, da die Leistungen effizienter erbracht werden müssen und somit namentlich in die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte weniger Zeit investiert wird. Die Problematik wurde deshalb im Rahmen der Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" aufgenommen. Diese Plattform vereint neben Bund und Kantonen 15 weitere Organisationen der ärztlichen Bildung, insbesondere auch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung der FMH (SIWF). Sie wird vom Bundesamt für Gesundheit im Auftrag des Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik betrieben. Am 14. September 2010 hat die Plattform eine Arbeitsgruppe "Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung" eingesetzt mit dem Auftrag, die Situation umfassend zu analysieren und nötigenfalls zuhanden der Plattform konkrete Vorschläge zur Finanzierung und Sicherstellung einer hohen Qualität der ärztlichen Weiterbildung auszuarbeiten. Erste Ergebnisse sind bis im Frühsommer 2011 zu erwarten. Der Handlungsbedarf wurde also erkannt und den Anliegen der Motion kann so Rechnung getragen werden.  
*Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.*

**03.03.2011 Nationalrat** Annahme.

Der Nationalrat sorgt sich um die Qualität im Gesundheitswesen, wenn in Spitälern ab nächstem Jahr mit Fallpauschalen abgerechnet wird. Er verlangt vom Bundesrat Massnahmen, um die Versorgungsqualität und die Ausbildung des Gesundheitspersonals zu sichern. Per Motion fordert er auch die Schaffung einer Organisation zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Zudem soll der Bundesrat für eine Mindestzahl von Studienplätzen an medizinischen Fakultäten sorgen.

**Fragestunde**

### **11.5132 - Frage Graf-Litscher. Umsetzung der Kernforderungen des Verfassungsartikels 118a zur Komplementärmedizin**

#### **Eingereichter Text**

Der Gesundheitsminister wird eine Begleitgruppe einberufen, mit je drei Vertretern der Komplementärmedizinbranche und drei Vertretern des BAG. Das Departement wird den Lead übernehmen. Aufgabe ist die Umsetzung der Kernforderungen des Verfassungsartikels 118a zur Komplementärmedizin.

- Weshalb werden die Kantone nicht in die Begleitgruppe eingeladen?

In der Verfassung steht, dass Bund und Kantone für die Umsetzung zuständig sind.

- Sollte die GDK und deren Vertreter nicht auch angefragt werden?

#### **Antwort des Bundesrates vom 14.03.2011**

Le groupe d'accompagnement agira en tant qu'organe d'information et de consultation du chef du département pour la planification et la mise en oeuvre des projets relevant de la compétence de la Confédération, en relation avec le nouvel article constitutionnel 118a. Il s'agit essentiellement de projets dans les domaines suivants: loi fédérale sur l'assurance-maladie, loi fédérale sur les professions médicales universitaires, législation sur les produits thérapeutiques, diplômes nationaux pour les thérapeutes non médecins. Afin de faciliter l'échange rapide d'informations, le groupe d'accompagnement doit fonctionner en tant que comité restreint mais représentatif de l'office fédéral responsable et de la médecine complémentaire, sous la direction du Département fédéral de l'intérieur. Bien sûr, les cantons seront appelés à participer dans le cadre des plates-formes et des processus existants, dès qu'ils seront concernés.

## **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 vorberaubenden Kommission oder des Bundesrates Änderungen am Text vornehmen. Über die Änderungen des Zweitrates 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