

# Der Umgang der Verwaltung mit der Lobbyarbeit: zwei Praxisbeispiele aus der Gesundheitspolitik

**Salome von Greyerz** | Anhand von zwei aktuellen Gesetzgebungsprojekten – dem Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung und dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier – wird aufgezeigt, welche Auswirkungen der Einbezug der betroffenen Akteure ausserhalb der institutionalisierten Verfahren auf den Gesetzgebungsprozess hat. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein solcher Einbezug die Qualität und die Akzeptanz eines Gesetzesentwurfs bei den Akteuren zu erhöhen, dessen Unterstützung durch das Parlament jedoch nicht zu garantieren vermag.

## Inhaltsübersicht

- 1 Einleitung
- 2 Fallbeispiel 1: Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung
  - 2.1 Vorgehen bei der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs
  - 2.2 Parlamentarische Debatte
  - 2.3 Konsequenzen des Einbezugs der Akteure
- 3 Fallbeispiel 2: Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
  - 3.1 Vorgehen bei der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs
  - 3.2 Konsequenzen des Einbezugs der Akteure
- 4 Schlussfolgerungen

## 1 Einleitung

Im Zentrum der nachstehenden Ausführungen stehen die im Rahmen von zwei Gesetzgebungsprojekten (Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung sowie Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier) gemachten Erfahrungen mit der Einbindung von Interessengruppen in die Politikvorbereitung, d. h. in die vorparlamentarische Phase der Erarbeitung eines neuen Bundesgesetzes. Dabei soll insbesondere die Bedeutung des Einbezugs der verschiedenen Interessengruppen ausserhalb des institutionalisierten Vernehmlassungsverfahrens beleuchtet werden. Dies vor dem Hintergrund der stetig zunehmenden Polarisierung in der Gesundheitspolitik und der sich wandelnden Aufgaben der Verwaltung. Letztere umfassen nicht mehr nur den Vollzug von Gesetzen, sondern vermehrt auch das Ausloten der Konsenschancen von Problemlösungsstrategien und Massnahmenpaketen bei den betroffenen Verbänden und Interessengruppen.

## 2 Fallbeispiel 1: Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung

### 2.1 Vorgehen bei der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs

Nachdem der erste Versuch des Erlasses eines «Präventivgesetzes» im Jahre 1982 am Widerstand der Kantone und der Wirtschaftsverbände gescheitert war, wurde

2005 vom damaligen Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), Bundesrat Pascal Couchepin, ein Verfahren gewählt, mit dem schon in einer frühen Arbeitsphase nicht nur die inhaltliche Ausrichtung, sondern auch die politische Akzeptanz einer rechtlichen Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung ausgelotet werden sollte. Dazu wurde eine aus Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Kantonen, Leistungserbringern, Wissenschaft und Präventionsorganisationen zusammengesetzte «Fachkommission Prävention und Gesundheitsförderung» eingesetzt. Nachdem deren Entwurf des Berichts «Zukunft der Prävention in der Schweiz» im Rahmen einer im Frühjahr 2006 durchgeführten informellen Anhörung bei den Kantonen und Präventionsorganisationen auf Zustimmung stiess, erteilte der Bundesrat im September 2007 dem EDI trotz des Widerstands einzelner Wirtschaftsverbände den Auftrag, einen Vorentwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) auszuarbeiten. Der Bericht der Fachkommission diente der Verwaltung bei der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs als fachlich-inhaltliche Vorlage. Zudem wurden vor der Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens im Herbst 2008 verschiedene Informationsveranstaltungen und eine informelle Anhörung bei den Kantonen und den betroffenen Organisationen durchgeführt. Nachdem die Reaktionen im Rahmen der Vernehmlassung grossmehrheitlich positiv ausfielen – der Widerstand einzelner Wirtschaftsverbände war ungebrochen – wurde der Gesetzesentwurf im September 2009 dem Parlament unterbreitet (BBl 2009 7071).

## **2.2 Parlamentarische Debatte**

Nach einer fast drei Jahre dauernden parlamentarischen Diskussion der Vorlage wurde diese im September 2012 nach Nichterreichen des qualifizierten Mehrs für das Lösen der Ausgabenbremse im Ständerat abgeschrieben.

## **2.3 Konsequenzen des Einbezugs der Akteure**

Dank des frühen Einbezugs der Kantone konnte sich der damalige Vorsteher des EDI während der gesamten Arbeiten am Gesetzesentwurf der Unterstützung durch die Kantone sicher sein. Auf die präventionskritische Haltung der meisten Wirtschaftsverbände hatte das gewählte Vorgehen jedoch keine Auswirkungen. Hingegen konnte insbesondere bei den Präventionsorganisationen, bei denen es sich oft um kleinere Organisationen ohne grosse «Politikerfahrung» handelt, durch den frühzeitigen Einbezug der Meinungsbildungs- und Lernprozess innerhalb der Organisationen unterstützt werden. Bezüglich der organisatorischen Frage (Neupositionierung der bestehenden privatrechtlichen Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz oder Schaffung eines öffentlich-rechtlichen Instituts für

Prävention und Gesundheitsförderung) konnte trotz intensiver Diskussionen kein Konsens gefunden werden. In der Folge entschied sich der Bundesrat bei der Überweisung der Vorlage an das Parlament für die aus verwaltungsrechtlicher und juristischer Sicht richtige Variante – im Wissen darum, dass sie im Parlament auf Widerstand stossen dürfte. Der gewählte partizipative Ansatz der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs führte sowohl bei den Befürwortern wie auch bei den Gegnern der Vorlage zur Allianzbildung. In der «Allianz gesunde Schweiz» und der «Allianz der Wirtschaft für eine massvolle Präventionspolitik» wurden anschliessend die Aktivitäten der Präventionsorganisationen beziehungsweise der Wirtschaftverbände während der parlamentarischen Beratung der Vorlage koordiniert.

### **3 Fallbeispiel 2: Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier**

#### **3.1 Vorgehen bei der Erarbeitung des Gesetzesentwurfs**

Die Erarbeitung des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) geht auf die von Bund und Kantonen gemeinsam getragene «Strategie eHealth Schweiz» aus dem Jahr 2007 zurück. Auf der Grundlage von Vorarbeiten aus der Strategieumsetzung im Bereich der rechtlichen Aspekte setzte der damalige Vorsteher des EDI, Bundesrat Didier Burkhalter, im Spätherbst 2009 die «Expertengruppe eHealth» ein. Diese setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone, der Leistungserbringer, der Patientenorganisationen, der IT-Industrie sowie Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizininformatik und Verfassungsrecht zusammen. Analog zum Vorgehen der in Ziffer 2.1 erwähnten «Fachkommission Prävention und Gesundheitsförderung» führte auch die «Expertengruppe eHealth» eine informelle Anhörung zu ihrem Berichtsentwurf durch. Zudem wurde auf der Grundlage des Berichts der «Expertengruppe eHealth» in Zusammenarbeit mit dem Staatssekretariat für Wirtschaft eine erste Regulierungsfolgenabschätzung durchgeführt. Der Bundesrat folgte anschliessend mit seinem Gesetzgebungsauftrag im Dezember 2010 den im Bericht skizzierten Empfehlungen in Bezug auf Stossrichtung und Inhalt einer gesetzlichen Regelung des elektronischen Patientendossiers. Im Rahmen der Erarbeitung des Vorentwurfs wurden im ersten Halbjahr 2011 verschiedene Informationsveranstaltungen sowie eine informelle Anhörung durchgeführt. Zudem wurden die von «eHealth Suisse» – dem Koordinationsorgan von Bund und Kantonen zur Umsetzung der «Strategie eHealth Schweiz» – unter breitem Einbezug von Fachleuten und betroffenen Akteuren erarbeiteten konzeptionellen Grundlagen zur Konkretisierung der im Rahmen der Umsetzung der «Strategie eHealth Schweiz» definierten «Architektur eHealth Schweiz» integriert. Zur Klärung der nach der Vernehmlassung weiterhin offenen Fragen (insbesondere im Bereich der

Patientenidentifikation und der finanziellen Anreize) wurden gemeinsam mit den betroffenen Interessengruppen beziehungsweise den Kantonen im Rahmen von Workshops Lösungsvorschläge erarbeitet, denen auch der Bundesrat im Rahmen der dem Parlament unterbreiteten Botschaft am 29. Mai 2013 zustimmte (BBl 2013 5321).

### **3.2 Konsequenzen des Einbezugs der Akteure**

Mit der engen inhaltlich-fachlichen Abstützung der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelung auf die konzeptionellen Vorarbeiten von «eHealth Suisse» wie auch des wiederholten Einbezugs der verschiedenen betroffenen Interessengruppen und Akteure konnte sichergestellt werden, dass die konzeptionellen Grundlagen und Grundsätze der Vorlage (z. B. in den Bereichen der Datenhaltung, der Modalitäten für die Zugriffsrechte, der technischen Umsetzung) von allen Akteuren mitgetragen werden. Zudem konnte mit dem gewählten Vorgehen auch frühzeitig geklärt werden, dass die Kantone einer bundesgesetzlichen Regelung trotz fragmentierter Verfassungsgrundlage positiv gegenüberstehen. Des Weiteren gelang es, eine Lösung zu finden, die einerseits Rechts- und damit Investitionssicherheit ermöglicht und gleichzeitig den Kantonen genügend Gestaltungsspielräume bei der Umsetzung lässt.

## **4 Schlussfolgerungen**

Aufgrund der im Rahmen der beiden oben beschriebenen Gesetzgebungsprojekte gemachten Erfahrungen kann sich ein über den Vernehmlassungsprozess hinausgehender Einbezug der betroffenen Akteure und Interessensgruppen insbesondere dann als sinnvoll erweisen, wenn:

- der Regulationsgegenstand eine hohe technische Komplexität aufweist, wie z. B. die Regelung der Umsetzung der «Architektur eHealth Schweiz» im EPDG;
- mit der neuen rechtlichen Regelung Bereiche von hoher sozialer Komplexität oder mit Pionierprojektcharakter geregelt werden, wie z. B. der bis heute noch nicht sehr weit fortgeschrittene Prozess der Digitalisierung von Abläufen in der Medizin;
- die neue gesetzliche Regelung politisch hochsensible Bereiche tangiert, wie z. B. den Datenschutz in der Medizin.

Das Vorgehen gerät allerdings dann an seine Grenzen, wenn eine neue gesetzliche Grundlage Bereiche tangiert, in denen genuine Interessenkonflikte bestehen, wie z. B. der Konflikt zwischen Gesundheits- und Wirtschaftsinteressen in der Präventionspolitik.

Damit das Vorgehen erfolgreich ist, braucht es seitens der Verwaltung einen klar definierten Gesetzgebungsauftrag (Vision) des Bundesrates, Vermittlungskompetenz und Lernbereitschaft. Das Ziel des Vorgehens muss darin bestehen, die angedachten Lösungen auf ihre Praxis- und Umsetzungstauglichkeit zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen. Dies bedingt auch, dass der Einbezug der verschiedenen Interessengruppen transparent erfolgt und offen kommuniziert wird.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass:

- ein breiter und früher Einbezug der betroffenen Akteure und Interessengruppen die Transparenz fördert und frühzeitige Abgleiche der unterschiedlichen Interessen unterstützt;
- ein gemeinsamer Einbezug der Akteure das Verständnis für andere Positionen erhöhen kann;
- durch einen aktiven Einbezug die fachliche Qualität eines Erlasses gesteigert, die politische Akzeptanz in den institutionalisierten Verfahren vor der parlamentarischen Beratung erhöht und damit frühe Referendumsdrohungen vermieden werden können;
- ein aktiver Einbezug der betroffenen Akteure und Interessengruppen keine Garantie für die Akzeptanz einer Vorlage im Parlament darstellt.

*Salome von Greyerz, Dr. pharm, MAE, NDS MiG, Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien, Bundesamt für Gesundheit, Bern, E-Mail: salome.vongreyerz@bag.admin.ch*

### **Résumé**

*Deux projets de lois actuels (loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé et loi fédérale sur le dossier électronique du patient) sont utilisés pour illustrer les effets que la consultation des acteurs concernés en dehors des circuits institutionnels ont sur la procédure législative. On constate généralement qu'une telle consultation augmente la qualité des projets de lois, de même que l'acceptation de ceux-ci par les acteurs, sans garantir pour autant que les projets en question seront soutenus par le Parlement.*