

02.02.2018

NATIONALRAT / CONSEIL NATIONAL / CONSIGLIO NAZIONALE

Frühjahrssession 2018 / Session de printemps 2018 / Sessione primaverile 2018

Ergänzung zu den Tagesordnungen**Complément aux ordres du jour****Complemento agli ordini del giorno****Behandlung in Kat. IV / Traitement en cat. IV****Anträge des Bundesrates / Propositions du Conseil fédéral / Dichiarazione del Consiglio federale**

+ Annahme - Adoption - Adozione

- Ablehnung - Rejet - Reiezione

Eidg. Departement des Innern**Département fédéral de l'intérieur****Dipartimento federale dell'interno**

<u>17.3716</u>	n	Mo. Brand. Einführung einer Innovationsbestimmung im Krankenversicherungsgesetz Mo. Brand. LAMal. Introduire un article de promotion de l'innovation Mo. Brand. Introdurre una disposizione sull'innovazione nella legge federale sull'assicurazione malattie (Bek./Opp. Gysi)	Bekämpft Combattu Opposizione	+
<u>17.3877</u>	n	Po. Fraktion G. Prämienverbilligungen bei den Krankenkassen verbessern und vereinheitlichen Po. Groupe G. Améliorer et harmoniser la réduction des primes de l'assurance-maladie Po. Gruppo G. Migliorare e uniformare le riduzioni dei premi delle casse malati (Bek./Opp. Herzog) <i>Sprecherin/Porte-parole/Portavoce: Häsler</i>	Bekämpft Combattu Opposizione	+
<u>17.3956</u>	n	Mo. Birrer-Heimo. Keine unverhältnismässigen Ausgaben für Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung Mo. Birrer-Heimo. Commissions versées aux intermédiaires dans l'assurance de base. Pas de dépenses disproportionnées Mo. Birrer-Heimo. Assicurazione di base. No alle spese sproporzionate per le provvigioni degli intermediari (Bek./Opp. Jauslin, de Courten)	Bekämpft Combattu Opposizione	+
<u>16.3069</u>	n	Mo. Clottu. Jährliche Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Medizinprodukte, deren Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden Mo. Clottu. Evaluation annuelle de l'économie des produits médicaux facturés à la charge de l'assurance obligatoire des soins Mo. Clottu. Valutazione annuale dell'economicità dei dispositivi medici fatturati a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie		-
<u>16.3084</u>	n	Mo. Landolt. Krankenversicherung. Anpassung der ordentlichen Franchise Mo. Landolt. Assurance-maladie. Adapter le montant de la franchise ordinaire Mo. Landolt. Assicurazione malattie. Adeguare la franchigia ordinaria		-
<u>16.3103</u>	n	Mo. Fraktion C. Beseitigung der Heiratsstrafe auch in der AHV Mo. Groupe C. Supprimer également la pénalisation du mariage dans l'AVS Mo. Gruppo C. Eliminare gli svantaggi per le coppie sposate anche nell'AVS <i>Sprecherin/Porte-parole/Portavoce: Humbel</i>		-

<u>16.3110</u>	n	Mo. Fraktion RL. Krankenversicherung. Regelmässige Anpassung der Franchisen Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Adapter régulièrement le montant des franchises Mo. Gruppo RL. Assicurazione malattie. Adeguare regolarmente le franchigie <i>Sprecherin/Porte-parole/Portavoce: Sauter</i>	-
<u>16.3111</u>	n	Mo. Fraktion RL. Wahlfreiheit und Eigenverantwortung stärken. Maximalfranchise in der obligatorischen Krankenversicherung erhöhen Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Renforcer la liberté de choix et la responsabilité individuelle en augmentant la franchise maximale Mo. Gruppo RL. Rafforzare la libertà di scelta e la responsabilità individuale mediante l'aumento della franchigia massima nell'AOMS <i>Sprecherin/Porte-parole/Portavoce: Sauter</i>	-
<u>16.3112</u>	n	Mo. Fraktion RL. Krankenversicherung. Mindestfranchise in der Krankenversicherung endlich anpassen Mo. Groupe RL. Assurance-maladie. Adapter enfin le montant de la franchise minimale Mo. Gruppo RL. Assicurazione malattie. La franchigia minima dell'assicurazione malattie deve essere finalmente adeguata <i>Sprecherin/Porte-parole/Portavoce: Sauter</i>	-
<u>16.3131</u>	n	Mo. Pezzatti. Bürokratieabbau bei der Zulassung von Bioziden und Pflanzenschutzmitteln Mo. Pezzatti. Autorisation des biocides ou des produits phytosanitaires. Suppression de la bureaucratie Mo. Pezzatti. Meno burocrazia nell'omologazione di biocidi e prodotti fitosanitari	-
<u>16.3152</u>	n	Mo. von Siebenthal. Warnung. Dieses Medikament hat Nebenwirkungen Mo. von Siebenthal. Attention. Ce médicament a des effets secondaires Mo. von Siebenthal. Avvertenza. Questo medicamento ha effetti collaterali	-
<u>16.3166</u>	n	Mo. Heim. Mittel- und Gegenständeliste. Preise sollen kostengünstiger werden Mo. Heim. Liste des moyens et des appareils. Faire baisser les prix Mo. Heim. Elenco dei mezzi e degli apparecchi. Ridurre i prezzi	-
<u>16.3169</u>	n	Mo. Heim. Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände Mo. Heim. Faire obligation aux caisses-maladie de rembourser les moyens et appareils médicaux achetés à l'étranger Mo. Heim. Introdurre l'obbligo per le casse malati di remunerare i mezzi e gli apparecchi medici acquistati all'estero	-
<u>16.3193</u>	n	Mo. Hess Lorenz. KVG. Innovation und Transparenz bei den Tarifen fördern Mo. Hess Lorenz. Tarifs dans la LAMal. Promouvoir l'innovation et la transparence Mo. Hess Lorenz. LAMal. Promuovere l'innovazione e la trasparenza delle tariffe	-
<u>16.3210</u>	n	Po. Schmid-Federer. Mehr Transparenz bei den Familienausgleichskassen Po. Schmid-Federer. Davantage de transparence dans les caisses de compensation pour allocations familiales Po. Schmid-Federer. Più trasparenza sulle casse di compensazione per assegni familiari	-
<u>16.3215</u>	n	Mo. Piller Carrard. Zusammensetzung von Binden und Tampons Mo. Piller Carrard. Composition des protections périodiques Mo. Piller Carrard. Composizione dei prodotti per l'igiene mensile	-
<u>16.3216</u>	n	Po. Piller Carrard. Aktualisierung des Berichtes über die Armut Po. Piller Carrard. Actualisation du rapport sur la pauvreté Po. Piller Carrard. Aggiornamento del rapporto sulla povertà	-

<u>16.3223</u>	n	Po. Gschwind. Anstieg der Gesundheitskosten stoppen Po. Gschwind. Stopper la hausse des coûts de la santé Po. Gschwind. Arrestare l'aumento dei costi della salute	-
<u>16.3243</u>	n	Po. Fässler Daniel. Darf die Oberaufsichtskommission Berufliche Vorsorge in die Organisationshoheit der Kantone eingreifen? Po. Fässler Daniel. La Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle peut-elle empiéter sur la souveraineté des cantons en matière d'organisation? Po. Fässler Daniel. La Commissione di alta vigilanza della previdenza professionale può interferire nella sovranità organizzativa dei cantoni?	-
<u>16.3255</u>	n	Mo. Brand. Krankenversicherung. Effizienter Datenaustausch statt teure Bürokratie Mo. Brand. Assurance-maladie. Pour un échange efficient de données au lieu d'une bureaucratie onéreuse Mo. Brand. Assicurazione malati. Scambio di dati efficiente anziché burocrazia costosa	-
<u>16.3309</u>	n	Mo. Streiff. Gegen die sprachliche Diskriminierung von Menschen mit Behinderung Mo. Streiff. Lutter contre la discrimination linguistique des personnes handicapées Mo. Streiff. Contro la discriminazione linguistica delle persone con disabilità	-
<u>16.3331</u>	n	Mo. Nantermod. Neues Abkommen mit Frankreich über die Koordination der Sozialversicherungssysteme für Grenzgängerinnen und Grenzgänger Mo. Nantermod. Négocier avec la France un nouvel accord relatif à la coordination du régime des assurances sociales des travailleurs frontaliers Mo. Nantermod. Negoziare con la Francia un nuovo accordo per il coordinamento del regime delle assicurazioni sociali dei lavoratori frontalieri	-
<u>16.3338</u>	n	Mo. Geissbühler. Die abstinenzorientierte Drogenrehabilitation ist eine nationale Aufgabe und soll zur Erfolgsgeschichte werden Mo. Geissbühler. Sevrage des toxicomanes. Une tâche nationale qu'il s'agit de mener à bien Mo. Geissbühler. Terapia contro la tossicodipendenza orientate all'astinenza. Un compito di portata nazionale che deve essere coronato da successo	-
<u>16.3358</u>	n	Mo. Grüter. Die berufliche Vorsorge mit der Säule 3a auch für erwerbstätige Personen über 70 Jahren ermöglichen Mo. Grüter. Ouvrir le pilier 3a aux actifs de plus de 70 ans Mo. Grüter. Permettere alle persone attive professionalmente di protrarre oltre i 70 anni la previdenza professionale mediante il pilastro 3a	-
<u>16.3389</u>	n	Mo. Bigler. Das BFS zum echten Kompetenzzentrum für Statistik machen Mo. Bigler. Transformer l'OFS en un véritable centre de compétence de la statistique Mo. Bigler. Trasformare l'UST in un centro di competenza per la statistica a tutti gli effetti	-
<u>16.3401</u>	n	Mo. Hardegger. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen verbindlich umsetzen Mo. Hardegger. Garantie de la qualité des soins dans le système de santé. Mettre en oeuvre de manière contraignante les connaissances scientifiques Mo. Hardegger. Obbligare a tener conto di tutte le conoscenze scientifiche attuali per garantire la qualità delle cure	-
<u>16.3410</u>	n	Mo. Frehner. Keine Prämienerrhöhungen für Präventionsprogramme Mo. Frehner. Ne pas augmenter les primes pour financer des programmes de prévention Mo. Frehner. Nessun aumento di premio per programmi di prevenzione	-

<u>16.3414</u>	n	Mo. Béglé. Investitionen von Pensionskassen in nichtbörsennotierte Unternehmen erleichtern Mo. Béglé. Faciliter l'investissement des caisses de pension dans les sociétés non cotées en Bourse Mo. Béglé. Facilitare gli investimenti delle casse pensioni in società non quotate	-
<u>16.3461</u>	n	Mo. Pantani. Anpassung der Generikapreise Mo. Pantani. Adaptation du prix des génériques Mo. Pantani. Adeguamento dei prezzi dei medicinali generici	-
<u>16.3498</u>	n	Mo. Fraktion S. Prämien für die obligatorische Krankenversicherung. Höchstens 10 Prozent des Haushaltbudgets! Mo. Groupe S. Plafonner les primes de l'assurance obligatoire des soins à 10 pour cent du budget des ménages Mo. Gruppo S. I premi dell'assicurazione malattie obbligatoria non devono superare il 10 per cento del budget delle economie domestiche <i>Sprecherin/Porte-parole/Portavoce: Carobbio Guscetti</i>	-
<u>16.3500</u>	n	Po. Herzog. Auswirkungen der Akademisierung der Pflegeberufe Po. Herzog. Conséquences de l'universitarisation des professions des soins Po. Herzog. Conseguenze dell'accademizzazione delle professioni sanitarie	-
<u>16.3514</u>	n	Po. Weibel. Systemwechsel bei der Medikamentenpreisbildung Po. Weibel. Détermination des prix des médicaments. Changer de système Po. Weibel. Cambio di sistema nella formazione dei prezzi dei medicinali	-
<u>16.3517</u>	n	Po. Schmid-Federer. Das harte Los pflegender Kinder besonders anschauen Po. Schmid-Federer. Se pencher sur la lourde charge des enfants soignant des proches Po. Schmid-Federer. Considerare la difficile situazione dei minori che prestano cure ai propri familiari	-
<u>16.3525</u>	n	Mo. Grunder. Lebensmittelverschwendung stoppen. Verwertung von einheimischem Pferdefleisch verbessern Mo. Grunder. Mettre fin au gaspillage alimentaire et mieux valoriser la viande de cheval indigène Mo. Grunder. Stop allo spreco di derrate alimentari. Sfruttare meglio la carne di cavallo indigena	-
<u>16.3587</u>	n	Mo. Fraktion S. Klare Trennung der Interessen. Unvereinbarkeit zwischen Parlamentsmandat und behördlichem Mandat im Gesundheitsbereich Mo. Groupe S. Séparation claire des intérêts. Incompatibilité entre un mandat parlementaire et un mandat exercé pour le compte d'une autorité dans le domaine de la santé Mo. Gruppo S. Chiara separazione degli interessi. Incompatibilità tra mandato parlamentare e mandato ufficiale nel settore sanitario <i>Sprecherin/Porte-parole/Portavoce: Gysi</i>	-
<u>16.3599</u>	n	Mo. Mazzone. Menschen mit Behinderungen. Recht auf gleiche Chancen auf dem Arbeitsmarkt Mo. Mazzone. Droit à l'égalité sur le marché du travail pour les personnes en situation de handicap Mo. Mazzone. Diritto alle pari opportunità sul mercato del lavoro per le persone con disabilità	-
<u>16.3601</u>	n	Mo. Tornare. Vorbeugend handeln. Die Salzmenge in unserer Ernährung reduzieren Mo. Tornare. Agir en amont. Baisser la quantité de sel dans notre alimentation Mo. Tornare. Agire a monte per ridurre la quantità di sale nella nostra alimentazione	-

<u>16.3617</u>	n	Po. Fraktion S. Die Entschädigungen der Krankenkassenmanagerinnen und -manager begrenzen Po. Groupe S. Limiter les rémunérations des organes dirigeants des caisses-maladie Po. Gruppo S. Limitare le retribuzioni dei dirigenti delle assicurazioni malattia <i>Sprecherin/Porte-parole/Portavoce: Carobbio Guscetti</i>	-
<u>16.3641</u>	n	Mo. Feller. Ausgleichsfonds AHV/IV/EO dem Öffentlichkeitsgesetz unterstellen Mo. Feller. Assujettissement des fonds AVS/AI/APG à la loi sur la transparence Mo. Feller. Assoggettamento dei fondi AVS/AI/IPG alla legge sulla trasparenza	-
<u>16.3690</u>	n	Po. Heim. Überhöhte Preise für medizinische Hilfsmittel. Wann können Versicherte mit Preisabschlägen rechnen? Po. Heim. Moyens auxiliaires médicaux hors de prix. Quand les assurés pourront-ils compter sur des baisses de prix? Po. Heim. Prezzi eccessivi dei mezzi ausiliari medici. A quando una riduzione?	-
<u>16.3796</u>	n	Po. Clottu. Gesundheitskosten von Asylsuchenden (Ausweis N) und Sans-Papiers Po. Clottu. Coût des requérants d'asile et des sans-papiers en matière de santé Po. Clottu. Costi sanitari dei richiedenti l'asilo e dei sans-papiers	-
<u>16.3804</u>	n	Po. Schmid-Federer. Bedarfsabhängige Kinderzulagen als gezielte Massnahme zur Bekämpfung der Familienarmut Po. Schmid-Federer. Des allocations pour enfant sous condition de ressources pour lutter de manière ciblée contre la pauvreté des familles Po. Schmid-Federer. Assegni per i figli in funzione del bisogno quale misura mirata per la lotta contro la povertà delle famiglie	-
<u>16.3810</u>	n	Mo. Leutenegger Oberholzer. Altersvorsorge und insbesondere berufliche Vorsorge. Wissenslücken schliessen Mo. Leutenegger Oberholzer. Prévoyance vieillesse et prévoyance professionnelle. Combler le manque d'informations des assurés Mo. Leutenegger Oberholzer. Colmare le lacune conoscitive sulla previdenza per la vecchiaia e in particolare sulla previdenza professionale	-
<u>16.3812</u>	n	Mo. Giezendanner. Keine unnötigen und aufwendigen Datenerhebungen bei Freizügigkeitseinrichtungen Mo. Giezendanner. Renoncer à la récolte superflue de données complexes auprès des institutions de libre passage Mo. Giezendanner. Basta con le inutili e onerose rilevazioni di dati presso gli istituti di libero passaggio	-
<u>16.3822</u>	n	Mo. Carobbio Guscetti. Krankenversicherung nach KVG. Keine übermässig harten Vertragsbedingungen bei alternativen Versicherungsmodellen Mo. Carobbio Guscetti. Pour des modèles alternatifs d'assurance-maladie sans conditions léonines Mo. Carobbio Guscetti. Per modelli alternativi di assicurazione malattia che non contengano condizioni capestro	-

17.3716

MOTION

Einführung einer Innovationsbestimmung im Krankenversicherungsgesetz

Eingereicht von: BRAND HEINZFraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei**Bekämpfer/in:** GYSI BARBARA**Einreichungsdatum:** 25.09.2017**Eingereicht im** Nationalrat**Stand der Beratungen:** Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird eingeladen, im KVG einen für alle Akteure offenen Innovationsartikel zu schaffen. Dieser soll eine klare gesetzliche Grundlage für Pilotprojekte herstellen, welche geeignet sind, den gesetzlich geforderten Massnahmen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bessere Nachachtung zu verschaffen. Die Leistungsansprüche der Versicherten sowie ihr Aufnahmepflicht bleiben unangetastet.

BEGRÜNDUNG

Bereits vor der Einführung des KVG wurden mit einer Art Experimentierartikel gute Erfahrungen gemacht. Im Rahmen von Pilotprojekten wurden damals alternative Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer getestet. Die so gewonnenen Erkenntnisse legten den Grundstein für die Berücksichtigung besonderer Versicherungsformen im KVG. Mit dem neuen Innovationsartikel soll es den Akteuren im schweizerischen Gesundheitswesen ermöglicht werden, von einzelnen KVG-Bestimmungen gezielt abzusehen und im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen mit anderen Partnern alternative Mechanismen zu testen. Soweit es sich um Versicherungslösungen handelt, bleiben die Leistungsansprüche der Versicherten und der Aufnahmepflicht jedes Versicherten, der am Experiment teilnehmen möchte, vorbehalten. Im Rahmen der heutigen Bestimmungen sind insbesondere für die Kantone Möglichkeiten vorgesehen, ausserordentliche Massnahmen zu ergreifen, was den auf dem Vertragsprinzip beruhenden Pilotprojekten weitestgehend den Boden entzieht. Im Gegensatz zum geltenden KVG könnten mit einem offenen Innovationsartikel alle Akteure in die Verantwortung zur Lancierung von Pilotprojekten zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit einbezogen werden. Mit dem neuen Artikel soll bezweckt werden, dass beispielsweise immer wieder diskutierte Vorschläge wie eine einheitliche Finanzierung oder eine Lockerung des Vertragszwangs auf freiwilliger Basis in einzelnen Regionen bei Bereitschaft der entsprechenden Akteure getestet und mit den Entwicklungen in der ordentlichen Grundversicherung nach KVG verglichen werden können. Dadurch könnten Entwicklungen der entsprechenden Änderungen über einen bestimmten Zeitraum beobachtet und Hinweise auf die Tauglichkeit bzw. auf mögliche Umsetzungsprobleme bei einer flächendeckenden Einführung gewonnen werden. Eine solche Vorgehensweise könnte auch Vertrauen und damit Raum schaffen, um dringliche Reformen vorzubereiten und anzustossen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 08.12.2017

Der Bundesrat hat am 25. Oktober 2017 vom Expertenbericht "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" Kenntnis genommen und das EDI beauftragt, bis im Frühjahr 2018 aufzuzeigen, welche der vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt werden sollen. Die Massnahmen werden danach ausgearbeitet und in die Vernehmlassung geschickt. Die Einführung einer Innovationsbestimmung für alle Akteure im Gesundheitsbereich wird ebenfalls darin enthalten sein.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 08.12.2017

Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

CHRONOLOGIE

15.12.2017 NATIONALRAT Bekämpft; Diskussion verschoben.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (15)

BRUNNER TONI CHIESA MARCO CLOTTU RAYMOND DE COURTEN THOMAS FREHNER SEBASTIAN HARDEGGER THOMAS HEIM BEA
HESS LORENZ HUMBEL RUTH HÄSLER CHRISTINE LOHR CHRISTIAN PEZZATTI BRUNO SAUTER REGINE SCHMID-FEDERER BARBARA
WEIBEL THOMAS

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN

AMTLICHES BULLETIN

17.3877

POSTULAT

Prämienverbilligungen bei den Krankenkassen verbessern und vereinheitlichen

Eingereicht von: GRÜNE FRAKTION

Sprecher/in: HÄSLER CHRISTINE

Bekämpfer/in: HERZOG VERENA

Einreichungsdatum: 29.09.2017

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird gebeten, in einem Bericht aufzuzeigen, wie die Praxis der Prämienverbilligung in den Kantonen verbessert und vereinheitlicht werden kann; dies mit dem Ziel, die Funktion der Prämienverbilligungen als Korrektiv der unsozialen Kopfprämien in der Schweiz für Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu gewährleisten und die Prämienlast auf ein verträgliches Mass zu begrenzen. Das mit der Einführung des KVG seinerzeit formulierte Sozialziel (Prämienbelastung von maximal 8 Prozent des Einkommens) wird heute klar verfehlt.

BEGRÜNDUNG

Die Kantone haben den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren. Die Prämienverbilligung wird durch Bund und Kantone finanziert. Seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) Anfang 2008 entspricht der Bundesbeitrag zur Verbilligung der Prämien 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Aufgrund dieser Vorgabe steigt der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung jährlich mit der Kostenentwicklung der OKP an. Demgegenüber hat der Anteil der Kantone an den ausbezahlten Beträgen für die Prämienverbilligung in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen. Er beträgt noch 42 Prozent des gesamten Prämienverbilligungsvolumens (2015). Während es Kantone gibt, die mehr als den Bundesbeitrag bezahlen, machen andere ihre Beiträge zum Spielball der Finanzpolitik und tragen weniger als die Hälfte des Bundesbeitrages mit eigenen Steuermitteln bei. Einen praxistauglichen Lösungsansatz haben die Grünen mit der parlamentarischen Initiative [15.417](#), "Reform der Prämienverbilligung", aufgezeigt.

Zum schleichenden Rückzug vieler Kantone kommt eine uneinheitliche Umsetzungspraxis dazu. Die Monitoringberichte des Bundes zeigen, dass die Kantone die Anspruchsberechtigung völlig unterschiedlich definieren.

Es reicht deshalb nicht mehr, die Situation in den Kantonen "genaustens zu beobachten" (Antwort [15.3783](#)) und die seit Jahren grösser werdende Differenz zwischen dem Bundesanteil und dem Kantonsanteil als unerwünscht zu beklagen. Der Bundesrat soll anhand von konkreten Vorschlägen aufzeigen, wie die unbefriedigende Situation rasch verbessert werden kann. Die knappen Bundesmittel müssen einheitlich und effizient eingesetzt werden und den Menschen zugutekommen, welche die steigenden Prämienlasten aus eigener Kraft nicht mehr tragen können.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 01.12.2017

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Kantone, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren. Für untere und mittlere Einkommen verbilligen sie die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent (Art. 65 Abs. 1 und 1bis KVG).

Die Räte haben am 17. März 2017 beschlossen, die Kantone zu verpflichten, die Verbilligung der Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung für untere und mittlere Einkommen von 50 auf 80 Prozent zu erhöhen. Der Bundesrat wird diese Gesetzesänderung in Kraft setzen.

Wie der Bundesrat in seinen Antworten auf mehrere Vorstösse (Interpellation Rechsteiner Paul [15.3783](#), "Krankenkassenprämien. Verbesserungen bei den Prämienverbilligungen", Motion Schenker Silvia [14.4288](#), "Neuer Verteilmechanismus des Bundesbeitrages für die Prämienverbilligung", Motionen der sozialdemokratischen Fraktion [16.3498](#) und Maury Pasquier [16.3494](#), "Prämien für die obligatorische Krankenversicherung. Höchstens 10 Prozent des Haushaltbudgets!") bereits dargelegt hat, gewährten die Räte bei der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) auf 2008 den Kantonen bewusst einen grossen

Handlungsspielraum in der Frage, wie hoch die Prämienverbilligung zugunsten der Versicherten in ihrem Kantonsgebiet ausfallen soll und welche Versicherten davon profitieren sollen.

Diese Regelung ist insofern sachlich sinnvoll, als zwischen Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe sowie der kantonalen Steuerpolitik ein enger sachlicher Zusammenhang besteht. Damit wird es den Kantonen möglich, diese Bereiche, für die sie weitgehend zuständig sind, optimal aufeinander abzustimmen.

Der Bundesrat hat jedoch festgestellt, dass mehrere Kantone ihren Anteil an den Prämienverbilligungsbeiträgen in den letzten Jahren gesenkt haben. Unter Berücksichtigung der Daten aller Kantone ist der Kantonsanteil von rund 50 Prozent im Jahr 2010 auf rund 42 Prozent im Jahr 2016 gesunken. Im Jahr 2016 finanzierten zehn Kantone weniger als einen Drittel und elf Kantone weniger als die Hälfte der Prämienverbilligungsbeiträge. Wie die Postulantin hält der Bundesrat diesen Rückzug einzelner Kantone aus der Finanzierung der Prämienverbilligung für problematisch.

Der Bundesrat ist bereit, die Wirksamkeit des Prämienverbilligungssystems zu überprüfen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Ausgestaltung und Finanzierung zu unterbreiten. Dabei sind die Arbeiten des Bundesrates unter Einbezug der Kantone an der überwiesenen Motion der FK-NR 13.3363, "Aufgabentrennung zwischen Bund und Kantonen", zu berücksichtigen. Diese sehen eine Analyse und Bewertung sowie das Aufzeigen von Optimierungsmöglichkeiten bei der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen auch im Bereich der Prämienverbilligung vor. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass die erwähnte Motion weitere Entflechtungen mit klaren Verantwortlichkeiten anstrebt und dass sie die mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs erreichten Vorteile erhalten will. Unter diesen Bedingungen ist der Bundesrat bereit, dieses Postulat und das Postulat Humbel 17.3880, "Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung", anzunehmen.

ANTRAG DES BUNDESRAATES VOM 01.12.2017

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulates.

CHRONOLOGIE

15.12.2017 NATIONALRAT Bekämpft; Diskussion verschoben.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (3)

Finanzwesen Gesundheit Staatspolitik

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN

AMTLICHES BULLETIN

17.3956

MOTION

Keine unverhältnismässigen Ausgaben für Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung

Eingereicht von: BIRRER-HEIMO PRISCA

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Bekämpfer/in: DE COURTEN THOMASJAUSLIN MATTHIAS SAMUEL

Einreichungsdatum: 29.09.2017

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 19 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) wie folgt zu ergänzen:
Absatz 4 Der Bundesrat kann die Entschädigung der Vermittlertätigkeit regeln.

BEGRÜNDUNG

Um unverhältnismässige Ausgaben für Vermittlerprovisionen zu vermeiden, hatte der Bundesrat in seiner Botschaft zum KVAG vom 15. Februar 2012 vorgesehen, dass er bei Bedarf die Entschädigung der Vermittlertätigkeit regeln kann. Im Rahmen der parlamentarischen Beratung wurde diese Bestimmung allerdings mit Verweis auf die Selbstregulierung der Branche gestrichen.

Aktuelle Zahlen zeigen jedoch, dass von einer funktionierenden Selbstregulierung der Branche keine Rede sein kann: Die Sendung "Kassensturz" berichtet, dass eine Krankenkasse gemäss internen Papieren anstelle der von der Branche vereinbarten 50 Franken Provisionen von 250 und in Kombination mit einer Zusatzversicherung bis zu 1500 Franken für den Abschluss einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezahlt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch noch höhere Beträge fliessen. Ausserdem ist die Vermischung von OKP und Zusatzversicherung äusserst problematisch, es fehlt an Transparenz, welche Provisionen über die OKP und welche über Zusatzversicherungen abgewickelt werden.

Gerade im Bereich der OKP, in welchem die Aufnahmepflicht gilt und sich das Angebot der Anbieter nicht unterscheidet, verursachen solche Vermittlerprovisionen zusätzliche Kosten, bieten den Krankenversicherten aber keinerlei Mehrnutzen. Im Gegenteil: Wenn solch hohe Beträge im Spiel sind, besteht die Gefahr, dass Krankenkassen Risikoselektion betreiben und Versicherungsmakler alles daransetzen, entsprechende Verträge abzuschliessen, und dabei keine Rücksicht auf die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Klienten nehmen.

Angesichts der stetigen Prämien erhöhungen in der OKP und der dadurch zunehmenden finanziellen Belastung vieler Haushalte müssen unnötig hohe Ausgaben der Krankenversicherer unbedingt vermieden werden. Deshalb soll der Bundesrat die Möglichkeit erhalten, bei Bedarf gegen solche unverhältnismässig hohen Vermittlerprovisionen vorgehen zu können.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 22.11.2017

Im Rahmen der Beratung zum Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG; SR 832.12) hat das Parlament die Kompetenz des Bundesrates, Vorschriften über die Entschädigung der Vermittlertätigkeit zu erlassen, durch die Möglichkeit der Versicherer, diesen Punkt selber zu regeln, ersetzt.

Rund zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des KVAG ist festzustellen, dass die von den Versicherern implementierte Selbstregulierung das gesetzte Ziel nicht erreichen konnte. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass es besser ist, wenn er über die Kompetenz verfügt, in diesem Bereich zu intervenieren.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 22.11.2017

Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

CHRONOLOGIE

15.12.2017 NATIONALRAT Bekämpft; Diskussion verschoben.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

KONNEXE GESCHÄFTE

17.3964

MOTION

Keine unverhältnismässigen Ausgaben für Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (32)

AEBISCHER MATTHIAS AMHERD VIOLA BARRILE ANGELO BERTSCHY KATHRIN CAROBBIO GUSCETTI MARINA FELLER OLIVIER FERI YVONNE
FRIEDL CLAUDIA GIEZENDANNER ULRICH GRAF-LITSCHER EDITH HADORN PHILIPP HARDEGGER THOMAS HEIM BEA HUMBEL RUTH
HÄSLER CHRISTINE INGOLD MAJA JANS BEAT KIENER NELLEN MARGRET MARRA ADA MUNZ MARTINA MÜLLER-ALTERMATT STEFAN
PANTANI ROBERTA PILLER CARRARD VALÉRIE RITTER MARKUS SCHENKER SILVIA SCHNEIDER SCHÜTTEL URSULA SEILER GRAF PRISKA
STREIFF-FELLER MARIANNE VOGLER KARL WALTER HANSJÖRG WEHRLI LAURENT WEIBEL THOMAS

THEMENGEBIETE (2)

Beschäftigung und Arbeit Gesundheit

WEITERFÜHRENDE UNTERLAGEN

AMTLICHES BULLETIN

16.3069

MOTION

Jährliche Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Medizinprodukte, deren Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden

Eingereicht von: CLOTTU RAYMOND

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 09.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die kostensparende Rückzahlung von Medizinprodukten zu gewährleisten. Die in der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) gemäss Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung festgelegten Beträge müssen jedes Jahr neu geprüft werden. Die Wirtschaftlichkeit ist sichergestellt, wenn bei der Festsetzung der Maximalbeträge die im Ausland üblichen Preise in angemessener Weise in die Rechnung mit einbezogen werden. Der Bundesrat informiert das Parlament in regelmässigen Abständen über die erzielten Fortschritte.

BEGRÜNDUNG

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) soll in dem Sinne ergänzt werden, dass die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Preise der Medizinprodukte, die in der Mittel- und Gegenstände-Liste aufgeführt sind, jedes Jahr stattfindet. Dadurch werden die Versicherten in der Schweiz in Zukunft einen im Vergleich mit den Preisen im Ausland fairen Preis bezahlen.

Jedes Jahr erstatten die Krankenversicherer um die 540 Millionen Franken für Medizinprodukte der Mittel- und Gegenstände-Liste zurück, die von Ärztinnen und Ärzten verschrieben wurden. Die meisten dieser Produkte werden im Ausland hergestellt und in der Schweiz zu massiv übersteuerten Preisen verkauft. So sind Berechnungen von Santésuisse zufolge Blutzucker-Teststreifen, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung pro Jahr mit 100 Millionen Franken belasten, in der Schweiz fast zweimal so teuer wie in den Nachbarländern. Die vom Bundesrat in der MiGeL festgesetzten Beträge haben sich für einige Produkte seit den 90er-Jahren nicht mehr verändert. Die Wirtschaftlichkeit der Mittel- und Gegenstände-Liste wurde seit dem Inkrafttreten des KVG 1994 nicht mehr einer vollständigen Beurteilung unterzogen. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) verspricht diese Beurteilung seit Jahren, liess dem aber nie Taten folgen. Diese Beurteilung sollte aber dringend jedes Jahr gemacht werden, zumindest für die drei Produktgruppen, die den grössten Umsatz generieren.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Die Mittel und Gegenstände stellen im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen einen Sonderfall dar, weil ihre Vergütung weder aufgrund einer behördlichen Preisfestsetzung im Einzelfall (wie für die Arzneimittel der Spezialitätenliste) noch aufgrund einer vertraglichen Tarifvereinbarung erfolgt. Die Vergütung der Mittel und Gegenstände erfolgt in Form einer allgemeinen Produktebeschreibung mit einem behördlich festgelegten Höchstvergütungsbetrag (HVB). Bedingt durch die je nach Hersteller verschiedenen Ausführungen und Qualitätsniveaus der Produkte und der jeweils für eine Gruppe von Produkten festgelegten HVB trifft es jedoch zu, dass auf dem Markt Produkte mit tieferen aber auch höheren Preisen als die HVB der MiGeL existieren. Massgebend für die Verrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Marktpreise der einzelnen Produkte. Der HVB der MiGeL dient lediglich als Obergrenze der Vergütung durch die Krankenversicherung. Bei der Bestimmung der HVB wurde der Fokus darauf gelegt, dass die Versicherten in der Regel keinen Aufpreis selbst bezahlen müssen.

Der Bundesrat teilt das Anliegen, dass die Wirtschaftlichkeit der Vergütung der in der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL; die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch (<http://www.bag.admin.ch>)

> Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Mittel- und Gegenständeliste) geregelten Medizinprodukte mit angemessenen und aktuellen HVB zu gewährleisten ist. Auch teilt er die Einschätzung, dass die MiGeL teilweise veraltete Positionen enthält und sie einer regelmässigen systematischen Überprüfung bedarf.

Nach verschiedenen Anpassungen der MiGeL wie einer linearen Senkung aller HVB per 1. Januar 2006 um 10 Prozent und einer weiteren deutlichen Senkung bei den drei umsatzstärksten Produktgruppen, Blutzuckerteststreifen, Inkontinenzmaterial und hydrocolloide Wundverbände per 1. Januar 2011 wurde die Revision der MiGeL Ende 2015 gestartet. Erste Anpassungen an der MiGeL werden bereits im Jahr 2016 in Kraft treten. Die gesamte MiGeL soll bis im Jahr 2019 revidiert sein, wobei die Produktgruppen mit dem grössten Handlungsbedarf prioritär behandelt werden. Nebst der etappenweisen Prüfung der gesamten MiGeL ist auch ein Teilprojekt geplant, in welchem ein System zur periodischen Überprüfung entwickelt wird. Darin sollen die Vorgehensweise wie auch die geeignete Periodizität festgelegt werden. Bei der Bestimmung einer geeigneten Periodizität ist jedoch zu berücksichtigen, dass die MiGeL sehr unterschiedliche Produkttypen von einfachen Verbänden bis komplexe Geräte enthält, die unterschiedliche Entwicklungszyklen und Preisentwicklungen vorweisen sowie dass die HVB teilweise auch wesentliche Anteile an Serviceleistungen beinhalten.

Bei der Festsetzung der HVB wird zudem der Auslandspreisvergleich bereits heute angemessen einbezogen. Eine im Jahr 2014 durch das BAG in Auftrag gegebene Analyse bei seit längerem nicht angepassten Positionen hat denn auch ergeben, dass die HVB der MiGeL nicht systematisch höher liegen als die Auslandspreise (einbezogen die Preise von Dänemark, Grossbritannien, Deutschland, Holland, Österreich und Frankreich). Nur bei wenigen Produktgruppen überschreiten die HVB die Auslandspreise. Ein reiner Auslandspreisvergleich wird indessen dem Charakter der MiGeL nicht gerecht. Im Gegensatz zu den Arzneimitteln der Spezialitätenliste handelt es sich hier in der Regel nicht um Produkte, für die ein bekannter Fabrikabgabepreis besteht, der verglichen werden könnte. Zudem enthalten die HVB der MiGeL neben der Abgabe allenfalls auch notwendige Beratungen und persönliche Anpassungen der Produkte. Da sich die Marktpreise aller Produkte kaum in jährlicher Periodizität ändern und die MiGeL wie erwähnt sehr unterschiedliche Produkttypen enthält, erachtet der Bundesrat eine jährliche Prüfung der ganzen Liste als unverhältnismässig.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (24)

ADDOR JEAN-LUC AEBI ANDREAS AMAUDRUZ CÉLINE AMSTUTZ ADRIAN BAUER PHILIPPE BIGLER HANS-ULRICH BRAND HEINZ
BUFFAT MICHAËL BÜHLER MANFRED DE LA REUSSILLE DENIS ESTERMANN YVETTE FELLER OLIVIER GLAUSER-ZUFFEREY ALICE GOLAY ROGER
GRIN JEAN-PIERRE HUMBEL RUTH KELLER PETER MAIRE JACQUES-ANDRÉ NICOLET JACQUES NIDEGGER YVES PEZZATTI BRUNO
RIME JEAN-FRANÇOIS RÖSTI ALBERT SALZMANN WERNER

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3084

MOTION

Krankenversicherung. Anpassung der ordentlichen Franchise

Eingereicht von: LANDOLT MARTIN

Fraktion BD

Bürgerlich-Demokratische Partei Schweiz

Einreichungsdatum: 15.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die ordentliche Franchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf mindestens 400 Franken zu erhöhen.

BEGRÜNDUNG

Die Kostenbeteiligung im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) setzt sich zusammen aus Franchise, Selbstbehalt und dem Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts. Im Jahre 1996, als das KVG in Kraft getreten ist, betrug die ordentliche Franchise 150 Franken pro Kalenderjahr. In all den Jahren wurde die ordentliche Franchise lediglich zweimal erhöht. Die letzte Anpassung fand im Jahr 2004, also vor mehr als zehn Jahren, statt. Aktuell beträgt sie 300 Franken.

Am 17. August 2015 hat der Bundesrat eine Anhörung über eine Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung eröffnet. Diese sieht insbesondere vor, dass gewisse Wahlfranchisen abgeschafft und Rabatte reduziert werden. Neben der Einschränkung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten verringern die vorgeschlagenen Massnahmen zusätzlich auch die Selbstverantwortung der versicherten Patienten.

Vielmehr wären aber auch Massnahmen angezeigt, welche die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Dazu gehört u. a. die Anhebung der ordentlichen Franchise.

Die ordentliche Franchise von 300 Franken hat heute an Wirkung verloren, da sie sehr schnell erschöpft ist. Durch die Anhebung der ordentlichen Franchise würde die Eigenverantwortung der Versicherten, welche tendenziell vermehrt auch Bagatelilleistungen in Anspruch nehmen, gestärkt.

Bei der letzten Anpassung im Jahre 2004 beliefen sich die Bruttokosten pro Versicherten auf 2592 Franken. Für 2014 sind diese jedoch auf 3515 Franken gestiegen, was einer Erhöhung von 35 Prozent entspricht. Eine Anpassung erscheint somit gerechtfertigt und angezeigt.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2016 zur Motion Bischofberger 15.4157, "Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen", bereits darlegte, passte er in den vergangenen Jahren die ordentliche Franchise zweimal an. Sie ist heute mit 300 Franken doppelt so hoch wie 1996. Den maximalen Selbstbehalt hat er einmal erhöht, von 600 auf 700 Franken pro Jahr. Den Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital hat er ebenfalls von 10 auf 15 Franken pro Tag angehoben. Ferner hat er die Anzahl Wahlfranchisen erhöht und die höchste Wahlfranchise massgeblich angehoben, von 1500 auf 2500 Franken. Die von den Versicherten geleistete Kostenbeteiligung ist seit Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) leicht stärker gestiegen als die von den Versicherern vergüteten Leistungen.

Bei der Beurteilung der Entwicklung der von den Versicherten bezahlten Kostenbeteiligung spielt die Entwicklung der von den Versicherern bezahlten Leistungen eine massgebliche Rolle. Mit der Kostenbeteiligung wird die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt. Bei der Festlegung der Kostenbeteiligung ist aber auch die finanzielle Tragbarkeit für die erkrankten Versicherten zu berücksichtigen, zumal die individuelle Prämienverbilligung zwar die Prämienlast der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lindert, aber keinen Beitrag an die Kostenbeteiligung leistet. Der Bundesrat ist daher der Auffassung, dass neben der Kostenentwicklung auch die Entwicklung des verfügbaren Einkommens zu berücksichtigen ist. Währenddem die von den Versicherten bezahlte Kostenbeteiligung seit Einführung des KVG um 111 Prozent anstieg, erhöhten sich in demselben Zeitraum die Nominallohne gemäss Lohnindex um 23,6 Prozent.

Versicherte, die mehr Eigenverantwortung übernehmen möchten, haben die Möglichkeit einer Wahlfranchise. Der Bundesrat weist zudem darauf hin, dass in der Schweiz die Kostenbeteiligung der Versicherten im internationalen Vergleich hoch ist.

Der Bundesrat hat die geplante Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102) zur Streichung gewisser Wahlfranchisen und zur Senkung der Prämienreduktion sistiert. Die Ergebnisse der Anhörung können unter folgender Adresse abgerufen werden: www.admin.ch

(<http://www.admin.ch>)

> Bundesrecht > Vernehmlassungen > Abgeschlossene Vernehmlassungen > 2015 > EDI. Der Bundesrat will zuerst gewisse Fragen zu den Franchisen und deren Konsequenzen für die Krankenversicherung im Rahmen des Postulates Schmid-Federer 13.3250, "Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen", prüfen, bevor er über das weitere Vorgehen entscheidet. Diese Arbeiten sollten im Sommer 2017 abgeschlossen sein. Der Bundesrat ist daher der Ansicht, dass es verfrüht wäre, zum heutigen Zeitpunkt eine Anhebung der ordentlichen Franchise zu beschliessen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (4)

FREHNER SEBASTIAN MORET ISABELLE PEZZATTI BRUNO STAHL JÜRIG

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3103

MOTION

Beseitigung der Heiratsstrafe auch in der AHV

Eingereicht von: CVP-FRAKTION

Sprecher/in: HUMBEL RUTH

Einreichungsdatum: 16.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Vorlage zu unterbreiten, welche Benachteiligungen von Ehepaaren und Paaren in eingetragener Partnerschaft gegenüber Nichtverheirateten in der AHV eliminiert.

BEGRÜNDUNG

Die Initiative zur Abschaffung der Heiratsstrafe ist am Volksmehr knapp gescheitert. Wie erste Analysen zeigen, scheiterte die Initiative nicht am eigentlichen Inhalt der Initiative, der Beseitigung von Benachteiligungen bei Steuern und Sozialversicherungen aufgrund des Zivilstandes, sondern an der Ehe-Definition. Die Diskriminierung von Ehepaaren und Paaren in eingetragener Partnerschaft wird als stossend und ungerecht empfunden. Das gilt insbesondere für Rentnerpaare bei der AHV. Zwei Personen, die seit zwanzig Jahren zusammenleben, aber nicht verheiratet sind, bekommen bei der Pensionierung 4700 Schweizerfranken AHV-Rente monatlich. Sind die beiden Personen verheiratet oder leben in eingetragener Partnerschaft, bekommen sie höchstens 150 Prozent der Maximalrente, also 3525 Schweizerfranken monatlich. Diese Differenz von 1175 Schweizerfranken monatlich ist einfach nicht erklärbar. Gemäss Medienberichten gibt es Paare, welche sich im Alter scheiden lassen, um eine höhere AHV-Rente zu erhalten. Der Zivilstand darf aber den Wohlstand von Paaren nicht bestimmen.

Im Abstimmungskampf wurde verschiedentlich auf Privilegien von Ehepaaren hingewiesen, welche die Benachteiligungen aufwiegen sollen. Insbesondere der Hinweis auf Witwenrenten ist geradezu zynisch, weil der Vorteil erst nach dem Tod eines Partners eintritt. Ungleichbehandlungen sind daher gesamtheitlich aufzuzeigen sowie deren Behebung mit den gesellschaftspolitischen und finanziellen Folgen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 11.05.2016

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zur Volksinitiative "für Ehe und Familie - gegen die Heiratsstrafe" vom 23. Oktober 2013 in einer Gesamtanalyse dargelegt, dass Ehepaare nicht nur in der AHV und in der IV, sondern auch in anderen Sozialversicherungen - namentlich der beruflichen Vorsorge oder der Unfallversicherung - insgesamt besser geschützt und gegenüber nicht verheirateten Personen privilegiert behandelt werden.

Sollte die Plafonierung der Renten aufgehoben werden, müssten als Ausgleichsmassnahme deshalb auch Anpassungen bei den heutigen Begünstigungen für Ehepaare vorgenommen werden. Eine Aufhebung sämtlicher zivilstandsabhängiger Regelungen in der AHV und IV würde somit einen umfassenden Umbau der ersten Säule bedingen, der insgesamt Mehrausgaben zur Folge hätte.

Zu beachten ist auch, dass sich eine Aufhebung der Rentenplafonierung je nach Einkommenshöhe unterschiedlich auswirken würde. Nur Personen mit tiefen Einkommen erreichen heute mit ihren Renten die Plafonierungsgrenze nicht. Eine Aufhebung der Rentenplafonierung würde daher Ehepaaren mit mittleren und hohen Einkommen Verbesserungen bringen und vorwiegend Ehepaare begünstigen, die zusammen mit den Renten aus der zweiten Säule bereits heute vorsorgemässig gutgestellt sind. Ehepaare mit Einkommen unterhalb des Maximalrentenbereichs für Ehepaare würden hingegen keine Leistungsverbesserungen erhalten. Es müsste daher im Rahmen dieses umfassenden Umbaus auch verhindert werden, dass diese Ehepaare und andere AHV-Versicherte mit geringen Einkommen mittels höheren AHV-Beiträgen oder Steuererhöhungen solche Leistungsverbesserungen für die bessergestellten Ehepaare finanzieren müssen. Die Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020 (BBl 2015 1) vom 19. November 2014 befindet sich gegenwärtig im Zweitrat. Im Rahmen der Behandlung wurden und werden Aspekte erläutert, welche von der Motion thematisiert werden. Der Bundesrat erachtet es deshalb nicht als zielführend, parallel dazu eine neue Vorlage auszuarbeiten.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 11.05.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (2)

Soziale Fragen Sozialer Schutz

16.3110

MOTION

Krankenversicherung. Regelmässige Anpassung der Franchisen

Eingereicht von: FDP-LIBERALE FRAKTION

Sprecher/in: SAUTER REGINE

Einreichungsdatum: 16.03.2016

Eingereicht im: Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Reform der notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu unterbreiten, um in der OKP einen Mechanismus vorzusehen, welcher sicherstellt, dass die Franchisen in regelmässigem Abstand der Kostenentwicklung angepasst werden.

BEGRÜNDUNG

Um die Franchisenhöhe in der OKP regelmässig der Kostenentwicklung anzupassen zu können, wurde sie vom Bundesrat bewusst auf Verordnungsstufe geregelt. Die minimale Franchise wurde allerdings das letzte Mal im Rahmen der Reform von 2004 erhöht. Um nicht wieder zwölf Jahre bis zur nächsten Anpassung verstreichen zu lassen, sollen Franchisen in regelmässigen Abständen automatisch angepasst werden, z. B. mit einem Mechanismus zur Bindung der Höhe der Franchisen an Lohn- und Preisentwicklung.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2016 zur Motion Bischofberger 15.4157, "Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen", bereits darlegte, passte er in den vergangenen Jahren die ordentliche Franchise zweimal an. Sie ist heute mit 300 Franken doppelt so hoch wie 1996. Den maximalen Selbstbehalt hat er einmal erhöht, von 600 auf 700 Franken pro Jahr. Den Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital hat er ebenfalls von 10 auf 15 Franken pro Tag angehoben. Ferner hat er die Anzahl Wahlfranchisen erhöht und die höchste Wahlfranchise massgeblich angehoben, von 1500 auf 2500 Franken. Die von den Versicherten geleistete Kostenbeteiligung ist seit Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) leicht stärker gestiegen als die von den Versicherern vergüteten Leistungen.

Bei der Beurteilung der Entwicklung der von den Versicherten bezahlten Kostenbeteiligung spielt die Entwicklung der von den Versicherern bezahlten Leistungen eine massgebliche Rolle. Mit der Kostenbeteiligung wird die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt. Bei der Festlegung der Kostenbeteiligung ist aber auch die finanzielle Tragbarkeit für die erkrankten Versicherten zu berücksichtigen, zumal die individuelle Prämienverbilligung zwar die Prämienlast der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lindert, aber keinen Beitrag an die Kostenbeteiligung leistet. Der Bundesrat ist daher der Auffassung, dass neben der Kostenentwicklung auch die Entwicklung des verfügbaren Einkommens zu berücksichtigen ist. Währenddem die von den Versicherten bezahlte Kostenbeteiligung seit Einführung des KVG um 111 Prozent anstieg, erhöhten sich in demselben Zeitraum die Nominallohne gemäss Lohnindex um 23,6 Prozent.

Der Bundesrat hat die geplante Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102) zur Streichung gewisser Wahlfranchisen und zur Senkung der Prämienreduktion sistiert. Die Ergebnisse der Anhörung können unter folgender Adresse abgerufen werden: www.admin.ch

(<http://www.admin.ch>)

> Bundesrecht > Vernehmlassungen > Abgeschlossene Vernehmlassungen > 2015 > EDI. Der Bundesrat will zuerst gewisse Fragen zu den Franchisen und deren Konsequenzen für die Krankenversicherung im Rahmen des Postulates Schmid-Federer 13.3250, "Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen", prüfen, bevor er über das weitere Vorgehen entscheidet. Diese Arbeiten sollten im Sommer 2017 abgeschlossen sein. Der Bundesrat ist daher der Ansicht, dass es verfrüht wäre, zum heutigen Zeitpunkt eine Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung vorzusehen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3111

MOTION

Wahlfreiheit und Eigenverantwortung stärken. Maximalfranchise in der obligatorischen Krankenversicherung erhöhen

Eingereicht von: FDP-LIBERALE FRAKTION

Sprecher/in: SAUTER REGINE

Einreichungsdatum: 16.03.2016

Eingereicht im: Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Reform der notwendigen gesetzlichen Grundlagen vorzuschlagen, um die Maximalfranchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu erhöhen bzw. eine neue Stufe für die Maximalfranchise festzulegen und entsprechende Rabattmöglichkeiten bei den Prämien vorzusehen.

BEGRÜNDUNG

Die breite Opposition gegen die geplante Revision des Bundesrates zur Einschränkung der Wahlfreiheit bei Franchisen zeigt, dass die Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beibehalten respektive gestärkt werden soll. Im Sinne einer Stärkung der Wahlfreiheit für die Versicherten ist auch eine Erhöhung der höchsten Wahlfranchise angezeigt.

Hohe Franchisen schaffen positive Anreize und entlasten das Gesundheitssystem insgesamt. Personen, welche sich für eine hohe Franchise entscheiden, verhalten sich in der Regel gesundheits- und kostenbewusster (gemäss Ergebnissen einer vom BAG in Auftrag gegebenen Spezialanalyse der Gesundheitsbefragung 2012). Sie beziehen insgesamt weniger Gesundheitsleistungen und gehen bei Bagatellfällen weniger schnell zum Arzt als Personen mit tiefen Franchisen. Ein solches Verhalten dämpft die Kostenentwicklung und verhindert eine "Vollkaskomentalität" im Gesundheitswesen.

Aus diesen Gründen soll Versicherten auch die Möglichkeit gegeben werden, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen und ein höheres finanzielles Risiko zu tragen. Damit eine Anreizwirkung erzielt wird, sind die Prämienrabatte entsprechend auszugestalten.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Gemäss dem im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellten Bericht von Volken/Bopp/Rüesch (Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweizer Bevölkerung, Zürich, November 2014, einsehbar unter:

<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14232/15168/>

(<http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14232/15168/>)

) machen die Versicherten, die selten Gesundheitsleistungen beanspruchen (Marginalnutzende), 66 Prozent der Bevölkerung aus. Mehr als ein Viertel dieser Personen hat eine Franchise von 2000 Franken oder mehr gewählt. Die Gruppe der Versicherten mit der derzeitigen Maximalfranchise von 2500 Franken besteht somit vor allem aus gesunden Personen, die Gesundheitsleistungen sehr selten oder gar nicht in Anspruch nehmen. Eine höhere Maximalfranchise würde mit grosser Wahrscheinlichkeit hauptsächlich Versicherte dieser Kategorie anziehen.

Versicherte, welche die neue Maximalfranchise wählen, kämen in absoluten Zahlen in den Genuss einer grösseren Prämienreduktion (gemäss heutigem Recht 70 Prozent des übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen; Art. 95 Abs. 2bis der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102). Die Einführung einer höheren Maximalfranchise würde die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nicht entlasten, da es wenig wahrscheinlich ist, dass diese Versicherten über die Maximalfranchise hinausgehende Gesundheitskosten verursachen. Vielmehr würde sie der OKP finanzielle Mittel entziehen. Da die Prämien die Kosten decken müssen, würde eine Erhöhung der Maximalfranchise zu einem bedeutenden Prämienanstieg führen. Ausserdem würde sie die Solidarität zwischen kranken und gesunden Versicherten schwächen.

Der im vergangenen Jahr in die Anhörung geschickte Entwurf zur Änderung der Krankenversicherungsverordnung (KVV-Änderungsentwurf zur Streichung gewisser Wahlfranchisen und zur Senkung der Prämienreduktion) soll namentlich die Solidarität unter den Versicherten verstärken. Die Ergebnisse der Anhörung können unter folgender Adresse abgerufen werden: www.admin.ch

(<http://www.admin.ch>)

> Bundesrecht > Vernehmlassungen > Abgeschlossene Vernehmlassungen > 2015 > EDI. Der Bundesrat hat die Vorlage sistiert und will zuerst gewisse Fragen zu den Franchisen und deren Konsequenzen für die Krankenversicherung im Rahmen des Postulates Schmid-Federer 13.3250, "Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen", prüfen, bevor er über das weitere Vorgehen entscheidet. Diese Arbeiten sollten im Sommer 2017 abgeschlossen sein. Der Bundesrat ist daher der Ansicht, dass es verfrüht wäre, zum heutigen Zeitpunkt eine Erhöhung der Maximalfranchise in der OKP zu beschliessen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3112

MOTION

Krankenversicherung. Mindestfranchise in der Krankenversicherung endlich anpassen

Eingereicht von: FDP-LIBERALE FRAKTION

Sprecher/in: SAUTER REGINE

Einreichungsdatum: 16.03.2016

Eingereicht im: Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, den Betrag der ordentlichen Franchise gemäss Verordnung über die Krankenversicherung zu erhöhen.

BEGRÜNDUNG

Die heute geltende Grundfranchise wurde seit zwölf Jahren nicht mehr angepasst. Dies ist problematisch, schaffen doch höhere Franchisen erwiesenermassen positive Anreize und entlasten das Gesundheitssystem insgesamt. So verhalten sich Personen, welche sich für eine hohe Franchise entscheiden, in der Regel gesundheits- und kostenbewusster (gemäss Ergebnissen einer vom BAG in Auftrag gegebenen Spezialanalyse der Gesundheitsbefragung 2012). Sie beziehen insgesamt weniger Gesundheitsleistungen und gehen bei Bagatellfällen weniger schnell zum Arzt als Personen mit tiefen Franchisen. Ein solches Verhalten dämpft die Kostenentwicklung und verhindert eine "Vollkaskomentalität" im Gesundheitswesen.

Höhere Franchisen entlasten das Krankenkassensystem gesamthaft. Wird die Mindestfranchise erhöht, werden die Selbstverantwortung und das Kostenbewusstsein der Patientinnen und Patienten gestärkt. Bereits eine Erhöhung der Minimalfranchise um 100 bzw. 200 Franken würde - gemäss Berechnungen des Bundesrates - Einsparungen von 220 bis 430 Millionen Franken einbringen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2016 zur Motion Bischofberger 15.4157, "Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen", bereits darlegte, passte er in den vergangenen Jahren die ordentliche Franchise zweimal an. Sie ist heute mit 300 Franken doppelt so hoch wie 1996. Den maximalen Selbstbehalt hat er einmal erhöht, von 600 auf 700 Franken pro Jahr. Den Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital hat er ebenfalls von 10 auf 15 Franken pro Tag angehoben. Ferner hat er die Anzahl Wahlfranchisen erhöht und die höchste Wahlfranchise massgeblich angehoben, von 1500 auf 2500 Franken. Die von den Versicherten geleistete Kostenbeteiligung ist seit Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) leicht stärker gestiegen als die von den Versicherern vergüteten Leistungen.

Bei der Beurteilung der Entwicklung der von den Versicherten bezahlten Kostenbeteiligung spielt die Entwicklung der von den Versicherern bezahlten Leistungen eine massgebliche Rolle. Mit der Kostenbeteiligung wird die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt. Bei der Festlegung der Kostenbeteiligung ist aber auch die finanzielle Tragbarkeit für die erkrankten Versicherten zu berücksichtigen, zumal die individuelle Prämienverbilligung zwar die Prämienlast der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lindert, aber keinen Beitrag an die Kostenbeteiligung leistet. Der Bundesrat ist daher der Auffassung, dass neben der Kostenentwicklung auch die Entwicklung des verfügbaren Einkommens zu berücksichtigen ist. Währenddem die von den Versicherten bezahlte Kostenbeteiligung seit Einführung des KVG um 111 Prozent anstieg, erhöhten sich in demselben Zeitraum die Nominallohne gemäss Lohnindex um 23,6 Prozent.

Versicherte, die mehr Eigenverantwortung übernehmen möchten, haben die Möglichkeit einer Wahlfranchise. Der Bundesrat weist zudem darauf hin, dass in der Schweiz die Kostenbeteiligung der Versicherten im internationalen Vergleich hoch ist.

Der Bundesrat hat die geplante Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102) zur Streichung gewisser Wahlfranchisen und zur Senkung der Prämienreduktion sistiert. Die Ergebnisse der Anhörung können unter folgender Adresse abgerufen werden: www.admin.ch

(<http://www.admin.ch>)

> Bundesrecht > Vernehmlassungen > Abgeschlossene Vernehmlassungen > 2015 > EDI. Der Bundesrat will zuerst gewisse Fragen zu den Franchisen und deren Konsequenzen für die Krankenversicherung im Rahmen des Postulates Schmid-Federer 13.3250, "Auswirkung der Franchise auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen", prüfen, bevor er über das weitere Vorgehen entscheidet. Diese Arbeiten sollten im Sommer 2017 abgeschlossen sein. Der Bundesrat ist daher der Ansicht, dass es verfrüht wäre, zum heutigen Zeitpunkt eine Anhebung der ordentlichen Franchise zu beschliessen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3131

MOTION

Bürokratieabbau bei der Zulassung von Bioziden und Pflanzenschutzmitteln

Eingereicht von: PEZZATTI BRUNO

FDP-Liberale Fraktion

FDP.Die Liberalen

Einreichungsdatum: 17.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die Biozidprodukteverordnung so zu ergänzen, dass Biozide, die in einem EU-Land mit in der Schweiz vergleichbaren Voraussetzungen bereits geprüft und bewilligt sind, in unserem Land nicht erneut ein Prüf- und Bewilligungsverfahren durchlaufen müssen. Biozide, die in einem EU-Land für den Verkauf zugelassen sind, sind automatisch auch für den Import und Verkauf in der Schweiz bewilligt.

BEGRÜNDUNG

Das Zulassungsverfahren für die Verkaufsbewilligung von Bioziden wurde von den Behörden in der Schweiz während den vergangenen Jahren laufend dem Zulassungsverfahren der EU angepasst. In der Schweiz müssen für eine Verkaufsbewilligung für ein Biozid, zum Beispiel für ein Fernhaltemittel gegen Stechmücken oder Zecken, die gleichen Unterlagen eingereicht werden wie zum Beispiel in Deutschland. Wenn nun ein solches Produkt von den Behörden in Deutschland bereits nach den EU-Richtlinien geprüft und bewilligt ist, macht es keinen Sinn, wenn die gleichen Dokumente von den Zulassungsbehörden in der Schweiz erneut nach den gleichen Richtlinien geprüft werden. Mit einer automatischen Anerkennung der EU-Zulassungen für Biozide lassen sich in der Schweiz jedes Jahr Gebühren von mehreren Millionen Franken einsparen. Dies wirkt sich sehr positiv auf das Preisniveau in der Schweiz aus, ohne dass Einbussen bei der Qualität der Produkte in Kauf genommen werden müssen.

Gegenwärtig muss in der Schweiz jedes Biozid alle zehn Jahre neu bewilligt werden. Dieses der EU angepasste Verfahren kostet in der Schweiz alle zehn Jahre 25 bis 50 Millionen Franken. Zurzeit sind in der Schweiz etwa 5000 Biozide zugelassen, für jede Zulassungserneuerung verlangen unsere Behörden 5000 bis 10 000 Franken.

Für eine Zulassung von einem neuen Produkt, das bereits in der EU, aber noch nicht in der Schweiz bewilligt ist, werden gemäss der Gebührenverordnung des Bundes bis 60 000 Franken verlangt. Solche Gebühren sind besonders fragwürdig, wenn man bedenkt, dass die Zulassungsbehörden in der Schweiz die gleichen Dokumente für eine Zulassung prüfen, wie dies die Behörden in einem EU-Land bereits getan haben. Derart horrenden Gebühren haben auch zur Folge, dass die vielen KMU in der Schweiz vollständig aus dem Markt verdrängt werden. Für die meisten KMU sind solche Gebühren schlicht nicht bezahlbar.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Biozidprodukte sind Produkte zur Schädlingsbekämpfung im Nichtagrarbereich (Insektizide, Desinfektionsmittel, Holzschutzmittel, Rattengifte u. a.). Wegen ihrer potenziellen Risiken für Mensch und Umwelt unterstehen Biozidprodukte in der Schweiz nach Artikel 10 des Chemikaliengesetzes (SR 813.1) einem Zulassungsverfahren. Das Inverkehrbringen von Biozidprodukten in der Schweiz erfordert nach der Biozidprodukteverordnung (SR 813.12) die Evaluation durch die schweizerischen Behörden oder die Anerkennung einer in der EU erteilten Zulassung. Dies erfolgt gestützt auf das Abkommen mit der EU über die gegenseitige Anerkennung von Konformitätsbewertungen (MRA; SR 0.946.526.81), wonach die Schweiz vollständig in den harmonisierten Zulassungsprozess der EU für Biozidprodukte integriert ist. Voraussetzung hierfür ist die technische Äquivalenz der rechtlichen Bestimmungen. Das MRA gewährleistet ein hohes Schutzniveau, sichert den gegenseitigen Marktzutritt für Biozidprodukte und verringert die administrative Belastung von Schweizer Inverkehrbringern. Die verlangte Verordnungsänderung ist angesichts dieser Voraussetzungen nicht nötig, da das Kernanliegen der Motion bereits erfüllt ist.

Das harmonisierte Zulassungsverfahren ist nämlich so ausgelegt, dass ein Biozidprodukt bezüglich möglicher Gesundheits- und Umweltrisiken wie auch der Wirksamkeit nur von einer Behörde eines EU-Mitgliedstaates oder der Schweiz beurteilt wird. Die Beurteilung und Zulassung wird grundsätzlich in allen anderen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz in einem vereinfachten Verfahren (ohne erneute Risikobeurteilung) anerkannt. Bei der Anerkennung wird in der

Schweiz wie in jedem betroffenen EU-Mitgliedstaat nur noch geprüft, ob die in der Erstzulassung getroffenen Massnahmen zur Risikoreduktion an nationale Gegebenheiten (Risikoakzeptanz, fachliche Anforderungen an die professionellen Verwender von Biozidprodukten, regionale Verbreitung der Schädlinge, nationale Anforderungen für Rückstände in Lebensmitteln oder für den Arbeitsschutz usw.) angepasst werden müssen. Die Gebühr für die Anerkennung einer Erstzulassung eines EU-Mitgliedstaates - die künftig weitaus häufigste Zulassungsart - beläuft sich in der Praxis auf 5000 Franken oder weniger (z. B. für vergleichbare Biozidprodukte). Für ihre Erneuerung nach zehn Jahren ist ein Gebührenrahmen von 500 bis 1300 Franken vorgesehen. Neben diesem System der nationalen Zulassungen kennt das EU-Biozidprodukterecht auch die Unionszulassung, welche die Vermarktung eines Produktes in der gesamten EU erlaubt. Die betroffenen Staaten (einschliesslich der Schweiz) und die Europäische Chemikalienagentur evaluieren den Antrag, und die EU-Kommission entscheidet über die Zulassungsvoraussetzungen. Im Falle einer Unionszulassung trifft die Schweiz binnen dreissig Tagen eine Entscheidung über deren (gebührenfreie) Übernahme.

Nicht in den harmonisierten Zulassungsprozess der EU und somit nicht in den Geltungsbereich des MRA fallen Biozidprodukte, deren Wirkstoffe zwar notifiziert, aber noch nicht durch die EU evaluiert und für die Verwendung in Biozidprodukten genehmigt sind. Mit der sukzessiven Evaluation dieser Wirkstoffe (gemäss EU-Zeitplan bis etwa 2024) werden aber auch diese Produkte nach und nach durch die harmonisierten Prozesse erfasst. Bis dahin gelten in der EU je nach Mitgliedstaat unterschiedliche nationale Anforderungen für ihre Vermarktung. In der Schweiz unterstehen auch diese Biozidprodukte einem summarischen Zulassungsverfahren, in dessen Rahmen eine grobe Überprüfung der Umwelt- und Gesundheitsrisiken sowie der Wirksamkeiten (z. B. bei Desinfektionsmitteln) vorgenommen wird (in der Praxis liegen die Zulassungsgebühren zwischen 500 und 1500 Franken). Im Moment sind noch etwa 4500 Biozidprodukte mit Übergangszulassung auf dem Schweizer Markt. Der Bundesrat prüft gegenwärtig, wie das Inverkehrbringen solcher Produkte durch Parallelimporte vereinfacht werden kann. Die Bedeutung von Biozidprodukten mit nationalen Übergangszulassungen schwindet kontinuierlich.

Der Bundesrat hat bereits in seiner Stellungnahme zur Motion de Courten 13.4242 (Baader Caspar), "KMU-verträgliche Zulassungsgebühren bei Bioziden", Missverständnisse über die unterschiedlichen Zulassungsarten und die Gebühren klargestellt. Er wird auf der Basis einer soliden Bemessungsgrundlage und nach Vorliegen erster Erfahrungswerte prüfen, ob die Gebühren hinsichtlich ihrer KMU-Verträglichkeit einer Anpassung bedürfen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (6)

BOURGEOIS JACQUES HAUSAMMANN MARKUS MÜLLER WALTER RITTER MARKUS WALTER HANSJÖRG WALTI BEAT

THEMENGEBIETE (3)

Landwirtschaft Steuer Wirtschaft

16.3152

MOTION

Warnung. Dieses Medikament hat Nebenwirkungen

Eingereicht von: VON SIEBENTHAL ERICH

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 17.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, dafür zu sorgen, dass auf Packungen von Psychopharmaka eine gut sichtbare Warnung wie folgt angebracht wird: "Warnung: Dieses Medikament hat Nebenwirkungen! Lesen Sie die Packungsbeilage vor der Einnahme".

BEGRÜNDUNG

- a. Psychopharmaka können Aggressivität, Gewalttätigkeit und irrationales Verhalten verursachen. Bei den meisten Amokläufen der letzten Jahre konnte nachgewiesen werden, dass die Attentäter unter Einfluss von Psychopharmaka standen. Insbesondere solche mit dem Wirkstoff SSRI können zu unvorhersagbaren Reaktionen führen. Eine Studie deckt die zehn schlimmsten gewaltauslösenden, verschreibungspflichtigen Medikamente auf (Kopp-Verlag 26. Januar 2011).
- b. Die Packungsbeilagen werden meist nicht gelesen, da nicht bekannt ist, dass dort auch die Nebenwirkungen detailliert beschrieben sind. Deshalb ist eine gut sichtbare Warnung die Lösung, um dem vorzubeugen.
- c. Die Nebenwirkungen bekannter Psychopharmaka (wie z. B. Ritalin) wurden mehrmals ergänzt. Swissmedic warnt in der neuesten Version auf ihrer Website: "Auch zu psychiatrischen Störungen kann es kommen, wie Angst und Schlaflosigkeit oder zu Gedanken von Lebensüberdruß und Todeswünschen (Suizidgedanken). Suizidales Verhalten kann verstärkt oder auch ausgelöst werden". Mit einer solchen Warnung wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass diese Informationen von Eltern auch tatsächlich gelesen werden.
- d. Viele Psychopharmaka können zu hoher Abhängigkeit führen. Dies wird auch von den Herstellern bestätigt (z. B. Benzodiazepine = Schlafmittel).
- e. Bei einigen Psychopharmaka führte die Anwendung gar zu Todesfällen (z. B. Zyprexa). Dies ist insbesondere bei der sogenannten Off-Label-Anwendung (Anwendung, für die das Medikament nicht vorgesehen ist und keine Freigabe besteht) sehr gefährlich, da sich der Patient selten bewusst ist, was er da eigentlich einnimmt. Beispiel für Off-Label-Anwendung: Dormicum, welches für Narkosen gedacht ist und an Drogenabhängige abgegeben wird ("Berner Zeitung", 30. Januar 2013: "Kantonsarzt verbietet Dormicum an Süchtige").

STELLUNGNAHME DES BUNDESRAATES VOM 11.05.2016

Die Motion nimmt sich des Themas der Nebenwirkungen von Psychopharmaka an, die tatsächlich gravierend sein können. Daher solle auf den Packungen dieser Arzneimittel eine gut sichtbare Warnung angebracht werden, dass vor der Einnahme die Packungsbeilage gelesen werden soll.

Jedes Arzneimittel kann Nebenwirkungen haben. Die Konsultation der Patienteninformation muss in jedem Fall erfolgen, nicht nur bei Psychopharmaka.

Psychopharmaka sind nicht generell gefährlicher als andere Arzneimittel, weshalb das Anbringen dieses Hinweises nur bei dieser Arzneimittelgruppe weder korrekt noch verhältnismässig wäre.

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass die Packungsbeilagen allenfalls nicht gelesen werden. Dies liegt aber zumeist nicht daran, dass nicht bekannt ist, dass dort über die Nebenwirkungen des Arzneimittels informiert wird, wie es in der Begründung zur Motion heisst. Der Grund ist eher, dass diese Texte zum Teil sehr umfangreich sind und die Patientinnen und Patienten deshalb von der detaillierten Lektüre Abstand nehmen. Umso wichtiger ist es daher, dass eine gute Beratung und Begleitung durch den verschreibenden Arzt bzw. die verschreibende Ärztin erfolgt. Dies ist bei den vorliegend angesprochenen Psychopharmaka unverzichtbar, weshalb sie nur nach ärztlicher Verschreibung abgegeben werden dürfen.

Um Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten und anderen medizinischen Fachpersonen jederzeit Zugang zu den aktuellen Versionen der Packungsbeilage sowie der Fachinformation zu geben, betreibt Swissmedic seit gut zwei Jahren eine Arzneimittelinformations-Plattform (<http://www.swissmedicinfo.ch/>)

). Dort sind die aktuellen Versionen dieser Texte für alle in der Schweiz zugelassenen Arzneimittel zugänglich. Auf dieser Plattform wird zudem in einer Rubrik "geänderte Texte" auch speziell auf Anpassungen im Hinblick auf die Sicherheit der Arzneimittel hingewiesen. Diese sind mit "HPC" markiert; d. h. für diese wurde eine "Healthcare Professional Communication" verschickt - ein Schreiben an die medizinischen Fachpersonen, das speziell auf neue Risiken hinweist. Aus Sicht des Bundesrates sind die bestehenden Sicherheitsmassnahmen mit der Nutzen-Risiko-Bewertung bei der Zulassung und im Rahmen der Marktüberwachung, der Unterstellung unter die Rezeptpflicht mit der dazugehörigen Beratung sowie der Arzneimittel-Informationsplattform ausreichend. Er hält die in der Motion vorgeschlagene Massnahme zudem nicht für geeignet, Amokläufer von der Einnahme von Psychopharmaka von ihren Taten abzuhalten.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 11.05.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (3)

ESTERMANN YVETTE GEISSBÜHLER ANDREA MARTINA GIEZENDANNER ULRICH

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3166

MOTION

Mittel- und Gegenständeliste. Preise sollen kostengünstiger werden

Eingereicht von: HEIM BEA

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 17.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, aufzuzeigen, mit welchen Massnahmen kassenpflichtige Mittel und Gegenstände der Mittel- und Gegenständeliste (Migel) kostengünstiger werden könnten. Dabei ist auch zu prüfen, unter welchen Bedingungen sie ähnlich wie die Spezialitätenliste behandelt werden könnten, und die dafür nötigen Gesetzesänderungen sind dem Parlament zu unterbreiten.

BEGRÜNDUNG

Die Höchstvergütungsbeträge der auf dem Markt erhältlichen medizinischen Produkte seien in der Tat veraltet, schreibt der Bundesrat am 7. März 2016. Sie liegen in vielen Fällen höher, zum Teil massiv höher als die Auslandpreise. Das BAG bereitet nun eine Totalrevision der Migel vor. Das ist gut so. Aber es braucht in Zukunft auch eine kontinuierliche Überwachung der Marktpreise der vom Bundesrat priorisierten Migel-Produkte und eine entsprechend systematische Anpassung der Höchstvergütungsbeträge. Zu prüfen sind zudem ein System mit transparent deklarierten oder verfügbaren Höchstfabrikabgabepreisen, die Korrektur bestehender Fehlanreize durch die Festlegung von Höchstvertriebsmargen ähnlich wie bei den Medikamenten sowie ein periodischer Auslandpreisvergleich auf der Basis eines Länderkorbes in ähnlichem Umfang wie bei den Arzneimitteln.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Die Mittel und Gegenstände stellen im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen einen Sonderfall dar, weil ihre Vergütung weder aufgrund einer behördlichen Preisfestsetzung im Einzelfall (wie für die Arzneimittel der Spezialitätenliste) noch aufgrund einer vertraglichen Tarifvereinbarung erfolgt. Vielmehr wird die Vergütung der Mittel und Gegenstände in Form einer allgemeinen Produktebeschreibung mit einem behördlich festgelegten Höchstvergütungsbetrag (HVB) geregelt. Massgebend für die Verrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Marktpreise der einzelnen Produkte. Die HVB der Mittel- und Gegenständeliste (Migel) dienen lediglich als Obergrenze der Vergütung durch die Krankenversicherung. Bei der Bestimmung der HVB wurde der Fokus darauf gelegt, dass die Versicherten in der Regel keinen Aufpreis selbst bezahlen müssen. Es kann aber dennoch vorkommen, dass die Versicherten die den HVB übersteigenden Mehrkosten selbst übernehmen müssen, weshalb in Artikel 44 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10) die Mittel und Gegenstände vom Tarifschutz ausgenommen sind.

Das System der HVB wurde einerseits gewählt, weil die auf der Migel gelisteten Produkte eine grosse Vielfalt an Typen von Produkten hinsichtlich Anwendung sowie medizinischem Nutzen aufweisen, dabei verschiedene Ausstattungen und Qualitätsniveaus auf dem Markt vorhanden sind. Weiter erfahren die Produkte teilweise in kurzen Zeitintervallen Anpassungen, ohne dass das wesentliche Wirkungsprinzip verändert wird, was bei den Arzneimitteln in dieser Form und Häufigkeit nicht der Fall ist. Auch sind viele verschiedene Absatzkanäle und Abgabestellen vorhanden (z. B. Apotheke, Arzt, Spital, Pflegeheim, Sanitätsgeschäft, Lungenliga, Optiker, Versandhandel, Firmen usw.), die grosse Unterschiede hinsichtlich Einkaufsbedingungen, Distributionskosten und Serviceleistungen aufweisen. Ein Festbetragssystem ermöglicht hier eine einheitliche Regelung mit einem angemessenen Marktspielraum. Die Wettbewerbskommission vertritt die Auffassung, dass das System der HVB den Wettbewerb unter den Anbietern fördert und das System der HVB geeignet ist, das Preis-Leistungs-Verhältnis der Migel-Produkte zu verbessern, dies unter der Voraussetzung der regelmässigen Aktualisierung der HVB. Aus diesen Gründen ist der Bundesrat der Auffassung, dass die Wirtschaftlichkeit der Vergütung der in der Migel (die Liste kann eingesehen werden unter www.bag.admin.ch > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise > Mittel- und Gegenständeliste) geregelten Medizinprodukte mit angemessenen

und aktuellen HVB auf geeignete Art und Weise gewährleistet werden kann. Er teilt aber die Einschätzung, dass die Migel teilweise veraltete Positionen enthält und sie einer regelmässigen systematischen Überprüfung bedarf. Nach verschiedenen Anpassungen der Migel wie einer linearen Senkung aller HVB per 1. Januar 2006 um 10 Prozent und einer weiteren deutlichen Senkung bei den drei umsatzstärksten Produktgruppen Blutzuckerteststreifen, Inkontinenzmaterial und hydrocolloide Wundverbände per 1. Januar 2011 wurde das Projekt der Revision der Migel Ende 2015 gestartet. Neben der vollständigen Revision der gesamten Migel ist auch ein Teilprojekt geplant, welches das Anliegen der Motion bereits aufgenommen hat und ein System zur periodischen Überprüfung entwickeln wird. Darin sollen die Vorgehensweise wie auch die geeignete Periodizität festgelegt werden. Bei der Bestimmung einer geeigneten Periodizität ist zu berücksichtigen, dass die Migel sehr unterschiedliche Produkttypen von einfachen Verbänden bis zu komplexen Geräten enthält, die unterschiedliche Entwicklungszyklen und Preisentwicklungen vorweisen, sowie dass die HVB teilweise auch wesentliche Anteile an Serviceleistungen beinhalten. Die Art und Weise der Preisermittlung im In- und Ausland sowie die Frage des Länderkorbes wird bereits mit einer Arbeitsgruppe aus Vertretern verschiedener Stakeholderverbände sowie auch der Preisüberwachung erarbeitet. Erste Anpassungen an der Migel werden im Jahr 2016 in Kraft treten. Die gesamte Migel soll bis im Jahr 2019 revidiert sein, wobei die Produktgruppen mit dem grössten Handlungsbedarf prioritär behandelt werden.

Hinsichtlich einer ähnlichen Behandlung der Migel wie die Spezialitätenliste weist der Bundesrat darauf hin, dass im Gegensatz zu den Arzneimitteln bei den Medizinprodukten kein entsprechendes internationales System mit Festlegung von Fabrikabgabepreis und Publikumspreis vorhanden ist. Das zentrale Element des Auslandpreisvergleiches aufgrund von in anderen Ländern festgelegten Fabrikabgabepreisen, wie es bei der Spezialitätenliste angewendet wird, ist für die Mittel und Gegenstände der Migel nicht vorhanden. Der Fabrikabgabepreis ist bei den Migel-Produkten keine klar definierbare Grösse. Er ist von vielen Faktoren abhängig, beispielsweise von den Liefermengen, dem Distributionskanal oder den im Preis beinhalteten Leistungen wie Hotline, Lieferung ausserhalb der üblichen Bürozeiten, Instruktionen, Serviceleistungen usw. Auch die Höhe der Vertriebsmargen unterscheidet sich stark, je nach Vertriebskanal und den zu erbringenden Leistungen. Höchstvertriebsmargen können deshalb nicht einheitlich definiert werden. Ein System wie in der Motion vorgeschlagen würde einen sehr grossen Mehraufwand für die Erstellung der Migel bedeuten. Der Bundesrat sieht deshalb vor, vorerst die Möglichkeiten im Rahmen des heutigen gesetzlichen Rahmens auszuschöpfen und die Systeme zur Festlegung der HVB sowie der periodischen Überprüfung zu verbessern.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (16)

BARRILE ANGELO CANDINAS MARTIN FRIDEZ PIERRE-ALAIN GRAF-LITSCHER EDITH HADORN PHILIPP HESS LORENZ HUMBEL RUTH KIENER NELLEN MARGRET LOHR CHRISTIAN MAIRE JACQUES-ANDRÉ MUNZ MARTINA PARDINI CORRADO SCHELBERT LOUIS SEILER GRAF PRISKA SEMADENI SILVA STEIERT JEAN-FRANÇOIS

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3169

MOTION

Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände

Eingereicht von: HEIM BEA

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 17.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die Einführung einer Vergütungspflicht für von den Versicherten selber im Ausland bezogene Hilfsmittel vorzusehen, sofern ein entsprechendes Arztrezept für das benötigte Hilfsmittel vorliegt, und die dafür nötigen Gesetzesanpassungen dem Parlament zu unterbreiten.

BEGRÜNDUNG

Die vergleichsweise hohen Preisunterschiede bei medizinischen Produkten, die in der Schweiz verkauft werden, aber auch im Ausland erhältlich sind, führen seit Langem immer wieder zu Kritik. Um zu erreichen, dass die zum Teil erheblich überhöhten Preise gesenkt werden, werden Produkte aus den umliegenden Ländern importiert. Dieser Parallelimport ist legal und möglich. Aber offenbar werden diese Kosten rezeptierter medizinischer Mittel und Gegenstände, wenn sie von Versicherten im Ausland bezogen wurden, nicht unbedingt von den Krankenkassen vergütet. Der Bundesrat wird darum gebeten, sich dieses Themas anzunehmen und die nötigen Gesetzesanpassungen dem Parlament zu unterbreiten, die es braucht, damit von Versicherten im Ausland bezogene Hilfsmittel und medizinische Produkte, die günstiger als in der Schweiz erworben wurden und für die ein Rezept vorliegt, von den Krankenkassen übernommen werden. Damit die Marktkräfte im Bereich der Migel eine für die Patientinnen und Patienten positive Preisdynamik entfalten können, ist es zudem unabdingbar, dass die OKP auch Migel-Produkte entschädigt, welche direkt im europäischen Ausland (z. B. online) erworben werden - allenfalls in Analogie zu den Hörgeräten im Bereich der Invalidenversicherung.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 10.06.2016

Für Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), worunter auch die Mittel und Gegenstände fallen, gilt das Territorialitätsprinzip. Das bedeutet: Es werden grundsätzlich nur jene Leistungen übernommen, die in der Schweiz erbracht werden. Der Bundesrat kann bestimmen, dass die OKP die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25 Absatz 2 oder 29 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) übernimmt, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden (Art. 34 Abs. 2 KVG). Ausnahmen vom Territorialitätsprinzip bilden demnach nur Leistungen, die in der Schweiz nicht erbracht werden können, Notfallbehandlungen und spezielle Entbindungen (Art. 36 Abs. 1-3 der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102). Eine weitere Ausnahme ist in Artikel 36a KVV für die befristeten Pilotprojekte zur Kostenübernahme von Leistungen im Ausland vorgesehen. Solche Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern aus den ausländischen Grenzgebieten abgeschlossen und müssen vom Eidgenössischen Departement des Innern bewilligt werden. Aktuell gibt es drei kantonale Pilotprojekte mit Kliniken in Deutschland und dem Fürstentum Liechtenstein. Die Pilotprojekte sind befristet bis Ende 2018 respektive 2019.

Diesbezüglich ist auf die Botschaft vom 18. November 2015 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Anpassung von Bestimmungen mit internationalem Bezug ([15.078](#); BBl 2016 1ff.) hinzuweisen. Unter anderem soll eine formell-gesetzliche Grundlage für grenzüberschreitende Kooperation in grenznahen Gebieten im KVG verankert werden (im Nachgang zu den vorerwähnten Pilotprojekten gemäss Art. 36a KVV). Nichtsdestotrotz wird aber das Territorialitätsprinzip weiterhin als wichtiger Grundsatz in der schweizerischen Krankenversicherung bestätigt und auch weiterhin lediglich im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit gelockert.

In der Liste der Mittel und Gegenstände (Migel) werden ferner nur Produkte geführt, die von den Patienten selbst oder mithilfe von nicht beruflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Personen angewendet werden können. Die Migel führt generische Produktbeschreibungen, und in den diesbezüglich aufgeführten Höchstvergütungsbeträgen (HVB) sind auch Serviceleistungen wie z. B. Instruktion, Beratung, Anpassung und Notfallleistungen enthalten. Die Abgabestellen haben eine Verantwortung hinsichtlich Abgabe geeigneter Produkte, Gewährleistung der Qualität sowie

Instruktion der Patienten. Bei einem Erwerb der Mittel und Gegenstände im Ausland können weder persönliche Anpassungen noch Anwendungsinstruktionen durch den Leistungserbringer sichergestellt werden. Auch deshalb gelten die Voraussetzungen, dass die Abgabestellen nach Artikel 55 KVV nach kantonalem Recht zugelassen sind und einen Vertrag mit den Versicherern haben. Dennoch gibt es in diesem Bereich auch Produkte, die ohne grössere Risiken betreffend Qualität und richtigen Einsatz im Ausland beziehbar sind. Jedoch muss bei neuauftretenden Krankheitssituationen auch bei diesen eine Beratung und rasche Versorgung innerhalb der Schweiz möglich sein. Wie der Bundesrat in seinen Stellungnahmen zu den Motionen [16.3069](#) und [16.3166](#) ausgeführt hat, liegen die Höchstvergütungsbeiträge (HVB) der auf der Migel aufgeführten Produkte nach einer vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebenen Analyse bei seit Längerem nicht angepassten Positionen nicht systematisch höher als die Auslandspreise (einbezogen die Preise von Dänemark, Grossbritannien, Deutschland, Holland, Österreich und Frankreich). Nur bei wenigen Produktgruppen überschreiten die HVB die Auslandspreise. Im Rahmen der Revision der Migel können auch die unterschiedlichen Situationen von international frei handelbaren Produkten mit wenig Instruktionsbedarf und solchen mit höherem Anteil an Beratung, Anpassung und Serviceleistungen berücksichtigt und dementsprechend die Auslandspreise in der Festlegung der HVB entsprechend gewichtet werden. Der Bundesrat lehnt daher die Einführung einer generellen Vergütungspflicht für von den Versicherten selbst im Ausland erworbene Mittel und Gegenstände ab. Der Bundesrat ist jedoch bereit, im Rahmen der Revision der Migel eine Differenzierung nach Produkten, die im Ausland bezogen werden können, und solchen, bei denen dies nicht möglich ist, zu prüfen, dem Parlament Bericht zu erstatten und allenfalls eine entsprechende Anpassung des KVG vorzuschlagen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 10.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (9)

CLOTTU RAYMOND FRIDEZ PIERRE-ALAIN HESS LORENZ HUMBEL RUTH KIENER NELLEN MARGRET MAIRE JACQUES-ANDRÉ MUNZ MARTINA SEMADENI SILVA STEIERT JEAN-FRANÇOIS

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3193

MOTION

KVG. Innovation und Transparenz bei den Tarifen fördern

Eingereicht von: HESS LORENZ

Fraktion BD

Bürgerlich-Demokratische Partei Schweiz

Einreichungsdatum: 18.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Artikel 52 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ist so zu ändern, dass die Tarife von Analysen durch medizinische Labors künftig - analog Tarmed und DRG - durch die Tarifpartner verhandelt oder, bei Unstimmigkeiten, durch eine von ihnen eingesetzte Rekursinstanz mit Weiterzugsmöglichkeit an das Bundesverwaltungsgericht festgelegt werden.

BEGRÜNDUNG

Das Tarif- und Preisbildungssystem im schweizerischen Gesundheitswesen ist heterogen und unübersichtlich. Während die kostenintensivsten Tarife wie Tarmed und DRG in Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern ermittelt werden, legt der Staat die Arzneimittelpreise auf Gesuch hin in der Spezialitätenliste fest, wobei immerhin noch ein Rechtsmittel möglich ist. Im Bereich der Labormedizin werden Tarife einseitig und ohne Rekursmöglichkeiten in einer Verordnung, der Analysenliste, festgelegt, was rechtsstaatlich äusserst fragwürdig ist. Die Gründe hierfür sind unklar. Ausserdem nehmen Anpassungen der Analysenliste sehr viel Zeit in Anspruch, was sich innovationsfeindlich auswirkt, nach eigenen Angaben des Bundesamtes für Gesundheit sind dies durchschnittlich 22 Monate.

Obwohl die Laboranalysen nur einen relativ geringen Teil der Gesundheitskosten ausmachen, haben sie hohen Einfluss auf Qualität und Kosten der nachfolgenden Leistungen. Analysen auf dem neuesten medizinischen Stand tragen in erheblichem Mass dazu bei, unnötige und falsche Therapien zu verhindern.

Seit vielen Jahren versucht der Verordnungsgeber, die Analysenliste totalzurevidieren, definitive Resultate liegen aber nicht vor. Da auch bei der Mittel- und Gegenständelliste (Migel) seit Jahren Handlungsbedarf im Sinne einer Totalrevision besteht, könnte die Rechtsnatur beider Tarife zusammen geändert werden.

Durch die Schaffung einer Rekursinstanz respektive eines Schiedsgerichtes würden die Rechtsmittelverfahren deutlich beschleunigt und verbessert, weil fachkompetente und spezialisierte Richter rasch entscheiden respektive Vergleiche erreichen und damit Rechtssicherheit schaffen können. Diese hohe Fachkompetenz führt zu einer geringen Zahl an Weiterzügen vor bundesgerichtliche Instanzen und verkürzt den Zeitabstand bis zur rechtskräftigen Erledigung deutlich.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 10.06.2016

Nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffer 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) erlässt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine Liste der durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zu vergütenden Laboranalysen und setzt den Tarif fest. Dabei lässt sich das EDI durch die Eidgenössische Kommission für Analysen, Mittel und Gegenstände (EAMGK) beraten, in welcher Experten aus den verschiedenen Stakeholderkreisen vertreten sind. Wie für alle im Rahmen der OKP vergüteten Leistungen müssen die Laboranalysen die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen (Art. 32 Abs. 1 KVG), und es gelten dieselben Bedingungen wie für alle anderen Tarife, nämlich die Übereinstimmung mit Gesetz, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit.

Grundlage für die Bewertung des Tarifs einer Analyse bilden deren Gestehungskosten. Der Tarif jeder Analyse berücksichtigt Personalaufwand und Materialkosten der verschiedenen Teilprozesse bei effizienter Erbringung in der notwendigen Qualität. Der Prozess zur Anpassung der Analysenliste dauert in der Regel 9 bis 12 Monate.

Der Tarif kommt einzig bei ambulanter Behandlung zur Anwendung. Bei stationärer Behandlung sind die Analysenleistungen grundsätzlich in der Pauschale inbegriffen. Es gibt vier Kategorien von Laboratorien mit teilweise unterschiedlichen Kostenstrukturen: ärztliches Praxislabor, Offizin des Apothekers oder der Apothekerin, Spitallabor und Privatlabor. Vertraglich können die Versicherer mit den Leistungserbringern bereits heute tiefere Ansätze vereinbaren, gelten doch die Tarifansätze der Analysenliste wie auch die Preise der Arzneimittel als Höchstansätze für die Verrechnung der Leistungen. Die Analysenliste wurde im Jahr 2009 totalrevidiert. Das damalige Revisionsprojekt bestand aus zwei Teilen: einerseits die Neutarifizierung der Analysen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen, andererseits der Aufbau einer pflgbaren, automatisierbaren Datenbank, was zu einer Qualitäts- und Effizienzsteigerung führen sollte.

Einzig der zweite Aspekt ist noch nicht in gewünschtem Ausmass erreicht und wird im Rahmen eines BAG-Projektes nochmals aufgenommen.

Auch im Fall einer Tariffreigabe wäre es die Aufgabe des Bundes, die Analysen auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen und in einer Positivliste festzulegen, welche Analysen von der OKP zu vergüten sind. Für die vertragliche Festlegung von Tarifen müssten durch die Versicherer respektive die beiden Versichererverbände mit einer Vielzahl von Leistungserbringern Verhandlungen geführt werden. Angesichts der Vielzahl sehr unterschiedlicher Leistungserbringer im Laborbereich und auch mehrerer Verhandlungspartner seitens Versicherer ist es fraglich, ob durch diese Kompetenzverschiebung ein einheitlicher Tarif nach KVG zustande kommt und ob Anpassungen schneller möglich sind, als dies heute der Fall ist. Schwierigkeiten in Tarifpartnerschaften haben sich in der Vergangenheit mehrfach gezeigt wie z. B. Tarmed oder Physiotherapie. Insbesondere die Tarmed-Tarifstruktur ist seit Jahren revisionsbedürftig, die Tarifpartner haben aber bis heute keinen Konsens gefunden. Es erscheint fraglich, ob hier ein Schiedsgericht, welches durch die zerstrittenen Parteien bestellt wird, besser und rascher die komplexen Sachverhalte lösen und einen wirtschaftlichen sowie unbestrittenen Tarif festlegen könnte. Im Prozess der Festlegung des Tarifes in der Analysenliste sind die verschiedenen Interessenverbände bereits in der EAMGK einbezogen und gemeinsam an der Beratung beteiligt. National- und Ständerat haben zudem mit der Motion der SGK-SR [12.3643](#), "Stärkung der Hausarztmedizin", den Bundesrat beauftragt, für eine angemessene Abgeltung der hausärztlichen Leistungen, insbesondere durch Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Analysenliste sowie der Struktur des Tarmed, zu sorgen. Am 18. Mai 2014 haben Volk und Stände dem Verfassungsartikel über die medizinische Grundversorgung zugestimmt. Der Bundesrat hat diesbezüglich im Rahmen des Masterplans "Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung" verschiedene Anliegen umgesetzt. So werden seit dem 1. Januar 2015 beispielsweise insgesamt 33 schnelle Analysen in ärztlichen Praxislaboratorien höher abgegolten. Ob bei einer Tariffreigabe bei den Laboranalysen diese Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin weiterhin gewährleistet wäre, darf infrage gestellt werden.

Aus diesen Gründen beantragt der Bundesrat, dass die bisherige schlanke Regelung für die Tariffestsetzung der Laboranalysen beibehalten wird.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 10.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (9)

FREHNER SEBASTIAN GASCHÉ URS GIEZENDANNER ULRICH GRUNDER HANS GUHL BERNHARD HUMBEL RUTH PEZZATTI BRUNO
QUADRANTI ROSMARIE WEIBEL THOMAS

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3210

POSTULAT

Mehr Transparenz bei den Familienausgleichskassen

Eingereicht von: SCHMID-FEDERER BARBARA

CVP-Fraktion

Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz

Einreichungsdatum: 18.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament einen Bericht über Vermögensverhältnisse und Ressourcenallokation der Familienausgleichskassen (FAK) vorzulegen.

Dieser Bericht soll insbesondere folgende Punkte beinhalten:

1. Die Finanzierungsmodalitäten der anerkannten FAK in der Schweiz;
2. Eine Übersicht der erzielten Einnahmen und tatsächlich ausbezahlten Zulagen der FAK;
3. Eine Übersicht der Höhe der branchenspezifischen Beiträge;
4. Die Höhe der Administrativkosten im Vergleich zu jenen der AHV-Ausgleichskassen;
5. Einen Überblick über die verfügbaren Reserven, um Aufwandüberschüsse decken zu können;
6. Einen Überblick über die Verwendung der Überschüsse: ob diese zur Senkung der Beiträge oder zur Äufnung der Reserven verwendet werden;
7. Die Anlegung der Reserven, im Wissen, dass die Überschüsse oder Teile davon auf die Rechnung des nächsten Jahres vorgetragen werden können.

BEGRÜNDUNG

Der Bundesrat hat nach der Ablehnung des Familienartikels am 15. Mai 2015 in Erfüllung des Postulates Tornare

13.3135 eine Auslegeordnung und Handlungsoptionen in der Familienpolitik vorgelegt. Dabei schlägt er unter anderem die Prüfung bedarfsabhängiger Kinderzulagen vor, um die wirtschaftliche Absicherung von Familien zusätzlich zu gewährleisten. Er gibt an, dass damit die Sozialwerke um rund 100 Millionen Franken entlastet werden könnten. Dabei ist aber zu beurteilen, wie und in welchem Ausmass eine bedarfsabhängige Kinderzulage wirkt, mit anderen Worten, ob und wie möglichst ohne Erhöhung der gegenwärtig bezahlten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge mit einem solchen System auch tatsächlich genügend Mittel für genügend stark differenzierbare Beiträge zur Verfügung stehen. Dazu sind präzise Angaben über die finanziellen Verhältnisse der anerkannten Familienausgleichskassen in der Schweiz erforderlich.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 25.05.2016

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) erstellt gestützt auf Artikel 20 der Familienzulagenverordnung (FamZV; SR 836.21) jährlich die Statistik der Familienzulagen. Diese Statistik wird in einem Bericht auf der Website des BSV veröffentlicht (abrufbar unter: www.bsv.admin.ch)

(<http://www.bsv.admin.ch>)

> Dokumentation > Zahlen und Fakten > Familienzulagen). Die im Postulat verlangten Angaben sind alle bekannt und können auf Basis der Statistik 2014 hier kurz dargelegt werden:

1. Gestützt auf Artikel 13 Absatz 1 FamZV werden die Familienausgleichskassen sowie deren Leistungen durch Beiträge, Erträge und Bezüge aus den Schwankungsreserven sowie durch Zahlungen aus einem allfälligen kantonalen Lastenausgleich finanziert.
2. Die Jahreseinnahmen der Familienausgleichskassen von 5,9 Milliarden Franken stammten 2014 zu 89,6 Prozent (5,3 Milliarden Franken) aus den Beiträgen der Arbeitgeber. Die Beiträge der Selbstständigerwerbenden betrugen 212 Millionen Franken (3,6 Prozent), jene der Nichterwerbstätigen 7 Millionen Franken. Die restlichen 6,8 Prozent setzten sich aus Einnahmen aus dem Lastenausgleich, anderen Einnahmen (inkl. Vermögenserträge), Beiträgen der öffentlichen Hand und der Auflösung von Schwankungsreserven zusammen.

Bei den Ausgaben in der Höhe von 5,8 Milliarden Franken im Jahr 2014 machten die Familienzulagen (Kinder-, Ausbildungs-, Geburts- oder Adoptionszulagen) mit 5,4 Milliarden Franken (92,8 Prozent) den grössten Anteil aus. Andere Leistungen, die in den kantonalen Familienzulagengesetzen vorgesehen sind (z. B. Zahlungen an Familienfonds und ähnliche Systeme), sowie freiwillige Leistungen der Familienausgleichskassen machten einen Anteil von 52 Millionen Franken aus (0,9 Prozent). Weitere Ausgaben betrafen die Verwaltungs- und Durchführungskosten mit 150 Millionen Franken (2,6 Prozent), die Bildung von Schwankungsreserven mit 18 Millionen Franken (0,3 Prozent), die Zahlungen an

den kantonalen Lastenausgleich mit 152 Millionen Franken (2,6 Prozent) sowie andere Ausgaben von 48 Millionen Franken (0,8 Prozent). Das Jahresergebnis schloss mit einem Überschuss von 98 Millionen Franken ab.

3. Die Beitragssätze der Kassen variieren mit einer Spannweite von 0,3 bis 3,63 Prozent. Die Beitragssätze werden durch die Höhe der kantonalen Familienzulagen, weiteren kantonal geregelten Leistungen (Geburts- und Adoptionszulagen) sowie durch branchenspezifische Risiken, wie tiefe Löhne und überdurchschnittliche Kinderzahlen, bestimmt. Das in einigen Kantonen vorhandene System eines kantonalen Lastenausgleichs zwischen den einzelnen im jeweiligen Kanton tätigen Kassen kann diese Risiken teilweise kompensieren.

4. Im Jahr 2014 betrugen die Verwaltungs- und Durchführungskosten für die Familienzulagen 150 Millionen Franken, was einem Anteil von 2,6 Prozent entspricht. Der Anteil der Verwaltungs- und Durchführungskosten der AHV belief sich im Jahr 2014 auf 0,5 Prozent.

5.-7. Die Familienausgleichskassen sind nach Artikel 15 Absatz 3 des Familienzulagengesetzes (FamZG; SR 836.2) verpflichtet, durch die Äufnung einer Schwankungsreserve für das finanzielle Gleichgewicht zu sorgen. Diese ist nach Artikel 13 Absatz 2 FamZV angemessen, wenn ihr Bestand mindestens 20 und höchstens 100 Prozent einer durchschnittlichen Jahresausgabe für Familienzulagen beträgt. Aus ihr sind Defizite zu decken und Einnahmenschwankungen im Jahresverlauf auszugleichen. So können auch kurzfristige Anpassungen des Beitragssatzes vermieden werden. Die Summe der Schwankungsreserven betrug im Jahr 2014 etwa 3 Milliarden Franken, d. h. 55 Prozent der gesamten Familienzulagen nach FamZG von rund 5,4 Milliarden Franken.

Die vorliegenden Ausführungen weisen die von der Postulantin eingeforderten Informationen aus. Da das Postulatsanliegen somit erfüllt ist, hält der Bundesrat einen zusätzlichen Bericht, der keinen Erkenntnisgewinn bringen könnte, für nicht zielführend.

Mit den von der Postulantin angesprochenen bedarfsabhängigen Kinderzulagen hat sich der Bundesrat im Bericht "Familienpolitik. Auslegeordnung und Handlungsoptionen des Bundes" in Erfüllung des Postulates Tornare 13.3135, "Familienpolitik" - abrufbar unter: [www.bsv.admin.ch > Themen > Familie/Familienzulagen > Familienpolitik: Übersicht](http://www.bsv.admin.ch/Themen/Familie/Familienzulagen/Familienpolitik/Übersicht) -, vom 20. März 2013 befasst. Die Kosten für diese neuen Zulagen kämen in der Grössenordnung von 300 bis 600 Millionen Franken pro Jahr zu liegen. Mit Blick auf die aktuelle finanzpolitische Situation hält der Bundesrat die Einführung eines solchen Bedarfszulagensystems derzeit nicht für tragbar. Zudem stünde ein Tätigwerden des Bundes zur Bekämpfung der Familienarmut in einem gewissen Spannungsverhältnis zur geltenden Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 25.05.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (10)

AMHERD VIOLA AMMANN THOMAS BERTSCHY KATHRIN CANDINAS MARTIN DE BUMAN DOMINIQUE GLANZMANN-HUNKELER IDA HUMBEL RUTH INGOLD MAJA MÜLLER-ALTERMATT STEFAN ROMANO MARCO

THEMENGEBIETE (1)

Sozialer Schutz

16.3215

MOTION

Zusammensetzung von Binden und Tampons

Eingereicht von: PILLER CARRARD VALÉRIE

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 18.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, das Vorsorgeprinzip anzuwenden und Massnahmen zu ergreifen, damit die Öffentlichkeit so genau wie möglich über die Risiken aufgeklärt wird, die die Verwendung von Binden und Tampons birgt. Konkret müssen die Hersteller verpflichtet werden, die Inhaltsstoffe und Verunreinigungen in ihren Produkten anzugeben sowie deren Toxizität und die Toxizität, die bei der Herstellung entsteht, zu untersuchen.

BEGRÜNDUNG

Seit Studien in gewissen Tampons und Binden Herbizide und Dioxin nachgewiesen haben, misstrauen Frauen diesen Produkten, die sie regelmässig verwenden und die mit ihrem Intimbereich in Kontakt kommen. Daher rührt auch der Erfolg einer Petition, die fordert, dass die Hersteller die vollständige Liste der Inhaltsstoffe auf der Verpackung angeben müssen. In Frankreich sind dafür mehr als 220 000 Unterschriften gesammelt worden. Die französische Monatszeitschrift "60 millions de consommateurs" hat vor Kurzem eine Studie veröffentlicht, die die Verunsicherung noch verstärkt; gemäss dieser Studie weisen die geringen Mengen an toxischen Rückständen, die in den Binden und Tampons nachgewiesen wurden, nicht kein Risiko auf. Dioxine und Organochlorpestizide sind endokrine Disruptoren, die sich laut WHO negativ auf die Fortpflanzung, die Entwicklung und das Immun- oder Hormonsystem auswirken können und auch krebserregend sein können.

In Frankreich plant die Staatssekretärin für Verbraucherschutz, nachdem sie sich mit den Herstellern von Tampons und Binden unterhalten hat, die in Frankreich für Lebensmittelsicherheit, Umweltschutz und Arbeitsschutz zuständige Behörde Anses zu beauftragen, genauere wissenschaftliche Erkenntnisse über Stoffe wie die Pestizid- und Dioxinrückstände zu gewinnen. Die Methoden, mit denen diese Rückstände in Binden und Tampons nachgewiesen und gemessen werden können, sollen verbessert und die Auswirkungen auf die Gesundheit der Konsumentinnen wissenschaftlich besser untersucht werden. Die Staatssekretärin kündigte an, dass sie sich auch an die Europäische Kommission wenden wird, damit in Europa darüber nachgedacht wird, welche Sicherheitsvorschriften für diese Produkte gelten sollen, und damit die Kontrollkampagnen koordiniert werden können.

Angesichts dieser Entwicklungen beunruhigt mich die abwartende Haltung, die der Bundesrat in seiner Antwort auf meine Interpellation [15.4249](#) zum Ausdruck bringt. Auf den Beweis zu warten, dass Binden und Tampons ein Gesundheitsrisiko darstellen, bevor Kontrollen bei den in der Schweiz verkauften Produkten vorgenommen werden, ist unverantwortlich. Es handelt sich hierbei um eine wichtige Frage der öffentlichen Gesundheit.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 11.05.2016

Im vorliegenden Fall ist das Vorsorgeprinzip aus zwei Gründen nicht anwendbar: Zum einen fehlt im geltenden Lebensmittelgesetz (SR 817.0) die notwendige gesetzliche Grundlage. Zum andern müsste für die Anwendung des Prinzips eine wissenschaftliche Untersuchung der Produkte mögliche gesundheitsschädliche Auswirkungen zutage fördern, ohne dass bezüglich der Gesundheitsgefährdung bereits Sicherheit besteht. Die bisher durchgeführten Studien über toxische Rückstände in gewissen Tampons und Binden zeigen jedoch äusserst geringe Konzentrationen, die für die Gesundheit kein Risiko darstellen. Für diese Produkte sind zwar keine spezifischen Grenzwerte festgelegt, aber die gemessenen Konzentrationen liegen deutlich unter den allgemeinen Grenzwerten, die im Lebensmittelrecht gelten. Die Ergebnisse der Studien lassen daher in keiner Weise auf ein gesundheitliches Risiko für die Verbraucherinnen schliessen. Die Forderung nach einer präziseren Kennzeichnung, wie sie die Motion verlangt, kann daher nicht mit dem Vorsorgeprinzip begründet werden.

Um die gesetzlichen Anforderungen an die Kennzeichnung im Sinne des Anliegens der vorliegenden Motion zu ändern, müsste das Lebensmittelrecht angepasst werden. Eine diesbezügliche Änderung lässt sich jedoch nur dann rechtfertigen, wenn sie zum Schutz der Gesundheit der Konsumentinnen notwendig ist. Wie aber oben bereits erläutert, wurde bisher noch kein Risiko für die Konsumentinnen festgestellt.

Zudem wäre aufgrund der von Los zu Los variierenden Kontamination eine kontinuierliche Anpassung der Verpackungen nötig. In Anbetracht der geringen Gefahr, die vom Produkt ausgeht, würde dies für die Hersteller einen unverhältnismässigen Aufwand bedeuten.

Aus diesen Gründen und in Übereinstimmung mit der Regelung in der EU ist eine Änderung des geltenden Rechts zurzeit nicht notwendig.

Der Bundesrat verfolgt die Entwicklungen in dieser Angelegenheit aufmerksam. Sollten neue wissenschaftliche Erkenntnisse dies rechtfertigen, wird er die notwendigen Massnahmen ergreifen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 11.05.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (17)

AMARELLE CESLA BARRILE ANGELO BULLIARD-MARBACH CHRISTINE FEHLMANN RIELLE LAURENCE FERI YVONNE FRIDEZ PIERRE-ALAIN
FRIEDL CLAUDIA GRAF MAYA HADORN PHILIPP KIENER NELLEN MARGRET MEYER MATTEA MORET ISABELLE MUNZ MARTINA
SCHWAAB JEAN CHRISTOPHE SEILER GRAF PRISKA SEMADENI SILVA THORENS GOUMAZ ADÈLE

THEMENGEBIETE (2)

Gesundheit Wirtschaft

16.3216

POSTULAT

Aktualisierung des Berichtes über die Armut

Eingereicht von: PILLER CARRARD VALÉRIE

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 18.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen, ob der nationale Bericht über die Armut zu aktualisieren ist. Der Bericht sollte vor allem in allen Kantonen, die Ergänzungsleistungen für Familien eingeführt haben, angefangen beim Tessin im Jahr 1996, die Auswirkungen dieser Leistungen untersuchen und ihren Einfluss auf die Sozialhilfe messen. Das Ziel ist, eine detaillierte nationale Bestandsaufnahme über die Einführung der kantonalen Regelungen für Ergänzungsleistungen für Familien vorzunehmen.

BEGRÜNDUNG

In der Schweiz tragen Einelternfamilien ein erhöhtes Armutsrisiko. Mit Ergänzungsleistungen für Familien könnte diese Ungerechtigkeit behoben werden. Diese Idee ist um die Jahrtausendwende schon von unseren ehemaligen Kolleginnen Jacqueline Fehr und Lucrezia Meier-Schatz vorgebracht worden. Anfangs hat der Nationalrat das Projekt befürwortet, es dann aber nach fast elf Jahren Arbeit mit der Begründung begraben, es sei eine zu starke Einmischung in die kantonalen Kompetenzen und andere Sozialleistungen seien in der Zwischenzeit verbessert worden.

Die Ergänzungsleistungen für Familien sind zwar seitdem auf Bundesebene eingeführt worden, aber die grosse Wirkung auf die sehr armen Familien in der Schweiz ist ausgeblieben. Ähnlich wie die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, mit deren Hilfe zahlreiche ältere Personen oder Personen mit Behinderung der Armut entkommen konnten, sind die Ergänzungsleistungen für Familien ein wirkungsvolles und gezieltes Instrument, durch das insbesondere die Sozialhilfe der Städte entlastet werden könnte, deren Kosten immer höher werden. Laut den bereits etwas älteren Zahlen von 2008, die ich einholen konnte, konnten im Tessin durch die Einführung der Ergänzungsleistungen für Familien 60 Prozent der Sozialhilfeleistungen gespart werden.

Angesichts des Erfolgs dieser Massnahme haben viele andere Kantone Bedarfsleistungen für arme Familien eingeführt; die Höhe und die Dauer der Beiträge variieren dabei jedoch deutlich. Durch diesen Bericht könnte geprüft werden, inwieweit der Bund auf nationaler Ebene einen allgemeinen Rahmen für die Ergänzungsleistungen für Familien erarbeiten könnte, wie er es damals für die Familienzulagen gemacht hat. So könnte in diesem Durcheinander Ordnung geschaffen werden.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 25.05.2016

Der Bundesrat anerkennt das Anliegen der Postulantin, die Familienarmut verstärkt zu bekämpfen. Das Nationale Programm gegen Armut, welches der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen, Städten, Gemeinden sowie Akteuren der Zivilgesellschaft von 2014 bis 2018 umsetzt, legt einen Schwerpunkt auf diese Thematik. Im Rahmen eines Forschungsauftrags werden kommunale Strategien, Massnahmen und Leistungen zur Prävention und Bekämpfung von Familienarmut erfasst, analysiert und Empfehlungen formuliert. Ebenfalls im Rahmen des Programms wird der Bundesrat die Einführung eines schweizerischen Armutsmonitorings prüfen. Denkbar wäre dabei, jeweils einen thematischen Schwerpunkt, beispielsweise auf die Bekämpfung der Familienarmut, zu setzen.

Zu den Möglichkeiten der Weiterentwicklung der Familienpolitik legte der Bundesrat am 20. Mai 2015 den Bericht "Familienpolitik. Auslegeordnung und Handlungsoptionen des Bundes" in Erfüllung des Postulates Tornare 13.3135, "Familienpolitik", vom 20. März 2013 vor (abrufbar unter: www.bsv.admin.ch > Themen > Familie/Familienzulagen > Familienpolitik: Übersicht). Darin prüfte er auch die Ergänzungsleistungen für Familien (Famel). Er hielt fest, dass der Nationalrat in der Frühjahrssession 2015 die Motion Feri 13.3351, "Familienergänzungsleistungen als Mittel zur Armutsbekämpfung", ablehnte. Er hat diese Handlungsoption deshalb nicht weiterverfolgt. Als gezielte Massnahmen zur Bekämpfung der Familienarmut insbesondere bei Working-Poor-Familien hat der Bundesrat im erwähnten Bericht bedarfsabhängige Kinderzulagen geprüft. Da diese Kosten in der Grössenordnung von 300 bis 600 Millionen Franken pro Jahr verursachen würden, hält sie der Bundesrat in Anbetracht der aktuellen Finanzlage für derzeit nicht tragbar. Zudem stünde ein Tätigwerden des Bundes in einem gewissen Spannungsverhältnis zur geltenden Kompetenzordnung zwischen

Bund und Kantonen (vgl. dazu auch die Antwort des Bundesrates auf die Motion Feri 15.3939, "Kinderzulagen bedarfsabhängig ergänzen").

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 25.05.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (17)

AMARELLE CESLA BARRILE ANGELO CAROBBIO GUSCETTI MARINA FEHLMANN RIELLE LAURENCE FERI YVONNE FRIDEZ PIERRE-ALAIN
FRIEDL CLAUDIA HADORN PHILIPP JANS BEAT KIENER NELLEN MARGRET MARTI MIN LI MEYER MATTEA MUNZ MARTINA
SCHMID-FEDERER BARBARA SCHWAAB JEAN CHRISTOPHE SEILER GRAF PRISKA WEHRLI LAURENT

THEMENGEBIETE (2)

Soziale Fragen Sozialer Schutz

16.3223

POSTULAT

Anstieg der Gesundheitskosten stoppen

Eingereicht von: GSCHWIND JEAN-PAUL

CVP-Fraktion

Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz

Einreichungsdatum: 18.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen, ob das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit den betroffenen Akteuren einen Bericht mit einem Katalog von Vorschlägen erstellen soll, mit dem Ziel, die Gesundheitskosten zu stabilisieren oder sogar zu reduzieren.

BEGRÜNDUNG

Die Kostenspirale im Gesundheitswesen ist schwer in den Griff zu bekommen. Dies zieht einen erheblichen Anstieg der Krankenkassenprämien nach sich, was das Haushaltsbudget der Familien schwer belastet. Ohne die Subventionen des Bundes und der Kantone würden gewisse Familien vor unüberwindbaren finanziellen Schwierigkeiten stehen. Gleichzeitig sinkt die Kaufkraft des Mittelstands deutlich. Man muss zugeben, dass die bis heute ergriffenen Massnahmen zur Kontrolle der Gesundheitskosten ihr Ziel bei Weitem nicht erreicht haben. Wir sind der Meinung, dass das BAG im Auftrag des Bundesrates gemeinsam mit allen Akteuren des Gesundheitswesens (Pharmaindustrie, Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Versicherer und Versicherte) einen Bericht mit einem Katalog von praktikablen und griffigen Vorschlägen erstellen sollte, mit denen sich die Gesundheitskosten stabilisieren oder sogar reduzieren lassen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 25.05.2016

Der Bundesrat ist seinerseits ebenfalls besorgt über die zunehmende finanzielle Belastung der Schweizer Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien. Daher ist er bestrebt, den Kostenanstieg im Gesundheitsbereich in den Griff zu bekommen (bzw. zu begrenzen). So lautet Ziel 12 der Legislaturplanung 2015-2019 (BBl 2016 1105): "Die Schweiz sorgt für eine qualitativ hochstehende und finanziell tragbare Gesundheitsversorgung und ein gesundheitsförderndes Umfeld." Um die Gesundheitskosten einzudämmen, stärkt der Bundesrat unter Einbezug der privaten Akteure die Prävention, die Gesundheitsförderung sowie die Gesundheitskompetenz. Er setzt sich für die Reduktion von nichtwirksamen und nichteffizienten Leistungen sowie Medikamenten und Verfahren ein, um die Qualität zu erhöhen und die Kosten zu reduzieren. Die Frage nach dem Kostenanstieg ist jedoch übergreifend und betrifft alle beteiligten Akteure im System (namentlich Leistungserbringer, Versicherer, Versicherte, Kantone und Bund) auf verschiedenen Ebenen (namentlich Prävention, Behandlung und Finanzierung). Um einen Überblick zu erhalten und alle Aspekte berücksichtigen zu können, hat der Bundesrat 2013 die Strategie Gesundheit 2020 verabschiedet und so die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik für einen Zeitraum von acht Jahren festgelegt (www.bag.admin.ch) (<http://www.bag.admin.ch>)

> Themen > Gesundheit 2020). Die in dieser Strategie genannten Massnahmen sind auf insgesamt zwölf Ziele ausgerichtet und werden gemeinsam mit den betroffenen Akteuren umgesetzt. Wie bereits in der Stellungnahme zur Motion Brand [15.4231](#), "Masterplan für eine bezahlbare Krankenversicherung 2030", erwähnt, hat die Strategie unter anderem das Ziel, die Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar zu halten. Die Effizienz ist übrigens auch eines der fünf Schwerpunkte von Gesundheit 2020 für die laufende Legislatur.

Das Parlament hat seit 2013 mehrfach konkrete Vorschläge (langfristige Steuerung des ambulanten Bereichs) verworfen und dem Bundesrat zugleich aufgezeigt, welche Richtung es einzuschlagen gedenkt (siehe z. B. die parlamentarischen Vorstösse [16.3000](#) und [16.3001](#)). Andere Vorschläge sind hingegen bereits in Vorbereitung, wenn nicht schon umgesetzt. Zu nennen ist hier, neben der Entwicklung des Systems zur Überprüfung von Gesundheitstechnologien und medizinischen Leistungen (HTA), die für 2017 vorgesehene Einführung des elektronischen Patientendossiers, durch welche die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert sowie die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden soll.

Diese Vorhaben werden unter Einbezug der verschiedenen Akteure und mit grösster Transparenz umgesetzt. So wird beispielsweise jedes Jahr eine Konferenz zu den Themen rund um die Strategie Gesundheit 2020 durchgeführt. Zudem

werden die Akteure regelmässig aufgerufen, zu den sie besonders betreffenden Themen Stellung zu nehmen. Wie bereits in der Stellungnahme zur obenerwähnten Motion ausgeführt, gehen die bereits laufenden Arbeiten und Diskussionen aus Sicht des Bundesrates in die geforderte Richtung. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, ist es daher nicht angezeigt, einen zusätzlichen Bericht zu erstellen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 25.05.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (12)

AMHERD VIOLA AMMANN THOMAS BULLIARD-MARBACH CHRISTINE BUTTET YANNICK BÉGLÉ CLAUDE GMÜR ALOIS
MARCHAND-BALET GÉRALDINE MÜLLER LEO REGAZZI FABIO RITTER MARKUS SCHMIDT ROBERTO VOGLER KARL

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3243

POSTULAT

Darf die Obergeraufsichtskommission Berufliche Vorsorge in die Organisationshoheit der Kantone eingreifen?

Eingereicht von: FÄSSLER DANIEL

CVP-Fraktion

Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz

Einreichungsdatum: 18.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Das Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) weist die Aufsicht über die Vorsorgeeinrichtungen den Kantonen zu. Von der Möglichkeit, gemeinsame Aufsichtsregionen zu bilden und dafür eine interkantonale Aufsichtsbehörde zu bezeichnen, haben die Kantone Glarus, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, St. Gallen, Graubünden und Thurgau (Ostschweiz), die Kantone Luzern, Uri, Schwyz, Obwalden, Nidwalden und Zug (Zentralschweiz) sowie die Kantone Waadt, Wallis, Neuenburg und Jura (Westschweiz) Gebrauch gemacht. Diese 16 Kantone üben die ihnen obliegende Aufsicht über sämtliche Vorsorgeeinrichtungen der zweiten Säule (registrierte Pensionskassen, ausserobligatorische Personalvorsorgestiftungen, patronale Wohlfahrtsfonds), die Freizügigkeitsstiftungen sowie die Sparen-3a-Stiftungen je mit einer interkantonalen, öffentlich-rechtlichen Anstalt aus. Die Ostschweizer BVG- und Stiftungsaufsicht wird durch eine Verwaltungskommission geführt, die sich aus amtierenden Regierungsräten der Konkordatskantone zusammensetzt. Die gleiche Organisation kennen die Zentralschweizer und die Westschweizer BVG- und Stiftungsaufsicht. Probleme haben sich daraus bis heute nie ergeben.

Zur Beaufsichtigung der (inter-)kantonalen Aufsichtsbehörden wurde auf 2012 eine Obergeraufsichtskommission (OAK BV) eingesetzt. Die Aufgaben der OAK sind in Artikel 64a BVG abschliessend aufgezählt.

Die OAK BV stellt sich gegenüber den Aufsichtsbehörden der Ostschweizer, der Zentralschweizer und der Westschweizer Kantone auf den Standpunkt, Regierungsmitglieder und Angestellte der kantonalen Verwaltung dürften nicht in das oberste Organ der Aufsichtsbehörde gewählt werden. Ein Gutachten der Staatskanzlei des Kantons St. Gallen vom 28. September 2012 bezeichnet die bestehende Praxis als bundesrechtskonform. Die Organisation der Aufsicht falle in die alleinige Organisationshoheit der Kantone.

Da die OAK BV nicht von ihrem Standpunkt abrückt, ist eine Klärung im Interesse der 16 betroffenen Kantone nötig. Der Bundesrat wird in diesem Sinne ersucht, für die Auslegung von Artikel 64a BVG darzulegen, welche Aufgaben der Gesetzgeber der OAK BV übertragen hat.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 11.05.2016

Der Bundesrat ist bereits mit der angesprochenen Thematik der Unabhängigkeit von kantonalen und regionalen BVG- und Stiftungsaufsichtsbehörden befasst. Die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates hatte den Bundesrat mit der Überprüfung der gesetzlichen Grundlagen (vor allem Art. 61 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge, BVG; SR 831.40) beauftragt, nachdem sie von den unterschiedlichen Auffassungen von OAK BV und gewissen Aufsichtsbehörden in Bezug auf die Unabhängigkeit Kenntnis genommen hatte. Der Bundesrat stellte fest, dass eine unabhängige Aufsichtstätigkeit im Einzelfall durch den Einsitz von Regierungsmitgliedern und Angestellten der kantonalen Verwaltung in den Kontrollgremien der Aufsichtsbehörden erschwert sein kann und auch aus generellen Governance-Überlegungen das Risiko von Interessenkonflikten vermieden werden sollte. Interessenkonflikte können sich in erster Linie bei der Aufsicht öffentlich-rechtlicher Vorsorgeeinrichtungen ergeben. Der Bundesrat wird deshalb noch dieses Jahr eine Vorlage in die Vernehmlassung geben, die - neben einem Entwurf zur Modernisierung der Aufsichtsstrukturen in der ersten Säule - einen Vorschlag zur Stärkung der Unabhängigkeit der Aufsichtsbehörden der beruflichen Vorsorge enthält.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 11.05.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (2)

Sozialer Schutz Staatspolitik

16.3255

MOTION

Krankenversicherung. Effizienter Datenaustausch statt teure Bürokratie

Eingereicht von: BRAND HEINZ

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 18.03.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung des KVG bzw. ATSG zu prüfen und vorzulegen, damit:

- a. die vom Gesetz vorgesehene Überprüfung der Versicherungspflicht durch die kantonalen bzw. kommunalen Behörden; sowie
- b. der Datenaustausch zwischen Einwohnerdiensten und Krankenversicherern administrativ erleichtert werden.

BEGRÜNDUNG

a. Es sind in der Regel die Gemeinden, welche das Obligatorium gemäss Artikel 6 KVG überprüfen müssen. Um unnötigen Schriftverkehr und teure Bürokratie zu vermeiden, hat sich aus Sicht der Gemeinden ein Online-Abfrage-System der Sasis AG bewährt. Dieser Dienst stellt eine tagesaktuelle Information bereit, ob eine Person versichert ist oder nicht. Abgefragt wird mit der AHV-Versicherungsnummer, welche sowohl in den Einwohnerregistern als auch bei den Krankenversicherern geführt wird. Eine Drittpartei reklamiert, dass die nützlichen Online-Abfragen datenschutzrechtlich nicht genügend abgestützt seien, und verlangt eine Sperre dieses Zugangs. Solche Anfragen müssten per schriftlichem Briefverkehr erfolgen. Der Verband der schweizerischen Einwohnerdienste (VSED) hat den zuständigen Bundesrat mit Schreiben vom 4. Dezember 2015 gebeten, aktiv zu werden, damit die elektronische Adressabfrage weiterhin betrieben werden kann.

b. Die Einwohnerdienste verfügen über eine sehr gute Adressqualität bezüglich Einwohner. Bei unzustellbaren Prämienrechnungen usw. gelangen die Krankenversicherer deshalb oft an sie. Dies generiert beträchtlichen Aufwand. Die rechtliche Grundlage für die Adressanfragen findet sich im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts. Gemäss Artikel 32 sind die Einwohnerdienste zur Amts- und Verwaltungshilfe verpflichtet. Bei Krankenversicherern betrifft dies sämtliche Anfragen im Zusammenhang mit dem KVG. Die bestehende Rechtsgrundlage wird den heutigen und künftigen Anforderungen nicht mehr gerecht. Das ATSG lässt - wörtlich interpretiert - nur schriftliche und begründete Anfragen zu. Eine standardisierte, zeitgemässe elektronische Abfrage bzw. ein strukturierter Adressaustausch unter berechtigten Nutzern lassen sich auf Jahre hinaus nicht realisieren. Ich bitte den Bundesrat, im Sinne des VSED rasch tätig zu werden: Allfällige rechtliche Unsicherheiten sollen behoben werden. Alternativ wäre bei a. und b. zu begründen, dass eine Gesetzesänderung nicht notwendig ist.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

a. Wenn die Gemeinden wissen möchten, ob eine Person versichert ist oder nicht, so sind sie verpflichtet, diese Information bei der versicherten Person selbst einzuholen. Das vom Motionär beschriebene Online-Abfrage-System ist nicht gesetzeskonform. Für den in der Motion beschriebenen Zweck ist die Sasis AG nicht zur Verwendung der AHV-Versichertennummer berechtigt. Sie müsste mit der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung des Krankenversicherungsgesetzes betraut werden (Art. 83 KVG; SR 832.10). Die in der Motion gewünschte Änderung würde zudem eine grundsätzliche Revision von Artikel 84a Absatz 1 Buchstabe h KVG bedingen und den Datenschutz in diesem Bereich aufweichen. Dies erachtet der Bundesrat als unverhältnismässig. Zudem wäre es sachfremd, eine private Gesellschaft, die zudem noch die Tochtergesellschaft eines der Versichererverbände ist, gesetzlich zu verpflichten.

b. Gemäss Artikel 32 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sind die Einwohnerdienste zur Amts- und Verwaltungshilfe verpflichtet; aber die Anfragen müssen schriftlich und begründet sein. Für eine standardisierte elektronische Abfrage bzw. für einen strukturierten Adressaustausch fehlt die gesetzliche Grundlage. Wenn die Krankenversicherer Adressanfragen an die Einwohnerdienste der Gemeinden haben, so ist der vorgesehene Weg der Amts- und Verwaltungshilfe (Art. 32 ATSG) einzuhalten. Es gilt der Grundsatz der Schweigepflicht

nach Artikel 33 ATSG. Anfragen dürfen im Einzelfall schriftlich und begründet beantwortet werden. Bei der aktuell vorgesehenen Revision des ATSG will man von diesem Grundsatz nicht abweichen. In einigen Einzelfällen hat der Gesetzgeber in den entsprechenden Spezialgesetzen eine gesetzliche Grundlage im Sinne von Artikel 19 Absatz 3 des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) zugelassen. Zur Umsetzung der Motion müsste nicht die sehr allgemeine Norm von Artikel 32 ATSG angepasst werden, sondern es müsste vielmehr im massgebenden Spezialgesetz, dem KVG, eine entsprechende gesetzliche Grundlage vorgesehen werden. Eine Anpassung von Artikel 32 ATSG alleine würde auch diverse andere Situationen betreffen, in denen der Bundesrat das Abrufverfahren im Sinne von Artikel 19 Absatz 3 DSG nicht zulassen will.

Bei den Adressanfragen der Krankenversicherer bei den Einwohnerdiensten der Gemeinden hat der Gesetzgeber bisher an den Kriterien "im Einzelfall und auf schriftliches begründetes Gesuch hin" festgehalten, um den Schutz der Daten möglichst hoch zu halten. Auch bei Revisionen von Artikel 84a KVG wurde noch 2012 daran festgehalten, dass die Daten nur "im Einzelfall und auf schriftliches begründetes Gesuch hin" bekanntgegeben werden dürfen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 03.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (12)

AMAUDRUZ CÉLINE CHIESA MARCO CLOTTU RAYMOND FREHNER SEBASTIAN HAUSAMMANN MARKUS HERZOG VERENA HESS LORENZ MORET ISABELLE PEZZATTI BRUNO SCHMID-FEDERER BARBARA STAHL JÜRG WEIBEL THOMAS

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3309

MOTION

Gegen die sprachliche Diskriminierung von Menschen mit Behinderung

Eingereicht von: STREIFF-FELLER MARIANNE

CVP-Fraktion

Evangelische Volkspartei der Schweiz

Einreichungsdatum: 27.04.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

INGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament rechtliche Grundlagen vorzulegen, die es ermöglichen, den im Regelwerk der nationalen Gesetzgebung verwendeten Begriff "invalid" (und die mit ihm verwandten Begriffe) zu ersetzen.

BEGRÜNDUNG

Sprache ist verräterisch: Der Begriff "invalid" ist diskriminierend und zeugt nicht von einer gleichberechtigten Grundhaltung gegenüber Menschen mit einer Behinderung.

Etymologisch setzt sich das Wort aus dem lateinischen Wortstamm "valere" (stark, gesund, wert sein, gelten, vermögen) und der Vorsilbe "in" (z. B. un..., nicht, ohne) zusammen. Die Übersetzung ist stark negativ (in-validus: unwert/ohne wert sein, kraftlos, schwach, nicht gelten) und nicht zeitgemäss. Im Laufe der Geschichte wurden zahlreiche Definitionen über Menschen mit Behinderungen geprägt. Darunter befinden sich auch diskriminierende oder verfälschte Begriffe wie mongoloid, Krüppel, Schwachsinn, Idiotie, zurückgeblieben, Arterienverkalkung und andere mehr. Diese Redewendungen werden heute - im Gegensatz zum Begriff "invalid" - kaum mehr spontan und unüberlegt angewendet und sind aus dem Regelwerk der nationalen Gesetze verschwunden.

Mit der nach wie vor üblichen Verwendung des negativ besetzten Begriffes "invalid" wird eine betroffene Person auf ihre Behinderung reduziert und als nichtgleichwertiges Mitglied unserer Gesellschaft bezeichnet.

Schon die 5. IVG-Revision postulierte "Integration vor Rente". Dieses Ziel setzt die Grundhaltung voraus, dass die Menschen mit Behinderung auch als "wertvolle" Mitglieder unserer Gesellschaft mit gleichberechtigten Rechten und Pflichten respektiert sind.

Der Ausdruck "Invalidität" wird seit Jahren von Menschen mit Behinderungen, deren Angehörigen und weiteren Kreisen als diskriminierend empfunden. Die kantonalen Behindertenkonzepte verwenden die Terminologie "Menschen mit Behinderung", im Behindertengleichstellungsgesetz wird nicht von Invaliden gesprochen. Es ist höchste Zeit, dass auch der Bund diesen Begriff abschafft.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 16.09.2016

Der Bundesrat hat sich mit dieser Frage bereits im Rahmen der 5. IVG-Revision sowie in der Antwort auf die Motion Streiff 10.3699, "Invalid ist nicht mehr in", vom 28. September 2010 befasst. Die Analyse des Bundesrates hat jeweils ergeben, dass keine neue Bezeichnung die gewünschte Verbesserung bringen könnte, insofern als nur ein Ausdruck infrage kommt, der den Geltungsbereich des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) nicht verändert, der seinerseits nicht negativ belegt und in drei Sprachen übersetzbar ist. Ausserdem muss er mit den internationalen Normen vereinbar sein.

Das Argument der Unverhältnismässigkeit zwischen Administrativaufwand und erwartetem Nutzen wurde ebenfalls bereits ins Feld geführt. Denn die Einführung einer neuen Terminologie hätte zur Folge, dass die Bundesverfassung geändert werden müsste (zwingendermassen mit Volksabstimmung) sowie auch zahlreiche Bundesgesetze. Verschiedene internationale Sozialversicherungsabkommen müssten zudem angepasst und neu verhandelt werden.

Zu erwähnen ist überdies, dass der von der Motionärin vorgeschlagene Begriff "Menschen mit Behinderung" zu grosser Verwirrung führt, die es zu vermeiden gilt. Eine Person kann nämlich im Sinne einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nach Artikel 2 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG; SR 151.3) behindert sein, aber im Sinne von Artikel 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist sie nicht invalide, das heisst, sie ist nicht in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt. Der Vorschlag der Motionärin hätte Folgen für den Anspruch auf die von beiden Gesetzen vorgesehenen Leistungen, was nicht vertretbar wäre.

Der Bundesrat versteht das Anliegen der Motionärin, erachtet es aber aufgrund der genannten Gründe als sinnvoll, die heutige Terminologie beizubehalten.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 16.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (32)

ADDOR JEAN-LUC AMHERD VIOLA BULLIARD-MARBACH CHRISTINE BÉGLÉ CLAUDE CAMPELL DURI CAROBBIO GUSCETTI MARINA FLACH BEAT
GLÄTTLI BALTHASAR GRAF MAYA GROSSEN JÜRG HEIM BEA HESS LORENZ HUMBEL RUTH HÄSLER CHRISTINE INGOLD MAJA
KIENER NELLEN MARGRET LEUTENEGGER OBERHOLZER SUSANNE LOHR CHRISTIAN MARCHAND-BALET GÉRALDINE MOSER TIANA ANGELINA
MÜLLER-ALTERMATT STEFAN QUADRANTI ROSMARIE RITTER MARKUS ROMANO MARCO RYTZ REGULA SCHENKER SILVIA
SCHMID-FEDERER BARBARA SCHMIDT ROBERTO SCHNEIDER-SCHNEITER ELISABETH VOGLER KARL VON SIEBENTHAL ERICH
WALTER HANSJÖRG

THEMENGEBIETE (2)

Kultur Soziale Fragen

16.3331

MOTION

Neues Abkommen mit Frankreich über die Koordination der Sozialversicherungssysteme für Grenzgängerinnen und Grenzgänger

Eingereicht von: NANTERMOD PHILIPPE

FDP-Liberale Fraktion
FDP.Die Liberalen

Einreichungsdatum: 27.04.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird gebeten, Verhandlungen mit Frankreich einzuleiten, um ein bilaterales Abkommen über die Koordination der Sozialversicherungssysteme für Grenzgängerinnen und Grenzgänger abzuschliessen. Dieses Abkommen sollte den Anschluss der Grenzgängerinnen und Grenzgänger an die Sozialversicherung am Sitz des Arbeitgebers vorsehen. Das Abkommen könnte vor allem vorsehen, dass die erhobenen Beträge der Versicherung des anderen Staates rückerstattet werden und dass diese für allfällige Leistungen aufkommt.

BEGRÜNDUNG

Seit Anfang 2015 verlangen die französischen Sozialversicherungen von Schweizer Unternehmen, die Grenzgängerinnen und Grenzgänger beschäftigen, den Anschluss eines Teils dieser Beschäftigten an die Versicherung in Frankreich und die Bezahlung der Beiträge nach französischem Beitragssatz, und dies zum Teil rückwirkend bis zu drei Jahren.

Aufgrund von reglementarischen Änderungen der Beziehungen zwischen der Schweiz und der EU fordern die französischen Ausgleichskassen eine strikte Anwendung des Freizügigkeitsabkommens, wobei überhaupt nicht klar ist, welche Verpflichtungen der Anschluss an eine Versicherung umfasst.

Diese Situation könnte verheerende Auswirkungen auf die Schweizer Wirtschaft haben: Abgesehen davon, dass die Versicherung des Personals bei zwei unterschiedlichen Systemen einen immensen Bürokratismus mit sich bringt, sind die Anwendung von zwei verschiedenen Beitragssätzen und die rückwirkende Bezahlung unerschwinglich teuer. Und zur Krönung des Ganzen ist eine Unterscheidung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern, die dem französischen System unterstehen, von denen, die in der Schweiz versichert sind, eine kafkaeske Aufgabe.

Gleichzeitig beklagen sich die französischen Arbeitslosenkassen, dass seit dem 1. Juni 2009, als ein bilaterales Abkommen auslief, die Beiträge der französischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger nicht mehr an die französische Versicherung rückerstattet werden, obwohl diese die Leistungen auszahlt. Somit sind heute beide Länder, die Schweiz und Frankreich, Verlierer in diesem Streit. Und dabei weiss man, dass mehr und mehr Arbeitgeber wegen dieser Situation die Arbeitsverträge auflösen oder keine Grenzgängerinnen und Grenzgänger mehr anstellen.

Nach Artikel 8 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) können Mitgliedstaaten nach den Grundsätzen und im Geist dieser Verordnung miteinander Abkommen schliessen.

Demnach müssen die Staaten mittels Abkommen einen Ausweg aus dem heutigen Durcheinander finden. Ziel ist es, ein für alle Mal die Lage für die Arbeitgeber und die Angestellten zu klären, unnötige bürokratische Massnahmen zu vermeiden und die Rechtssicherheit, die heute fehlt, zu gewährleisten.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 29.06.2016

Die Koordinierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit zwischen der Schweiz und den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) ist seit 2002 im Freizügigkeitsabkommen geregelt (FZA; SR 0.142.112.681). Die Koordinierungsgrundsätze im Bereich Sozialversicherungen in Anhang II FZA sehen vor, dass u. a. für alle Arbeitnehmenden bei grenzüberschreitender Mobilität nur eine einzige nationale Gesetzgebung zur sozialen Sicherheit gilt, und zwar auch für Arbeitnehmende, die in mehreren Mitgliedstaaten erwerbstätig sind.

Die 2012 in Kraft getretene dritte Aktualisierung von Anhang II FZA (Übernahme der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der einschlägigen Rechtsakte) brachte administrative Vereinfachungen für Arbeitgeber in der Schweiz, die Grenzgängerinnen und Grenzgänger beschäftigen, die in ihrem Wohnsitzstaat einem Nebenerwerb nachgehen. Arbeitnehmende unterliegen nunmehr den Rechtsvorschriften über die soziale Sicherheit des Wohnsitzstaates nur dann,

wenn sie dort einen wesentlichen Teil (mehr als 25 Prozent) ihrer gesamten Tätigkeit ausüben. Das heisst: Ein Grenzgänger, der in Frankreich keinen wesentlichen Teil seiner Tätigkeit ausübt - entweder weil er für einen einzigen Arbeitgeber in der Schweiz tätig ist oder wenn er von zwei Arbeitgebern beschäftigt wird, wovon sich einer in der Schweiz und der andere in Frankreich befindet -, ist in der Schweiz versichert.

Alle an der europäischen Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit beteiligten Staaten wenden die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 an. Sie hält in Artikel 8 Paragraph 2 fest, dass zwei oder mehr Mitgliedstaaten bei Bedarf nach den Grundsätzen und im Geist dieser Verordnung Abkommen miteinander schliessen können. Mit Frankreich über ein Abkommen zu verhandeln, das vorsehen würde, alle Grenzgängerinnen und Grenzgänger in jedem Fall den Sozialversicherungen desjenigen Staates zu unterstellen, in dem sich der Sitz des Arbeitgebers befindet, stünde in direktem Widerspruch zu den Unterstellungsregeln der Verordnung. Arbeitgeber in der Schweiz würden zudem dazu gezwungen, Grenzgängerinnen und Grenzgänger unterschiedlich zu behandeln, je nachdem, ob sie in Frankreich oder in einem anderen EU-Staat wohnen. In einer Ausnahmevereinbarung festzuhalten, dass die erhobenen Beträge der Versicherung des anderen Staates rückerstattet werden und dass dieser für allfällige Leistungen aufkommt, widerspräche ebenfalls dem FZA.

Die französischen Institutionen hatten im ersten Halbjahr 2015 im Zuge einer Änderung in der französischen Gesetzgebung die Gelegenheit, Kontrollen zur Unterstellung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern unter die Sozialversicherungen durchzuführen. In einigen Hundert Fällen waren Arbeitnehmende fälschlicherweise der Schweizer statt der französischen Sozialversicherung unterstellt. Die betroffenen Schweizer Arbeitgeber mussten die geforderten Beiträge bezahlen, je nach Fall rückwirkend, wie dies die anwendbare französische Gesetzgebung erlaubt. Die fälschlicherweise an die Schweizer Sozialversicherungen einbezahlten Beiträge wurden zurückerstattet. In Bezug auf diese Abläufe bestand bei gewissen Arbeitgebern Unklarheit, weshalb die Bundesbehörden eine Task-Force eingerichtet haben, in der verschiedene Arbeitgeberorganisationen und AHV-Ausgleichskassen vertreten sind. Die Task-Force analysiert die Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Unterstellung unter die Sozialversicherungen mit Frankreich stellen. Das Ziel ist eine korrekte Anwendung der Regeln angesichts bisweilen komplexer Fälle, vor allem bei international besonders mobilen Arbeitnehmenden.

Die Unterstellung unter die Sozialversicherungen darf im Übrigen nicht mit der Lastenverteilung in der Arbeitslosenversicherung von Grenzgängerinnen und Grenzgängern verwechselt werden. Die europäischen Koordinationsbestimmungen enthalten dazu eine klare Regelung: Der letzte Beschäftigungsstaat des arbeitslosen Grenzgängers erstattet dem Wohnsitzstaat, der für die Ausrichtung der Arbeitslosenleistungen zuständig ist, die Kosten der Leistungen, die dieser Träger während der ersten drei beziehungsweise fünf Monate erbracht hat. Eine Beitragsrückvergütung ist indes nicht vorgesehen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 29.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (3)

BOURGEOIS JACQUES DERDER FATHI HILTPOLD HUGUES

THEMENGEBIETE (4)

Europapolitik Internationale Politik Migration Sozialer Schutz

16.3338

MOTION

Die abstinenzorientierte Drogenrehabilitation ist eine nationale Aufgabe und soll zur Erfolgsgeschichte werden

Eingereicht von: GEISSBÜHLER ANDREA MARTINA

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 27.04.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt:

1. die vier Säulen der Drogenpolitik gleichermaßen ideell und finanziell zu unterstützen;
2. unter der Therapiesäule eine abstinenzorientierte Drogenrehabilitation, d. h. eine Rehabilitation ohne Substitutionsbehandlung, aber mit vielseitigen, mehrjährigen Ausbildungsmöglichkeiten nach dem erfolgreichen Modell von San Patrignano (Italien), in der Schweiz zu etablieren;
3. den idealen Standort Prêles im Kanton Bern für dieses Vorhaben zu prüfen.

BEGRÜNDUNG

Gemäss Verfassung ist das höchste Ziel eine abstinenzorientierte Drogenrehabilitation. Nach dem geltenden Betäubungsmittelgesetz müssten die vier Säulen der Drogenpolitik gleichermaßen gefördert werden.

Heute muss festgestellt werden, dass die staatliche Heroin- oder Methadonabgabe keine Heilbehandlung ist, sondern eigentlich zur Säule Schadenminderung gezählt werden müsste.

Es fehlen in der Schweiz abstinenzorientierte, stationäre Therapieinstitutionen, welche den Klienten und Klientinnen eine grosse Auswahl von Berufslehren und Schulbildung anbieten und konsequent auf Drogenabstinenz ausgerichtet sind. Da wir einen markanten Anstieg von jungen Sozialhilfeempfängern, ungefähr 30 Prozent aller Bezügerinnen und Bezüger sind jünger als 18 Jahre, zu verzeichnen haben und bei vielen eine Drogenproblematik festzustellen ist, muss der Bund handeln.

Stellt man den Erfolg der staatlich geförderten Heroin- und Methadonabgabe (7 Prozent Ausstiegswillige) dem Erfolg des Drogenrehabilitationsprojektes von San Patrignano (72 Prozent Heilungsquote) gegenüber, müsste bei uns in der Schweiz dieses Drogentherapieort Nachahmung finden. Da im Kanton Bern das Jugendheim Prêles unterbesetzt ist und deshalb eine andere Benützung gesucht wird, wäre dieser Standort für alle Beteiligten eine Win-win-Situation.

Bei einer gleichmässigen Verteilung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel auf die vier Säulen ist diese Massnahme kostenneutral.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 22.06.2016

1. Die vier Säulen der Drogenpolitik - Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression - sind für den Bundesrat gleichwertig. Wesentlich für die anerkannten Erfolge dieser Politik sind eine gute Koordination und Abstimmung der Massnahmen und Akteure aller vier Säulen. Diese bewährte und ausgewogene Drogenpolitik findet nun in der vom Bundesrat verabschiedeten Nationalen Strategie Sucht 2017-2024 (siehe unter: www.bag.admin.ch) (<http://www.bag.admin.ch>)
> Themen > Alkohol, Drogen, Tabak, Sucht > Nationale Strategie Sucht) ihre Fortsetzung. Umgesetzt werden die Massnahmen der vier Säulen in erster Linie von den Kantonen. Bei den Ausgaben der öffentlichen Hand müssen folglich auch die Aufwendungen der Kantone und Gemeinden berücksichtigt werden. Wie eine Studie der Universität Neuenburg von 2005 (Jeanrenaud, Widmer und Pellegrini, 2005; Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final. Université de Neuchâtel) aufzeigte, fliesst der weitaus grösste Teil der öffentlichen Mittel in die Repression (61 Prozent), gefolgt von der Therapie (31 Prozent), der Schadenminderung (5 Prozent) und schliesslich in die Prävention (3 Prozent). Es gibt keine Hinweise, dass sich diese Ressourcenzuteilung zwischenzeitlich grundlegend geändert hat. Eine Gleichverteilung der Mittel - wie von der Motion gefordert - hätte also zur Folge, dass die Säulen Repression und Therapie zugunsten der Säulen Prävention und Schadenminderung zurückgefahren werden müssten.
Die Förderung der Abstinenz vom Betäubungsmittelkonsum gemäss Artikel 1 des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG; SR 812.121) ist und bleibt ein zentrales Ziel der bundesrätlichen Drogenpolitik. Dieses Ziel ist für schwer abhängige Menschen jedoch oft unerreichbar. Der in der Motionsbegründung dargelegte Heilungserfolg des abstinenzorientierten

Modells San Patrignano kann deshalb nicht verallgemeinert werden: Erstens gibt es keine allgemein anerkannten, wissenschaftlich fundierten Kriterien für eine erfolgreiche Heilung. Und zweitens hängt die Heilungsquote einer Rehabilitationseinrichtung zu einem wesentlichen Anteil vom Schweregrad der Abhängigkeit der behandelten Personen ab. Ohne Berücksichtigung des Profils der Klientinnen und Klienten sowie der institutions- und behandlungsspezifischen Charakteristiken lassen sich die Heilungsquoten auch nicht mit anderen Therapieansätzen vergleichen. Substitutionsbehandlungen richten sich an Menschen, die an einer chronischen Suchterkrankung leiden und gegenüber anderen Therapieformen resistent sind. Bei diesen Personen kann eine kontrollierte medikamentöse Substitutionsbehandlung gesundheitliche Folgeschäden verhindern und die soziale Verelendung aufhalten. Substitutionsbehandlungen bei Opiatabhängigkeit sind wissenschaftlich erprobt, gesetzlich verankert (Art. 3e BetmG) und werden von der Krankenkasse vergütet. Durch einen Verzicht auf diese Therapieform droht eine Rückkehr zu den offenen Drogenszenen der Neunzigerjahre mit entsprechenden Kosten für die Gesellschaft. Der Bundesrat lehnt deshalb eine nur auf Abstinenz ausgerichtete Therapie, wie sie die Motion fordert, ab.

2./3. Wie der Bundesrat bereits in der Stellungnahme zur Motion Geissbühler [14.3517](#) dargelegt hat, ist die Finanzierung der stationären, ambulanten sowie substitutionsgestützten Suchttherapie gemäss Artikel 3d BetmG ausschliesslich Sache der Kantone. Der Bundesrat hat in seinem Bericht vom 18. Dezember 2012 in Erfüllung des Postulates [10.3007](#), "Beschlagnahme Drogengelder für die Suchtrehabilitation", festgehalten, dass das bestehende Finanzierungssystem in der Suchthilfe nicht verändert werden sollte. Es hat sich kein Handlungsbedarf der Kantone bei der Finanzierung der stationären Suchttherapie gezeigt. Es ist eine kantonale Aufgabe, Therapieeinrichtungen zu eröffnen und entsprechende Standorte zu evaluieren (wie z. B. im Kanton Bern das Jugendheim Prèles). Der Bund unterstützt die Kantone im Bereich der Koordination, Qualitätssicherung, Information, Dokumentation sowie der Entwicklung konzeptueller Grundlagen der Suchttherapie. Auch legt der Bund bei der heroingestützten Behandlung die Rahmenbedingungen und die Zulassungskriterien fest und erteilt die entsprechenden Bewilligungen. Diese Aufgabenteilung hat sich in der Praxis bewährt und folgt dem Subsidiaritätsprinzip. Das Führen einer Bundeseinrichtung zur Drogenrehabilitation - wie von der Motion vorgeschlagen - ist deshalb abzulehnen. Es steht den Kantonen frei, eigene drogenpolitische Schwerpunkte zu setzen und zusätzliche therapeutische Einrichtungen zu bewilligen. Da die 59 schweizerischen Rehabilitations- und Entzugseinrichtungen, welche abstinenzorientierte Therapien anbieten, nicht voll ausgelastet sind (Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen, Bericht 2014, Infodrog), ist aus gesundheitsökonomischen Überlegungen nachvollziehbar, dass Kantone in dieser Hinsicht keinen Bedarf erkennen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 22.06.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (19)

ARNOLD BEAT BURGHERR THOMAS BÜHLER MANFRED CLOTTU RAYMOND DE COURTEN THOMAS ESTERMANN YVETTE
FLÜCKIGER-BÄNI SYLVIA FREHNER SEBASTIAN GLARNER ANDREAS HERZOG VERENA HESS ERICH IMARK CHRISTIAN
KELLER-INHELDER BARBARA SOLLBERGER SANDRA STEINEMANN BARBARA TUENA MAURO VON SIEBENTHAL ERICH WALLISER BRUNO
ZANETTI CLAUDIO

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3358

MOTION

Die berufliche Vorsorge mit der Säule 3a auch für erwerbstätige Personen über 70 Jahren ermöglichen

Eingereicht von: GRÜTER FRANZ

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 31.05.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

INGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, gesetzliche Anpassungen so vorzunehmen, damit in der Schweiz erwerbstätige Personen, die über 70 Jahre alt sind, weiterhin im Rahmen der beruflichen Vorsorge Einzahlungen auf das Säule-3a-Konto machen können. Die Alterslimitierung für Einzahlungen in die Säule 3a soll somit aufgehoben werden, solche Einzahlungen sollen jedoch weiterhin an die Bedingung der bezahlten Erwerbstätigkeit gebunden sein.

BEGRÜNDUNG

Die Schweizer Wirtschaft wird aufgrund der Entwicklungen der Alterspyramide zunehmend auch auf ältere Arbeitnehmer angewiesen sein. Wenn man bedenkt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung pro Jahr um etwa einen Monat steigt, so bedeutet dies, dass etwa alle 12 Jahre die Lebenserwartung um ein Jahr steigt. Dies ist erfreulich! Es bedeutet aber auch, dass viele Menschen heute viel rüstiger sind als früher und viele Menschen noch bis ins hohe Alter aktiv am Erwerbsprozess teilnehmen können und dies auch wollen. Somit sollte es auch im Interesse des Staates sein, dass für die berufliche Vorsorge möglichst lange einbezahlt wird. Und somit sollte es eigentlich auch im Interesse des Staates sein, wenn diese Leute weiter Ersparnis steuerlich privilegiert auf die Seite legen können im Rahmen des Säule-3a-Sparens. Insbesondere sind davon Selbstständigerwerbende betroffen, welche nicht ein grosses Vermögen angespart haben, und unter Umständen nicht BVG-versichert sind.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRAATES VOM 31.08.2016

Die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge der Schweiz beruht auf den drei Säulen eidgenössische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV), berufliche Vorsorge (BV) und gebundene Vorsorge (Säule 3a). Diese drei Säulen bauen aufeinander auf. Die Säule 3a als Teil dieser Vorsorge muss deshalb mit der ersten und zweiten Säule koordiniert sein.

In der AHV wie in der beruflichen Vorsorge kann der Beginn des Rentenbezuges schon heute bis fünf Jahre aufgeschoben werden. In der Säule 3a kann der Bezug der Altersleistung bis zum Ende der Erwerbstätigkeit, höchstens aber bis fünf Jahre über das ordentliche Rentenalter hinaus aufgeschoben werden. Beiträge an die Säule 3a können ebenfalls bis fünf Jahre über das ordentliche Rentenalter hinaus entrichtet werden, sofern gleichzeitig eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Die heutige Altersbegrenzung in der Säule 3a ist somit auf die AHV und die berufliche Vorsorge abgestimmt. Die altersmässige Beschränkung von heute 70 Jahren ist sachlich gerechtfertigt, ist die Förderung der Altersvorsorge doch steuerprivilegiert. Die Abschaffung der Altersgrenze in der Säule 3a würde zu Steuerausfällen führen, und zwar auch dann, wenn die Erwerbstätigkeit nur in geringem Ausmass weitergeführt wird. Zudem kann die Steuerbelastung durch den gestaffelten Bezug von mehreren 3a-Guthaben noch weiter gesenkt werden. Eine Aufhebung der altersmässigen Begrenzung in der Säule 3a würde schliesslich auch die Erwerbstätigkeit kaum in spürbarer Weise fördern. Der Bundesrat hält deshalb an seiner Stellungnahme zur Motion Reimann Maximilian 12.3229, "Verlängerung der gebundenen Selbstvorsorge (Säule 3a) bis zur endgültigen Aufgabe der Erwerbstätigkeit", fest. Er ist der Ansicht, dass die Altersgrenze, die zurzeit auch Gegenstand der Reform Altersvorsorge 2020 ist, weiterhin in allen drei Säulen der Altersvorsorge koordiniert und bei 70 Jahren bleiben soll.

ANTRAG DES BUNDESRAATES VOM 31.08.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (36)

AEBI ANDREAS AMAUDRUZ CÉLINE AMSTUTZ ADRIAN ARNOLD BEAT BURKART THIERRY DETTLING MARCEL DOBLER MARCEL
ESTERMANN YVETTE FLÜCKIGER-BÄNI SYLVIA GASCHE URS GEISSBÜHLER ANDREA MARTINA GIEZENDANNER ULRICH
GLANZMANN-HUNKELER IDA GLARNER ANDREAS GMÜR ALOIS GRUNDER HANS HAUSAMMANN MARKUS HESS ERICH HESS HERMANN
IMARK CHRISTIAN JAUSLIN MATTHIAS SAMUEL KELLER-INHELDER BARBARA MÜLLER LEO MÜRI FELIX REIMANN MAXIMILIAN RUPPEN FRANZ
RUTZ GREGOR RÖSTI ALBERT SCHWANDER PIRMIN SOLLBERGER SANDRA STEINEMANN BARBARA TUENA MAURO VON SIEBENTHAL ERICH
WOBMANN WALTER ZANETTI CLAUDIO ZUBERBÜHLER DAVID

THEMENGEBIETE (2)

Soziale Fragen Sozialer Schutz

16.3389

MOTION

Das BFS zum echten Kompetenzzentrum für Statistik machen

Eingereicht von: BIGLER HANS-ULRICH

FDP-Liberale Fraktion

FDP.Die Liberalen

Einreichungsdatum: 07.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

INGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen anzupassen, um die Stellung des Bundesamtes für Statistik (BFS) als nationales Kompetenzzentrum für Statistik zu sichern. Insbesondere soll das BFS alle Statistiken des Bundes koordinieren und die alleinige Kompetenz erhalten, die Teilnahme an einer Statistik dem Obligatorium zu unterstellen. Andere Bundesämter oder Stellen, die statistische Erhebungen machen wollen, müssen dies über das BFS abwickeln, und das BFS entscheidet alleine, ob und wann die Erhebungen durchgeführt werden und ob sie dem Obligatorium unterstellt werden. In regelmässigen Abständen soll das BFS dem Parlament berichten, wie viele Statistiken pro Jahr für obligatorisch erklärt wurden und wie viele Regulierungskosten sie bei den Teilnehmenden verursachten.

BEGRÜNDUNG

Vor allem für KMU-Betriebe sind die zahlreichen obligatorischen Statistiken eine empfindliche Zusatzbelastung, weil sie neben dem üblichen Tagesablauf ausgefüllt werden, eine nicht selten aufwendige Suche nach Informationen voraussetzen und oft zwei- bis dreimal Gleiches fragen. Einige Statistiken verlangen sogar den Einsatz von vorgegebenen Kalkulationsformeln, Raumabmessungen und anderen Handlungen, die zu Zeitverlust führen und Kosten generieren. Was die Wirtschaft wirklich unnötig belastet, ist die Anzahl der Statistiken von verschiedenen Bundesämtern, die jeweils ähnliche, aber nie ganz gleiche Angaben verlangen. Einige Betriebe müssen bis zu 30 verschiedene Statistiken pro Jahr ausfüllen, die allesamt obligatorisch erklärt wurden. Die wenigsten dieser Statistiken kommen von oder über das BFS, sondern werden unkoordiniert den Unternehmen zugestellt, zum Beispiel seitens des BFE, BAG oder Bafu. In Eigenregie erklären diese Ämter ihre jeweiligen Erhebungen auch für obligatorisch.

Diese Motion will die legitimen Statistik-Interessen der Schweiz mit der Entlastung der Wirtschaft verbinden. Die grosse Belastung der Unternehmen entsteht mit der mangelnden Koordination. Wenn das BFS, wie diese Motion es verlangt, zum nationalen Kompetenzzentrum für Statistik wird, müsste es alle statistischen Erhebungen koordinieren. Das BFS alleine könnte so die Anzahl und den Rhythmus der Erhebungen steuern sowie ihre Zumutbarkeit für die Wirtschaft. Alleine das BFS hätte auch die Kompetenz, bestimmte Statistiken dem Obligatorium zu unterstellen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 16.09.2016

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass durch die verschiedenen statistischen Erhebungen des Bundes für Unternehmen im KMU-Bereich eine hohe Belastung entstehen kann.

Das BFS ist die zentrale Statistikstelle des Bundes (Art. 10 BStatG; SR 431.01) und hat auch die entsprechende Koordinationsfunktion (Art. 11). In dieser Funktion setzte es in den vergangenen Jahren zahlreiche Massnahmen zur Entlastung der befragten Unternehmen um und treibt diese weiter voran. Mit der ebenfalls im BStatG verankerten, teilweise dezentralen Ansiedelung von statistischen Aufgaben soll aber der Umstand genutzt werden, dass das in einzelnen Ämtern vorhandene Fachwissen über im Gesetzesvollzug anfallende Daten und die eigenen administrativen Prozesse direkt für die Statistikproduktion im jeweiligen Spezialgebiet genutzt werden kann. Eine Ausweitung der Aufgaben des BFS im vom Motionär geforderten Umfang bedeutet, dass im BFS mit den entsprechenden Ressourcen die notwendige Fachkompetenz für die Abwicklung von teilweise sehr spezifischen Erhebungen aufgebaut werden müsste. Bereits heute untersteht die Anordnung von Erhebungen - freiwillig und obligatorisch (Art. 5 in Verbindung mit Art. 6 Abs. 4 BStatG) - ausschliesslich dem Bundesrat.

Der Bundesrat hat im statistischen Mehrjahresprogramm 2016-2019 (www.bfs.admin.ch)

(<http://www.bfs.admin.ch>)

> Institutionen > Öffentliche Statistik > Bundesstatistik > Mehrjahresprogramm) festgelegt, dass die Koordination der Planungsprozesse der Produzenten der Bundesstatistik weiter verbessert werden soll. Ziel ist es, Aufgaben dort

anzusiedeln, wo sie am effizientesten umgesetzt werden können. Dazu sind eine systematische Erfassung der statistischen und fachlichen Kompetenzen im System der Bundesstatistik sowie der Auf- und Ausbau der entsprechenden, institutionalisierten Koordinationsplattformen vorgesehen. Ein weiterer Auftrag aus dem Mehrjahresprogramm ist eine weiterentwickelte Erfassung der Belastung der Befragten. Wie der Bundesrat in seiner Antwort auf die Motionen Schibli [15.3439](#) und Giezendanner [15.3433](#) ausgeführt hat, wird dabei laufend geprüft, wie mittels einer optimierten Koordination der Statistikproduzenten des Bundes bei der Durchführung von Erhebungen bzw. bei der Verwendung bereits verfügbarer Register- und Administrativdaten die Belastung der befragten Unternehmen, natürlichen Personen, aber auch der Kantone und Gemeinden gesenkt werden kann. Diese Massnahmen beruhen unter anderem auf den Schlussfolgerungen aus der "Aufgabenüberprüfung Statistiksistem Schweiz", welche das BFS 2013 im Auftrag des EDI in Zusammenarbeit mit den Departementen durchgeführt hat. Mit der Verabschiedung des Mehrjahresprogramms 2016-2019 hat der Bundesrat auch den Auftrag gegeben, die Überprüfung des Portfolios der statistischen Aktivitäten auf eventuelle Doppelspurigkeiten neu jährlich durchzuführen. Damit befindet sich ein Grossteil der zur Umsetzung der Anliegen der Motion notwendigen Massnahmen bereits in der Umsetzungsphase, oder ihre Umsetzung wird aktuell vorbereitet.

Die mit der Motion bezweckte Entlastung der befragten Unternehmen im Statistikbereich kann der Meinung des Bundesrates nach mit den erwähnten Massnahmen erreicht werden. Er ist aber bereit, die Erfüllung der der Motion zugrunde liegenden Anliegen im Rahmen der jährlichen Evaluation der Umsetzung des Mehrjahresprogramms gezielt prüfen zu lassen und bei Bedarf zusätzliche Massnahmen in Auftrag zu geben.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 16.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (10)

EGLOFF HANS FELLER OLIVIER GROSSEN JÜRGEN MARTULLO-BLOCHER MAGDALENA MATTER THOMAS MÜLLER LEO REGAZZI FABIO
SCHILLIGER PETER SCHNEEBERGER DANIELA SOLLBERGER SANDRA

THEMENGEBIETE (2)

Staatspolitik Wirtschaft

16.3401

MOTION

Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen verbindlich umsetzen

Eingereicht von: HARDEGGER THOMAS

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 08.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 58 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), "Qualitätssicherung", so anzupassen, dass der Bundesrat sicherstellen kann, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Nutzen, zu Risiken und zur Effizienz einzelner Leistungen bezüglich Qualitätssicherung laufend überprüft werden und dafür gesorgt wird, dass sie gegebenenfalls verbindlich umgesetzt und kontrolliert werden.

BEGRÜNDUNG

Sowohl die Stiftung für Patientensicherheit als auch die Swissoso oder aktuell die publizierten Studienergebnisse der Schweizerischen Gesellschaft für allgemeine innere Medizin (SGAIM) zeigen aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse relevante Qualitätsmängel und Verbesserungsmöglichkeiten bei bestimmten Leistungen des Gesundheitswesens auf. Die Erkenntnisse werden in der Regel nicht bestritten, jedoch fehlt es am Vollzug bei der Anwendung bzw. Änderung der Therapie. Der Vollzug basiert auf Freiwilligkeit und verlangt die Einsicht der Leistungserbringer. Der Vollzug untersteht jedoch keiner Kontrolle und wird auch nicht eingefordert. Die Konsequenzen tragen die Patientinnen und Patienten. Diese können bei einem Gesundheitsschaden infolge der Nichtberücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse nur im Einzelfall über die Beweisführung einer möglichen Sorgfaltspflichtverletzung mit bleibendem Gesundheitsschaden Schadenersatz einfordern. Die Folgen von Fehlbehandlungen aufgrund der Nichtberücksichtigung von wissenschaftlichen Erkenntnissen trägt allein die Patientin oder der Patient, ohne dass dies Konsequenzen für das leistungserbringende Fachpersonal bzw. die Institution hätte.

Die Patientin oder der Patient ist kaum in der Lage, die Veränderungen der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu verfolgen und deren Vollzug in der eigenen Behandlung einzufordern. Ebenso wenig kann sie oder er deren korrekte Anwendung bzw. den angezeigten Verzicht überprüfen oder bemängeln.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 31.08.2016

Die Motion spricht die Qualitätsentwicklung im Zusammenhang mit vermeidbaren medizinischen Zwischenfällen (Art. 58 KVG) und die Überprüfung der Wirksamkeit der Leistungen (Art. 32 KVG) an.

Für den Bundesrat besteht im Bereich der Qualitätsentwicklung Handlungsbedarf. Es ist davon auszugehen, dass sich in den schweizerischen Spitälern rund 2000 bis 3000 Todesfälle pro Jahr wegen vermeidbarer medizinischer Zwischenfälle ereignen. Hinzu kommen der ambulante Sektor und der Rehabilitations-, Psychiatrie- und Langzeitbereich, zu denen bisher kaum Forschungsergebnisse vorliegen; in diesen Bereichen ist jedoch mit ähnlichen Dimensionen zu rechnen. Handlungsbedarf ortete auch das Parlament. Es hat in den letzten Jahren diverse Motionen überwiesen, die Aufträge zur Optimierung der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit enthielten. Der Bundesrat setzte die vorgenannten Motionen um, indem er dem Parlament am 4. Dezember 2015 die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit; BBl 2016 257) überwies. Der Ständerat trat am 16. Juni 2016 auf die Vorlage nicht ein. Die Vorlage geht nun an den Nationalrat.

Mit der Vorlage setzt der Bundesrat seine Qualitätsstrategie im schweizerischen Gesundheitswesen vom 9. Oktober 2009 um. Danach sorgt der Bund dafür, dass valide, adäquate, stufen- und zielpublikumsgerechte Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen, aufgrund derer die verschiedenen Akteure des Versorgungssystems qualitätsrelevante Sachverhalte erkennen, Entscheidungen treffen und Massnahmen ergreifen können. Der Bund erarbeitet mit den Stakeholdern in den verschiedenen Bereichen Qualitätsindikatoren. Die Daten werden veröffentlicht (Art. 59a KVG). Die in der Motion geforderte Überprüfung und Kontrolle wird auf diesem Wege sichergestellt. Die durch die Veröffentlichung entstehende Transparenz soll die Selbstregulierung der Leistungserbringer fördern. Der Bundesrat geht davon aus, dass die sich aus

der Transparenz ergebende selbstmotivierte, lokale und freiwillige Qualitätsentwicklung wirkungsvoller ist als autoritative Qualitätssicherungsmassnahmen.

In Bezug auf die Überprüfung der Wirksamkeit medizinischer Leistungen will der Bundesrat die Leistungen und Gesundheitstechnologien systematischer auf ihren Nutzen hin überprüfen lassen und damit die Effizienz und Qualität im Gesundheitssystem steigern. Nichtwirksame und nichteffiziente Leistungen sollen vermehrt identifiziert und von der Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ausgeschlossen werden. In diesem Zusammenhang wird der Bund seine Aktivitäten bezüglich Health Technology Assessment (HTA) in den nächsten Jahren schrittweise erweitern. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) baut entsprechend ein HTA-Programm zur systematischen periodischen Reevaluation von bereits von der OKP vergüteten Leistungen auf. Erste Überprüfungen sind beauftragt.

Aufgrund der Gesetzesvorlage, die zurzeit im Parlament behandelt wird, die einen grossen Teil der Forderungen in der Motion enthält, und angesichts der geplanten Massnahmen im Bereich HTA lehnt der Bundesrat die Motion ab.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 31.08.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (20)

AEBISCHER MATTHIAS BARRILE ANGELO BIRRER-HEIMO PRISCA FERI YVONNE FRIDEZ PIERRE-ALAIN FRIEDL CLAUDIA GRAF-LITSCHER EDITH HADORN PHILIPP HÄSLER CHRISTINE INGOLD MAJA JANS BEAT LOHR CHRISTIAN MUNZ MARTINA NUSSBAUMER ERIC REYNARD MATHIAS SCHENKER SILVIA SCHMID-FEDERER BARBARA SEMADENI SILVA WEIBEL THOMAS WERMUTH CÉDRIC

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3410

MOTION

Keine Prämien erhöhungen für Präventionsprogramme

Eingereicht von: FREHNER SEBASTIAN

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 09.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird aufgefordert, auf weitere Prämienzuschläge zu Präventionszwecken zu verzichten. Die Finanzierung neuer Projekte und Präventionsfelder soll durch die Streichung alter und unnötiger Tätigkeiten kompensiert werden.

BEGRÜNDUNG

Obschon bereits die heutigen Präventionstätigkeiten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und anderer staatlich finanzierter Gesundheitsakteure in der Kritik stehen, möchte der Bundesrat den Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung, der über einen KVG-Prämienzuschlag erhoben wird, verdoppeln. Es werden immer mehr Aktivitäten aufgebaut, selten aber welche abgebaut.

Zudem hat die staatliche Präventionstätigkeit die offensichtliche Tendenz, auf die persönlichen Einstellungen, Lebenswelten und den individuellen Lebensstil Einfluss geltend machen zu wollen. Immer mehr Bereiche kommen dadurch unter staatliche Kontrolle, werden überwacht und ge- respektive besteuert. Dies widerspricht dem Subsidiaritätsprinzip und einer freiheitlichen Ordnungspolitik.

In den meisten Fällen fehlt darüber hinaus eine Abschätzung der Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen. Es scheint so, dass damit nur der Bürokratieapparat und der Einfluss der Gesundheitsfunktionäre ausgebaut werden sollen. Ein eigentliches Präventionsgesetz wurde vom Parlament jedoch abgelehnt. Diesen Bereich nun doch weiter mit Prämien erhöhungen ausbauen zu wollen ist daher ein Affront gegenüber dem Parlament und gegenüber den Prämienzahlern. Die Wahlfreiheit als Alternative zur Bevormundung der mündigen Bürger muss hochgehalten werden.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 16.09.2016

Für den Bundesrat besteht im Bereich der Prävention psychischer sowie nichtübertragbarer chronischer Krankheiten ein ausgewiesener Handlungsbedarf. Dies zeigen einerseits der vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik am 29. Mai 2015 verabschiedete Bericht "Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahmen und Handlungsfelder" (www.bag.admin.ch)

(<http://www.bag.admin.ch>)

> Themen > Gesundheitspolitik > Psychische Gesundheit) sowie die vom Bundesrat am 6. April 2016 gutgeheissene Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017-2024 (NCD-Strategie); (www.bag.admin.ch)

> Themen > Krankheiten und Medizin > NCD-Strategie - nichtübertragbaren Krankheiten vorbeugen).

Des Weiteren besteht aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung die Notwendigkeit, die Aktivitäten im Bereich der Zielgruppe ältere Menschen auszubauen. Gemäss den Hochrechnungen aus dem am 25. Mai 2016 vom Bundesrat verabschiedeten Bericht "Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege" (www.bag.admin.ch)

(<http://www.bag.admin.ch>)

> Themen > Krankenversicherung > Publikationen > Berichte) werden sich die Ausgaben für die Langzeitpflege von rund 6 Milliarden Franken (2011) bis 2045 verdreifachen. Die Hauptbetroffenen dieses finanziellen Anstiegs werden die Kantone und die privaten Haushalte sein. Um den Herausforderungen zu begegnen, sind vielfältige Massnahmen erforderlich.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) den Beitrag für die allgemeine Krankheitsbekämpfung (KVG-Prämienzuschlag) auf Antrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz am 1. Juli 2016 für die kommenden Jahre neu festgesetzt (SR 832.108, AS 2016 2695 und AS 2016 2697).

Der Antrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz auf Erhöhung des KVG-Prämienzuschlags wurde unter anderem in einer fakultativen Vernehmlassung von April bis Juni 2016 geprüft. Deren Ergebnisse zeigen, dass die grosse Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden (84 Prozent bzw. 133 von 159 Rückmeldungen) die Erhöhung des KVG-Prämienzuschlags befürwortete. So begrüsst insbesondere die grosse Mehrheit der Kantone (20) die Erhöhung.

Lediglich zwei Kantone lehnten die Erhöhung vollständig ab (siehe dazu: https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2775/Bericht_Krankheit.pdf). Verschiedene kritische Anmerkungen aus der Vernehmlassung wurden zudem aufgenommen. So wird eindeutig festgehalten, dass der Betrag bis mindestens Ende 2024 nicht mehr erhöht wird. Zudem werden die Einzelheiten der Verwendung der Mittel auf der Grundlage eines regelmässigen Monitorings - wie von verschiedener Seite gefordert - jährlich neu beurteilt. Überdies wird das EDI den zuständigen Kommissionen der eidgenössischen Räte jährlich über die Verwendung der Mittel Bericht erstatten. Zudem wird die finanzielle Belastung der Versicherten aufgrund dieses vergleichsweise geringen zusätzlichen Beitrags kaum erhöht: Bei der Einführung des KVG-Prämienzuschlags im Jahr 1998 entsprach der Beitrag von Fr. 2.40 pro Jahr und versicherter Person 0,15 Prozent der damaligen Standardprämie (Standardprämie: Erwachsene mit 300 Franken Franchise und Unfalldeckung). Heute entspricht dieser Beitrag 0,04 Prozent der Standardprämie 2015. Mit der ersten Erhöhung des KVG-Prämienzuschlags auf Fr. 3.60 entspricht der Beitrag 0,06 Prozent der Standardprämie 2015. Mit der Festsetzung des Beitrags auf Fr. 4.80 ab dem Jahr 2018 wird der Beitrag 0,08 Prozent der Standardprämie 2015 entsprechen. Angesichts des Handlungsbedarfs im Bereich psychische Gesundheit, Alter und Prävention in der Gesundheitsversorgung sowie der hohen volkswirtschaftlichen Kosten, welche durch nichtübertragbare chronische Krankheiten verursacht werden (2011 beliefen sich die direkten medizinischen Kosten aller nichtübertragbaren chronischen Krankheiten auf 51,7 Milliarden Franken), ist die zusätzliche finanzielle Belastung der Versicherten vertretbar. Zudem werden sich Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung langfristig positiv auf die Entwicklung der Gesundheitskosten auswirken und durch eine Dämpfung des Kostenanstiegs auch zur Entlastung der Prämienzahlenden beitragen, womit eine verstärkte Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen über den Prämienzuschlag sachlich gerechtfertigt ist. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz publiziert regelmässig die Ergebnisse der durchgeführten Wirkungsanalysen und Evaluationen (www.gesundheitsfoerderung.ch) (<http://www.gesundheitsfoerderung.ch>)

> Public Health > Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention > Wirkung). Nicht zuletzt sei - wie in der Antwort des Bundesrates vom 3. Juni 2016 auf die Interpellation Gmür 16.3182, "Kostenentwicklung bei Prävention und Gesundheitsförderung", ausgeführt - darauf hingewiesen, dass die Ausgaben des Bundes im Bereich Prävention in den letzten zehn Jahren um rund 12,4 Millionen Franken von 32,2 Millionen Franken im Jahr 2005 auf 19,8 Millionen Franken im Jahr 2015 gekürzt wurden.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 16.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (6)

BRUNNER TONI DE COURTEN THOMAS GIEZENDANNER ULRICH HESS LORENZ PEZZATTI BRUNO SAUTER REGINE

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3414

MOTION

Investitionen von Pensionskassen in nichtbörsenkotierte Unternehmen erleichtern

Eingereicht von: BÉGLÉ CLAUDE

CVP-Fraktion

Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz

Einreichungsdatum: 09.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2) anzupassen, um es den Pensionskassen zu erleichtern, sich an nichtbörsenkotierten Unternehmen zu beteiligen. In diesen Zeiten negativer Zinsen würden dadurch die Anlagemöglichkeiten der Pensionskassen nutzbringend erweitert, und gleichzeitig würde deren Rolle als verantwortungsvolle Anleger in der Realwirtschaft erheblich gestärkt. Gemäss der BVV 2 gelten Investitionen in nichtbörsenkotierte Unternehmen (Private Equity) als alternative, das heisst spekulative Anlagen. Diese Einteilung hemmt Investitionen in solche Unternehmen.

Man sollte deshalb die Kategorie "Private Equity" der Liste der klassischen Anlagen in Artikel 53 Buchstabe d hinzufügen.

Artikel 55, der die Begrenzungen der Anlagekategorien festlegt, sollte zudem die Kategorie "nichtbörsenkotierte Unternehmen" hinzugefügt werden. Die Begrenzung für diese Kategorie könnte beispielsweise bei 20 Prozent liegen, also leicht über der für alternative Anlagen festgesetzten Grenze von 15 Prozent.

Diese Änderungen sind einfach vorzunehmen. Sie würden zu einer wesentlichen Öffnung des Marktes beitragen und dadurch die neuen Wachstumssektoren der Schweizer Wirtschaft wirksam unterstützen.

BEGRÜNDUNG

Die Umsetzung dieses Vorstosses wäre ein Schritt hin zu einem gut funktionierenden Markt und würde ihn gleichzeitig vor Missbrauch schützen. Sie würde eine Haltung unterstützen, die nicht kurzfristige Gewinne anstrebt, sondern wieder langfristige Investitionen in Erwägung zieht.

Weiter würde sie es wieder attraktiv machen, sich an nichtbörsenkotierten Unternehmen zu beteiligen, denn diese Anlageform ist in letzter Zeit wegen der als zu hoch eingestuften Verwaltungskosten etwas vernachlässigt worden. Ausserdem würde sie einigen der 577 500 nichtbörsenkotierten Schweizer Unternehmen eine willkommene finanzielle Unterstützung bringen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 31.08.2016

Der Bundesrat hat sich bereits verschiedentlich zu diesem Thema geäussert, namentlich im Rahmen der Beantwortung der Motion Graber Konrad 13.4184, "Langfristanlagen von Pensionskassen in zukunftssträchtige Technologien und Schaffung eines Zukunftsfonds Schweiz", der Motion Weibel 15.3905, "Infrastrukturanlagen für Pensionskassen attraktiver machen", und der Interpellation Derder 16.3129, "Wird der Bundesrat Modalitäten und Massnahmen vorschlagen, um die Pensionskassen zu Investitionen in die lokale Wirtschaft anzuregen, wie dies das Parlament verlangt?".

Anlagen in nichtkotierte Aktien/Private Equity sind heute gemäss den Anlagevorschriften der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2; SR 831.441.1) möglich und werden von den Vorsorgeeinrichtungen auch vorgenommen. Ausserdem sind Vorsorgeeinrichtungen in ihren Anlagen relativ frei, wenn sie die Sorgfaltspflicht einhalten und der Sicherheit, der Risikofähigkeit und der Diversifikation die nötige Aufmerksamkeit schenken. Sie können auch Anlagelimiten überschreiten, wenn sie dies begründen können. Angesichts der vergleichsweise liberalen Ausgestaltung der Anlagevorschriften in der beruflichen Vorsorge ist nicht zu erwarten, dass Änderungen derselben das Anlageverhalten der Vorsorgeeinrichtungen wesentlich beeinflussen werden. Viel entscheidender sind die finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtungen, ihre Risikofähigkeit und die relative Attraktivität der entsprechenden Anlagen.

Anlagen in nichtkotierte Aktien/Private Equity werden, auch im internationalen Rahmen, zu Recht als alternative Anlagen behandelt. Sie sind oft illiquide, und ihre Bewertung ist meist schwierig. Vorsorgeeinrichtungen benötigen für solche Anlagen ein spezialisiertes Know-how. Investitionen in Private Equity sind kostenintensiv und weisen ein hohes Risiko auf.

Im Gegensatz zu kotierten Anlagen gibt es bei diesen Anlagen auch keine Börsen, die für einen geregelten Ablauf des Handels sorgen, die Vertrauenswürdigkeit des Marktteilnehmers sicherstellen oder ein rasches und aussagekräftiges Reporting der gehandelten Gesellschaften bewirken. Die unterschiedliche Behandlung von klassischen Aktienanlagen einerseits und nichtkотиerten Aktien/Private Equity andererseits in den Anlagevorschriften der zwangsgesparten Gelder der beruflichen Vorsorge ist deshalb gerechtfertigt, sinnvoll und hat sich bewährt. Die aktuelle Regelung ist daher beizubehalten.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 31.08.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (2)

Finanzwesen Sozialer Schutz

16.3461

MOTION

Anpassung der Generikapreise

Eingereicht von: PANTANI ROBERTA

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Lega dei Ticinesi

Einreichungsdatum: 15.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament einen Gesetzentwurf zu unterbreiten, mit dem die Preisunterschiede zwischen den Generika, die im Ausland verkauft werden, und den in der Schweiz verkauften Generika beseitigt werden sollen.

BEGRÜNDUNG

Mit dieser Motion wird der Bundesrat beauftragt, zum Schutz der Schweizer Bürgerinnen und Bürger und der in der Schweiz ansässigen Personen und zum Schutz ihrer Interessen dafür zu sorgen, dass die Preise der Generika angemessen sind. Die Konsumentinnen und Konsumenten sowie die Wettbewerbsfähigkeit müssen geschützt werden. Die Preisunterschiede zwischen den Generika, die im Ausland verkauft werden, und den in unserem Land verkauften Generika betragen bis zu 50 Prozent; das ist unangemessen und ungerechtfertigt.

Laut der Direktorin von Santésuisse, Verena Nold, könnte die Schweizer Bevölkerung beim Kauf von Generika jährlich bis zu einer Milliarde Franken einsparen. Es gibt jedoch keinerlei Anzeichen dafür, dass die Preise sinken, was allein den Interessen der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft geschuldet sein soll. Die Interessen und die Gewinne, die auf dem Spiel stehen, sind einfach zu hoch.

Selbst in Norwegen, dem teuersten der Referenzländer, sind die Generika rund 30 Prozent günstiger. Berücksichtigt man ausserdem, dass ein Grossteil der Generika im Ausland hergestellt wird, so müssten die Preise aufgrund der Dollar- und Euroschwäche für die Schweizer Bevölkerung sinken - das jedoch ist noch nie passiert.

Die Preise für Generika werden anders festgelegt als die Preise für Originalpräparate. Sie hängen von den Gewinnen ab, die mit den Wirkstoffen der Originalpräparate erzielt werden. Die Generikapreise werden vom Bundesrat und von Swissmedic festgelegt, gestützt auf Kriterien, die überarbeitet werden müssen, da sie die Interessen der Konsumentinnen und Konsumenten sowie den Grundsatz, dass die Preise wettbewerbsfähig sein müssen, nicht berücksichtigen.

Die Schweizer Bevölkerung sieht sich ohnehin schon mit hohen und von Jahr zu Jahr steigenden Gesundheitskosten konfrontiert. Es ist nicht nachvollziehbar, warum sie auch für die Generika deutlich mehr bezahlen muss. In den Grenzregionen würde eine Anpassung der Generikapreise zudem die Wirtschaft und den lokalen Handel ankurbeln und so den Einkaufstourismus ins Ausland abschwächen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

In seinen gesundheitspolitischen Prioritäten Gesundheit 2020 hat der Bundesrat vorgesehen, dass das System der Preisfestsetzung für die Arzneimittel weiterentwickelt wird. Generika sollen gefördert und das Kostenwachstum im Medikamentenbereich soll stabilisiert werden. Im Jahr 2014 hat der Bundesrat entschieden, dass für den Bereich patentabgelaufener Arzneimittel ein Referenzpreissystem eingeführt werden soll, um in diesem Bereich weitere Einsparungen zu erzielen und die Preise der Generika in der Schweiz den Preisen der Referenzländer anzunähern. Die Einführung eines Referenzpreissystems ist entsprechend Teil der Legislaturziele des Bundesrates. Die Vernehmlassung über die dazu notwendige Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) soll noch dieses Jahr eröffnet werden.

Da mit der Einführung eines Referenzpreissystems nicht vor dem Jahr 2019 gerechnet werden kann, hat der Bundesrat entschieden, dass bereits ab dem Jahr 2017 die Regelungen zur Wirtschaftlichkeit von Generika in der Schweiz angepasst werden sollen. Der Bundesrat hat die vorgesehenen neuen Regelungen am 6. Juli 2016 in die Vernehmlassung gegeben. Vorgesehen ist einerseits, die Mindestabstände von Generika zu den Originalpräparaten im Rahmen der Neuaufnahme und der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre zu erhöhen. Andererseits sollen auch Anpassungen im Bereich des differenzierten Selbstbehalts von patentabgelaufenen Arzneimitteln zu tieferen Preisen in diesem Bereich führen. Mit diesen Massnahmen sollen auch die Preisabstände zum Ausland verringert werden. Aufgrund von

Schätzungen vonseiten der Pharmaindustrie rechnet der Bundesrat mit Einsparungen zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von bis zu 80 Millionen Franken ab dem Jahr 2020.

Die Zielsetzung der Motion, die Kostenunterschiede zum Ausland im Generikabereich zu verringern, entspricht den vom Bundesrat bereits vorgesehenen Massnahmen. Er beantragt darum die Ablehnung der Motion.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (1)

QUADRI LORENZO

THEMENGEBIETE (2)

Gesundheit Wirtschaft

16.3498

MOTION

Prämien für die obligatorische Krankenversicherung. Höchstens 10 Prozent des Haushaltbudgets!

Eingereicht von: SOZIALDEMOKRATISCHE FRAKTION

Sprecher/in: CAROBIO GUSCETTI MARINA

Einreichungsdatum: 16.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird ersucht, das Krankenversicherungsgesetz und allenfalls weitere Gesetzesgrundlagen dahingehend zu ändern, dass kein Haushalt mehr als 10 Prozent seines Haushaltbudgets für Prämien der obligatorischen Krankenversicherung aufwenden muss.

Dabei gewährleistet er, dass die Änderungen keine negativen Auswirkungen auf die Situation der Haushalte haben, die bereits heute in den Genuss von Prämienverbilligungen kommen.

BEGRÜNDUNG

Zur sozialen Abfederung der einkommensunabhängigen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wurde bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 die individuelle Prämienverbilligung für Versicherte in einfachen Verhältnissen geschaffen. Der Bund beteiligt sich derzeit mit 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP an der Finanzierung der Prämienverbilligung. Die Kantone sind mit der konkreten Ausgestaltung und der weiteren Finanzierung beauftragt.

Die Krankenkassenprämien sind seit Einführung des KVG massiv angestiegen und belasten die Haushaltbudgets sehr stark. Familien und Einzelpersonen wenden gemäss Berichten des Bundesamtes für Gesundheit bis über 20 Prozent ihres Hauhalteinkommens für die Prämien der OKP auf. Dem steht gegenüber, dass die Prämienverbilligung in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich gehandhabt wird und die zur Verfügung stehenden Mittel in vielen Kantonen der Sparschere zum Opfer fallen. Dies führt dazu, dass das Mittel der Prämienverbilligung ungenügend funktioniert. Um dem Willen des Gesetzgebers nach einer sozialen Finanzierung der Grundversicherung Rechnung zu tragen, braucht es deshalb klarere nationale Mindestanforderungen; diese sollen die finanzielle Last der Versicherten vorab für mittlere Einkommen nach oben begrenzen, unter Wahrung der heutigen Entlastung der unteren Einkommen. Bei der Erarbeitung des KVG setzte der zuständige Bundesrat das Ziel einer maximalen Belastung der Haushalte durch die OKP-Prämien von 8 Prozent der Haushaltskosten. Die Entwicklung der Gesundheitskosten und die unterschiedliche Finanzierung von stationären und ambulanten Behandlungen führen dazu, dass dieses Ziel bei Weitem nicht erreicht wird. Der Bundesrat soll deshalb eine Regelung zu einer maximalen Haushaltbelastung von 10 Prozent erarbeiten, unter Berücksichtigung der bisherigen Finanzierung und Ausführung durch die Kantone.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 31.08.2016

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Kantone, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren. Für untere und mittlere Einkommen verbilligen sie die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent (Art. 65 Abs. 1 und 1bis KVG). Die Prämienverbilligung wird durch Bund und Kantone finanziert. Seit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) auf Anfang 2008 entspricht der gesetzlich gebundene Bundesbeitrag zur Verbilligung der Prämien 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgabe steigt der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung jährlich mit der Kostenentwicklung der OKP an.

In seiner Botschaft über die Revision zur Krankenversicherung vom 6. November 1991 hat der Bundesrat festgehalten, dass es die Kantone sein werden, die bestimmen, ab welchem als Prozentsatz des steuerbaren Einkommens definierten Grenzbetrag sie die Prämien verbilligen. Aufgrund seiner Schätzung gelangte er zum Ergebnis, dass die Kantone diesen Grenzbetrag bei 8 Prozent des steuerbaren Einkommens festlegen können (BBl 1992 I 225, 226).

Wie der Bundesrat in seinen Antworten auf die Interpellation Rechsteiner Paul 15.3783, "Krankenkassenprämien. Verbesserungen bei den Prämienverbilligungen", und auf die Motion Schenker Silvia 14.4288, "Neuer Verteilmechanismus des Bundesbeitrages für die Prämienverbilligung", dargelegt hat, lehnten es die eidgenössischen

Räte im Rahmen des NFA ab, ein verbindliches Sozialziel für die Prämienverbilligung festzulegen. Sie gewährten den Kantonen bewusst einen grossen Handlungsspielraum in der Frage, wie hoch die Prämienverbilligung zugunsten der Versicherten in ihrem Kantonsgebiet ausfallen soll und welche Versichertenkreise davon profitieren sollen. Die geltende Regelung sei insofern sachlich sinnvoll, als zwischen Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe sowie der kantonalen Steuerpolitik ein enger sachlicher Zusammenhang bestehe. Damit sei es den Kantonen möglich, diese weitgehend in ihrem Zuständigkeitsbereich liegenden Bereiche optimal aufeinander abzustimmen. Der Bundesrat hält es daher nach wie vor nicht für zweckmässig, den Kantonen über Artikel 65 KVG hinausgehende Mindestvorgaben zur Höhe der von ihnen zu gewährenden Prämienverbilligungsgelder zu machen.

Der Bundesrat ist sich der Bedeutung der Prämienverbilligung als Ausgleich zur einkommensunabhängigen Kopfprämie bewusst. Deshalb beobachtet er mittels eines regelmässigen Monitorings die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung insgesamt sowie in den einzelnen Kantonen nach verschiedenen Haushaltstypen. Das Monitoring 2014 kommt zum Schluss, dass die verbleibende Prämienbelastung als Anteil des verfügbaren Einkommens im Durchschnitt über alle Modellhaushalte je nach Kanton zwischen 7 und 17 Prozent und über alle Kantone 12 Prozent betrug. Damit sind die Modellhaushalte stärker belastet als noch vor vier Jahren. Im Monitoring 2010 lagen diese Werte bei 6 bis 14 Prozent und 10 Prozent. Wird die Entwicklung seit 2007 betrachtet, zeigt sich ebenfalls eine Zunahme der Prämienbelastung in fast allen Kantonen (siehe unter www.bag.admin.ch (<http://www.bag.admin.ch>)).

> Themen > Krankenversicherung > Prämien > Prämienverbilligung > Monitoring 2014, S. 64ff.).

Der Bundesrat hat im Januar 2013 die Strategie Gesundheit 2020 verabschiedet. In deren Handlungsfeld "Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken" erklärte er, dass die Leistungen des Gesundheitswesens für kranke, behinderte und sozial schwächere Menschen bezahlbar und zugänglich bleiben sollen (siehe unter www.bag.admin.ch (<http://www.bag.admin.ch>)).

> Themen > Gesundheit 2020 (Ziel 2.1)). Aus dieser Sicht ist eine über die Jahre grösser werdende Belastung für diese Haushalte nicht wünschbar. Für den Bundesrat kommen vor allem zwei Stossrichtungen für Massnahmen infrage. Erstens geht der Bundesrat davon aus, dass die Kantone weiterhin einen angemessenen Beitrag an die Prämienverbilligungen leisten. Und zweitens setzt der Bundesrat sich dafür ein, dass die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss dem Ziel 2.2 der Strategie Gesundheit 2020 auch durch Massnahmen der Effizienzsteigerung und der Dämpfung des Kostenwachstums bezahlbar bleiben.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 31.08.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (2)

Gesundheit Soziale Fragen

16.3500

POSTULAT

Auswirkungen der Akademisierung der Pflegeberufe

Eingereicht von: HERZOG VERENA

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 16.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

INGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird gebeten, in einem Bericht folgenden Fragen vertieft nachzugehen:

1. Wie verändert sich infolge der Akademisierung der Pflegeberufe die Lohn- und Kostenstruktur im Gesundheitswesen? Hierbei soll darauf eingegangen werden, dass höhere Titel zu höheren Lohnanforderungen führen.
2. Wie wirkt sich die Ausdifferenzierung der Pflegeberufe auf die Hierarchie- und Verantwortungsstrukturen aus? Gibt es beispielsweise vermehrt Konflikte, wie in anderen Berufsfeldern, dass Personen mit höheren Titeln in der Hierarchie schneller aufsteigen und die praxisbezogenen Pflegenden karrieremässig stehen bleiben und so zur Erlangung von höheren Titeln gezwungen werden, obwohl sie das nicht unbedingt bräuchten? Gibt es die Tendenz, dass für Führungsfunktionen höhere Abschlüsse verlangt werden?
3. Der Bundesrat wird gebeten, eine Übersicht über kantonale Vorgaben und Auflagen bezüglich Ausbildungsstand der Pflegenden bereitzustellen. Insbesondere sollen jene Auflagen berücksichtigt werden, welche Pflegeinstitutionen zwingen, Personen mit höheren Titeln einzustellen. Gibt es Rückmeldungen, dass solche Vorgaben unnötig und kostentreibend seien?
4. Er soll weiter aufzeigen, wie ein Mangel an Fachkräften in der Pflege durch die Akademisierung beseitigt werden soll, werden doch in der Gesundheitsversorgung aktuell und künftig vor allem die Fachpersonen Gesundheit nachgefragt. Gleichzeitig wird scheinbar beobachtet, dass Fachhochschulabsolventinnen und -absolventen die Tendenz zeigen, sich akademisch, d. h. auf Masterstufe, weiterzubilden, anstatt in der Praxis zu bleiben. Welche Aufgabenbereiche werden diesen neuen Fachleuten mit höheren Titeln zugeordnet?
5. Wie kann der Gefahr der Bildung eines Overheads begegnet werden, da akademisch ausgebildetes Personal immer weniger bereit sein wird, "einfache" Arbeiten zu verrichten?
6. Gibt es Tendenzen, dass eine Verlagerung in administrative Bereiche und Tätigkeitsfelder stattfindet?
7. Wie sehen die Abbruchquote bei der Ausbildung und die Quote der Berufswechsel bei Absolventinnen und Absolventen der verschiedenen Stufen aus?
8. Gibt es vermehrt Kompetenzkonflikte zwischen Pflegenden mit Hochschultiteln und der Ärzteschaft? Dies ist im Hinblick auf die Sicherheit und Qualität der Behandlung sehr relevant.
9. Wie wird garantiert, dass der Pflegebereich sich nicht zu sehr von den Patienten entfernt?

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Die demografischen Veränderungen und die Zunahme von chronischen Erkrankungen stellen das Gesundheitswesen vor grosse Herausforderungen. Deshalb hat der Bundesrat in seiner Strategie Gesundheit 2020 einen besonderen Akzent auf die Ausbildung von ausreichendem und gut qualifiziertem Gesundheitspersonal gesetzt. Das neue Gesundheitsberufegesetz, das voraussichtlich noch 2016 verabschiedet werden dürfte, legt einheitliche Anforderungen an die Ausbildung auf Fachhochschulebene und Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung der Gesundheitsberufe fest. Der Bundesrat wird demnach die berufsspezifischen Kompetenzen für die Pflege regeln. Wie vom Bundesrat vorgeschlagen, wurde auf eine zusätzliche Regelung des Masterabschlusses in Pflege im Gesundheitsberufegesetz verzichtet. Mit diesem Gesetz werden keine neuen Ausbildungen geschaffen. Die berufsspezifischen Kompetenzen, die der Bundesrat festzulegen hat, werden unter Einbezug der betroffenen Hochschulen und der Organisation der Arbeitswelt definiert werden.

Um den unterschiedlichen Bedürfnissen im Gesundheitswesen gerecht zu werden, hat sich der Pflegeberuf zunehmend ausdifferenziert, allen Profilen gemeinsam ist ein hoher Bezug zur Praxis in der Ausbildung und in der Berufsausübung. Der Bundesrat begrüsst diese Ausdifferenzierung für eine optimierte Versorgung, stellt hingegen keine Tendenz zur Akademisierung fest. 2014 wurden im Pflegebereich rund 7000 Abschlüsse auf allen Bildungsstufen vergeben. Davon wurden rund 850 Bachelorabschlüsse und knapp 50 Masterabschlüsse an Hochschulen erworben. Der überwiegende Teil der Ausbildungen erfolgt also im Rahmen der beruflichen Grundbildung (Fachfrau/Fachmann Gesundheit,

Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales) und der höheren Berufsbildung (Höhere Fachschule in Pflege: dipl. Pflegefachmann HF, dipl. Pflegefachfrau HF).

Eine gute Zusammenarbeit von Pflegepersonen mit unterschiedlichen Kompetenzprofilen und allen Gesundheitsberufen, namentlich den universitären Medizinalberufen, ist auch dem Bundesrat ein wichtiges Anliegen. Deswegen hat er am 4. März 2016 das Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020 im Rahmen der Fachkräfte-Initiative plus (FKI plus) lanciert. Ziel dieses Förderprogramms ist es, innovative Projekte in der Bildung und in der Berufsausübung zu unterstützen. Mit der Förderung der Interprofessionalität soll die Effizienz der Gesundheitsversorgung gestärkt werden. In interprofessionellen Teams arbeiten die verschiedenen Fachleute koordiniert und eng aufeinander abgestimmt. Damit können Spitalaufenthalte verkürzt und kann die Zahl der Konsultationen reduziert werden.

Weitere Massnahmen im Rahmen des 2015 beendeten Masterplans Bildung Pflegeberufe zielten auf die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Zahl an Ausbildungs- und Praktikumsplätzen: Seit 2007 haben sich die jährlichen Abschlüsse Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ mehr als verdoppelt; sie decken nun über 84 Prozent des geschätzten Nachwuchsbedarfs. Im Tertiärbereich wird der Bedarf aber nur unzureichend erfüllt. Die Anstrengungen, um die Eintritte in die Pflegestudiengänge der höheren Fachschulen und der Fachhochschulen zu erhöhen, werden fortgesetzt. Der Bundesrat hat zudem das EDI und das WBF beauftragt, zusammen mit den Kantonen und den Organisationen der Arbeitswelt (Oda) weitere Möglichkeiten zu prüfen, um im Bereich Pflege die Verbleibdauer im Beruf zu erhöhen sowie die Spätrekrutierung und den Wiedereinstieg in den Beruf zu erleichtern. Voraussichtlich Ende 2016 wird der Bundesrat über einen entsprechenden Massnahmenplan entscheiden.

Das Postulat wirft weitere Fragen auf, die nicht in der Bundeskompetenz liegen. Stellenpläne, Funktionen/Hierarchien und Lohneinstufungen von Pflegefachkräften liegen in der Verantwortung der Kantone und der einzelnen Gesundheitsinstitutionen. Die Publikation des Nationalen Versorgungsberichtes für die Gesundheitsberufe 2016 der Gesundheitsdirektorenkonferenz und der Oda Santé, voraussichtlich im September 2016, wird den Kantonen und den Institutionen eine aktuelle Datengrundlage und Erkenntnisse liefern, auf welchen diese in diesem Bereich ihre weiteren Massnahmen aufbauen können.

Der Bundesrat arbeitet an den Anliegen dieses Postulates. Er legt den Fokus jedoch auf die Umsetzung des Gesundheitsberufegesetzes sowie der Fachkräfte-Initiative und des obengenannten Massnahmenplans. Den zusätzlichen Erkenntnisgewinn eines weiteren Postulatsberichtes schätzt er als gering ein.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (54)

AEBI ANDREAS AESCHI THOMAS AMSTUTZ ADRIAN ARNOLD BEAT BIGLER HANS-ULRICH BRAND HEINZ BRUNNER TONI BURGHERR THOMAS BÜCHLER JAKOB BÜHLER MANFRED CASSIS IGNAZIO CHIESA MARCO CLOTTU RAYMOND DE COURTEN THOMAS DETTLING MARCEL FLÜCKIGER-BÄNI SYLVIA FREHNER SEBASTIAN GEISSBÜHLER ANDREA MARTINA GIEZENDANNER ULRICH GLARNER ANDREAS GLAUSER-ZUFFEREY ALICE GMÜR ALOIS GRIN JEAN-PIERRE GRÜTER FRANZ HAUSAMMANN MARKUS HEER ALFRED KELLER PETER KELLER-INHELDER BARBARA KNECHT HANSJÖRG MATTER THOMAS MÜLLER THOMAS MÜLLER-ALTERMATT STEFAN MÜRI FELIX NIDEGGER YVES PAGE PIERRE-ANDRÉ PANTANI ROBERTA PEZZATTI BRUNO PFISTER GERHARD PIEREN NADJA QUADRI LORENZO RIME JEAN-FRANÇOIS RITTER MARKUS RUTZ GREGOR RÖSTI ALBERT SALZMANN WERNER SCHILLIGER PETER SCHWANDER PIRMIN SOLLBERGER SANDRA TUENA MAURO VITALI ALBERT VOGT HANS-UELI WALTER HANSJÖRG WEIBEL THOMAS ZANETTI CLAUDIO

THEMENGEBIETE (2)

Bildung Gesundheit

16.3514

POSTULAT

Systemwechsel bei der Medikamentenpreisbildung

Eingereicht von: WEIBEL THOMAS

Grünliberale Fraktion
Grünliberale Partei

Einreichungsdatum: 16.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Medikamentenpreise sind behördlich administrierte Preise. Die regulatorischen Rahmenbedingungen sollten eine möglichst marktnahe Dynamik bei diesen Preisen sicherstellen. Eine solche fehlt aktuell. Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht vorzulegen, der folgende Fragestellungen untersucht:

1. In welchen Bereichen der Medikamentenversorgung herrscht Angebotsvielfalt, d. h., wo stehen aktuell austauschbare Therapiealternativen zur Verfügung?
2. Welcher Teil der Medikamentenversorgung entfällt auf Medikamente ohne Alternative für Patienten?
3. Welche Vor- und Nachteile hätte der Wegfall der SL-Preise auf die Medikamentenversorgung und -preise?
4. Welche Erfahrungen für die Preisfestsetzung gibt es aus Ländern ohne behördliche Preisfestsetzung?
5. Was wären die Konsequenzen, wenn bei austauschbaren Arzneimitteln die staatlich administrierten SL-Preise aufgehoben würden und die Einkaufskonditionen stattdessen durch Leistungserbringer einerseits und Hersteller und Lieferanten andererseits verhandelt würden?
6. Welche Vorkehrungen bräuchte es für Arzneimittelanbieter in einer Monopolsituation? Wie könnten missbräuchliche Preise erfolgreich bekämpft werden?
7. Wie könnten in einem behördlich fixierten Preissystem dynamische Effekte von Angebot und Nachfrage besser abgebildet werden?
8. Wie beurteilt er eine mögliche Medikamentenpreisgestaltung aufgrund diagnosebasierter "Medikamentenpauschalen" oder "Pay for Performance"-Ansätzen?

BEGRÜNDUNG

Die aktuellen Verordnungsbestimmungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und der Krankenversicherungsverordnung (KVV) zur Medikamentenpreisbildung sind nicht KVG-konform. Heute wird der TQV vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) systematisch vernachlässigt. Jüngste BVG-Urteile zwingen das BAG dazu, die Verordnungen anzupassen und den TQV jeweils systematisch zu berücksichtigen. Jedoch stellt sich die Frage, ob und inwiefern administrierte Preise im Bereich der Medikamente überhaupt Sinn machen. Administrierte Preise scheitern daran, dynamische Effekte, die im freien Markt zu Preissenkungen führen würden, abzubilden. Kommt z. B. ein neues, besseres Konkurrenzprodukt auf den Markt, hat das keine Auswirkungen auf die vom BAG fixierten SL-Preise des alten Medikaments. Ebenso wenig sinken die Preise eines Medikaments, das sein Absatzvolumen erweitern kann (z. B. wegen einer Indikationserweiterung). Deshalb ist ein Systemwechsel, der die Medikamentenpreise den Marktkräften von Angebot und Nachfrage aussetzt, seriös zu prüfen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Die behördlich in der Spezialitätenliste (SL) festgesetzten und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergüteten Preise gewährleisten Rechtssicherheit für alle Beteiligten sowie die Versorgung mit Arzneimitteln in der Schweiz. Sie bewähren sich darum aus Sicht des Bundesrates. Dies hat auch die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates in ihrem Bericht vom 25. März 2014 festgehalten, indem sie das bestehende System bestätigt und lediglich Empfehlungen für weitere Optimierungen angebracht hat.

Der Bundesrat und das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) achten bei Anpassungen der rechtlichen Bestimmungen zur SL stets darauf, dass die Versorgung der Schweizer Bevölkerung sichergestellt wird und der OKP keine ungerechtfertigten Kosten entstehen. Der Bundesrat hat in den letzten Jahren mehrere Anpassungen beschlossen, die dazu beigetragen haben, das Kostenwachstum bei den Arzneimitteln zu stabilisieren. In den Jahren 2012 bis 2014 überprüfte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Wirtschaftlichkeit aller Arzneimittel der SL und konnte Einsparungen zugunsten der OKP von 600 Millionen Franken erreichen. Bereits seit dem Jahr 2006 müssen Zulassungsinhaberinnen dem

BAG neuzugelassene Indikationen von in der SL gelisteten Arzneimitteln melden. Das BAG überprüft dann die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit neu. Dies führte meist zu Preissenkungen.

Wie der Bundesrat in seiner Antwort auf die Interpellation Eberle 16.3428, "Medikamentenpreisüberprüfung. Gegenläufige Kostenentwicklung berücksichtigt?", festgehalten hat, führt der Bundesgerichtsentscheid vom 14.

Dezember 2015 zu einer Anpassung der Verordnungsbestimmungen, die sich nun in der Vernehmlassung befindet. Die periodische Überprüfung soll im Jahr 2017 wieder aufgenommen werden, was in den nächsten drei Jahren zu Einsparungen von rund 180 Millionen Franken führen dürfte. Da Generika in den Referenzländern durchschnittlich um bis zu 50 Prozent günstiger sind als in der Schweiz, sieht der Bundesrat im Rahmen dieser Anpassungen zusätzliche kosteneinsparende Anpassungen für diesen Bereich vor.

Gerade die Erfahrungen im Bereich der patentabgelaufenen Arzneimittel (Originalpräparate und Generika) deuten darauf hin, dass die Marktkräfte von Angebot und Nachfrage nicht genügend spielen und eine ausreichende Dynamisierung zugunsten tieferer Arzneimittelpreise nicht so einfach erzielt werden kann. Der Bundesrat erwartete, dass die seit 2011 auf Generika anwendbaren Massnahmen (erhöhter Selbstbehalt, Preisabstandsregeln) zu einer stärkeren Dynamisierung bei der Preisbildung im patentabgelaufenen Bereich führen würde. Die Preise bleiben nach anfänglichen Veränderungen aber stabil. Auch fällt auf, dass die Preise von Originalpräparaten trotz bestehender günstigerer Konkurrenz durch Generika oft nicht gesenkt werden. Diese Erfahrungen sprechen für eine behördliche Regulierung der Preise.

Der Vergleich mit dem Ausland zeigt, dass ohne staatliche Preisfestsetzung die Arzneimittelpreise tendenziell höher sind. In Deutschland z. B. werden die Preise erst nach einem Jahr behördlich geregelt. Bis zu diesem Zeitpunkt liegen sie oftmals über dem Durchschnittspreis der übrigen Referenzländer des BAG (Dänemark, Grossbritannien, die Niederlande, Frankreich, Österreich, Belgien, Finnland und Schweden). Umgekehrt sind die Preise z. B. in Frankreich in der Regel wesentlich günstiger, da dort die Preise einer Regulierung unterworfen sind. Die anfänglich überdurchschnittlichen Preise in Deutschland führen dort nun gemäss aktuellen Medienberichten aber auch zu Anpassungen; demnach soll im ersten Jahr eine Umsatzschwelle eingeführt werden.

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass die Kriterien zur Erstellung der SL ändern können. Er verfolgt die Entwicklung der Vergütung im In- und Ausland und ist bereit, Anpassungen vorzunehmen, wenn diese angezeigt erscheinen. Deshalb hat er das EDI beauftragt, die Arbeiten zur Einführung eines Referenzpreissystems an die Hand zu nehmen. Es handelt sich um ein System zur Vergütung von patentabgelaufenen Arzneimitteln, das in Europa bereits weit verbreitet ist. Die im Postulat aufgeführten Fragestellungen zielen auf einen weitgehenden Systemwechsel ab, den der Bundesrat etwa ausgehend von den Erfahrungen im Generikabereich in der Schweiz und vor dem Hintergrund der steigenden Gesundheitskosten nicht als zielführend beurteilt.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (11)

BERTSCHY KATHRIN BÄUMLE MARTIN CASSIA IGNAZIO CHEVALLEY ISABELLE FLACH BEAT FREHNER SEBASTIAN GROSSEN JÜRG
HERZOG VERENA HUMBEL RUTH MOSER TIANA ANGELINA SAUTER REGINE

THEMENGEBIETE (2)

Gesundheit Wirtschaft

16.3517

POSTULAT

Das harte Los pflegender Kinder besonders anschauen

Eingereicht von: SCHMID-FEDERER BARBARA

CVP-Fraktion

Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz

Einreichungsdatum: 16.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird gebeten, seinen Bericht "Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige" vom 5. Dezember 2014 um folgende Punkte zu erweitern: Handlungsfeld 3: Erweiterung auf die Vereinbarkeit von Schul- und Berufsbildung mit Angehörigenbetreuung und -pflege. Handlungsfeld 4: Erhöhung der Flexibilität auch bei der Schul- und Berufsbildung (Vermeidung von Absenzen und Abbrüchen im Bildungsbereich), um einerseits den Anforderungen des heutigen Arbeitsmarktes zu genügen und andererseits Bildungsbenachteiligungen zu vermeiden. Ebenfalls unerlässlich ist, dass alle vier Handlungsfelder auf pflegende und betreuende Angehörige unter 15 Jahren erweitert werden zwecks Einführung, Umsetzung und gesetzlicher Verankerung von zielgruppenorientierten Unterstützungsmassnahmen.

BEGRÜNDUNG

Grundsätzlich begrüssen wir die Einschätzung des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 2. September 2015 zum Postulat [15.3456](#), dass die Betreuung und Pflege eines erkrankten Familienmitglieds negative Konsequenzen für Kinder und Jugendliche nach sich zieht. Zur Unterlegung dieser Einschätzung existiert bis anhin keine Datengrundlage, wie viele Kinder und Jugendliche betroffen sind, wie stark diese Belastung für sie ist und welche Auswirkungen dies auf sie, ihr Umfeld und die Gesellschaft hat (Frage 1 des Postulates). Darauf geht der Bundesrat in seiner Stellungnahme nicht ein.

Zudem fehlt in seiner Stellungnahme zu den Fragen 2 und 3 der Einbezug der Handlungsfelder 3 und 4 des Berichtes des Bundesrates vom 5. Dezember 2014.

Wie eine mehrjährige Studie der Stiftung Careum im Auftrag des Schweizerischen Nationalfonds belegt, laufen Kinder und Jugendliche, die ihre Eltern betreuen bzw. pflegen, Gefahr, dass sie in der Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und ihrer Vorbereitung auf ein aktives Erwachsenenleben behindert werden. Es ist daher unverzichtbar, dass in den Massnahmen des Bundesrates auch die Personengruppe unter 15 Jahren berücksichtigt wird.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Der Bundesrat teilt die Einschätzung der Postulantin, dass Kinder und Jugendliche von kranken Eltern eine wichtige Personengruppe unter den pflegenden Angehörigen darstellen und nur wenige Daten darüber bekannt sind. Er ist der Ansicht, dass diese Kinder und Jugendlichen in der Lage sein sollen, ihre schulische und berufliche Ausbildung fortzusetzen. Die Unterstützungs- und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sollen auch den Bedürfnissen dieser Zielgruppe entsprechend weiterentwickelt werden.

Mit dem Bericht zur Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen und dem Aktionsplan vom 5. Dezember 2014 hat der Bundesrat die Handlungsfelder für konkrete Massnahmen zur Unterstützung von allen betreuenden und pflegenden Angehörigen abgesteckt (Bericht siehe: www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheitspolitik > Angehörige in der Betreuung und Pflege).

Der Bundesrat lehnt die im Postulat vorgeschlagenen Erweiterungen bei den Handlungsfeldern 3, "Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung und -pflege", und 4, "Betreuungsurlaub oder alternative Unterstützungsmöglichkeiten", des Aktionsplans ab. Reglementierungen des Unterrichtsbesuchs in allgemeinbildenden Schulen und in Berufsschulen liegen nicht in der Kompetenz des Bundes.

Allerdings nimmt sich der Bundesrat im Rahmen seines Handlungsspielraums des Anliegens der Postulantin bereits an: Massnahmen zugunsten von Kindern und Jugendlichen mit kranken Eltern, so, wie es im Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung betreuender und pflegender Angehöriger vom 5. Dezember 2014 formuliert ist, sollen in den Handlungsfeldern 1, "Information und Daten", und 2, "Entlastungsangebote - Qualität und Zugang", realisiert werden (Quelle: www.bag.admin.ch > Themen > Gesundheitspolitik > Angehörige in der Betreuung und Pflege).

Die Massnahmen in diesen beiden Handlungsfeldern werden zudem mit dem Förderprogramm zur Weiterentwicklung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten wichtige Impulse erhalten. Mit diesem Programm, das der Bundesrat am 4.

März 2016 im Rahmen der Fachkräfte-Initiative plus gutgeheissen hat, wird in den Jahren 2017 bis 2020 jährlich eine Million Franken für die Unterstützung von Forschungsprojekten und Analysen von Modellen guter Praxis eingesetzt. Damit sollen praxisnahe Wissensgrundlagen erstellt werden. Von den Ergebnissen soll insbesondere auch die Personengruppe der Kinder und Jugendlichen profitieren, die bei der Programmausschreibung mitberücksichtigt wird. Die Umsetzung aller Massnahmen zur Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen geht der Bund gemeinsam mit den Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen an. Entsprechend wird der Aktionsplan unter anderem regelmässig im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik thematisiert. Der Bundesrat erachtet das Anliegen des Postulates im Rahmen seiner Kompetenzen darum bereits als erfüllt.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (11)

AMHERD VIOLA BERTSCHY KATHRIN FLACH BEAT GRAF MAYA HEIM BEA HÄSLER CHRISTINE KIENER NELLEN MARGRET LANDOLT MARTIN LOHR CHRISTIAN QUADRANTI ROSMARIE STEIERT JEAN-FRANÇOIS

THEMENGEBIETE (3)

Beschäftigung und Arbeit Gesundheit Soziale Fragen

16.3525

MOTION

Lebensmittelverschwendung stoppen. Verwertung von einheimischem Pferdefleisch verbessern

Eingereicht von: GRUNDER HANS

Fraktion BD

Bürgerlich-Demokratische Partei Schweiz

Einreichungsdatum: 16.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Bestimmungen in Artikel 15 der Verordnung über die Tierarzneimittel (TAMV) so anzupassen, dass insbesondere Pferde, die als Heimtiere deklariert werden, nach einer Karenzfrist von einem Jahr wieder als Nutztiere zugelassen werden.

BEGRÜNDUNG

Seit dem 1. Januar 2011 müssen alle Pferde auf www.agate.ch bei der Tierverkehrsdatenbank (TVD) registriert und entweder als Heim- oder als Nutztiere deklariert werden. Die heutige Situation und gesetzliche Auslegung verunmöglicht es für alle Zeiten, dass ein Tier, welches einmal als Heimtier registriert wurde, wieder als Nutztier umdeklariert wird. Diese Regelung hat zur Konsequenz, dass solche Tiere nie mehr geschlachtet und in irgendeiner Form verwertet werden dürfen, sondern unsinnigerweise über eine Kehrrichtverbrennungsanlage entsorgt werden müssen.

Die Heimtierdeklaration hat ja den Zweck, dass diese Tiere in Bezug auf die Medikamentenverabreichung weniger strengen Restriktionen unterstellt sind, weil Heimtiere eben nicht in die Lebensmittelkette gelangen dürfen, was im Grundsatz absolut richtig ist. Es ist aber auch erwiesen, dass verabreichte Medikamente nach bekannten Fristen keine Rückstände mehr beim behandelten Tier zurücklassen. Deshalb sollen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden, dass Heimtiere nach einer Karenzfrist von einem Jahr wieder als Nutztiere gelten und entsprechend auch verwertet werden dürfen. Nach heutigen Kenntnissen würde eine Karenzfrist von sechs Monaten bei allen bekannten Medikamenten eigentlich ausreichen, mit einer Frist von zwölf Monaten ist aber sichergestellt, dass die Verwertung absolut unproblematisch ist. Gerade bei Pferden stellt sich diese Problematik häufig, weil aus Unkenntnis der Konsequenzen Fohlen oft als Heimtiere deklariert werden. Die Schweiz muss aber heute über 80 Prozent des Pferdefleisches importieren, und zwar vor allem aus Herkunftsländern mit unzumutbarer Tierhaltung und brutalen und langen Transporten. Es ist deshalb absolut unsinnig, gesunde und von der Haltung her absolut erstrangige einheimische Lebensmittel zu vernichten und an deren Stelle fragwürdige Importe zuzulassen oder sogar noch zu fördern.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Unterschiedliche Gründe können den Ausschlag geben, weshalb jemand sein Pferd als Heimtier deklariert. So kann der Tierhalter aus ethischen Überlegungen oder emotionalen Gründen verhindern wollen, dass das Tier zu einem späteren Zeitpunkt geschlachtet werden kann. Weiter ermöglicht der Verwendungszweck Heimtier, ein Pferd bei Bedarf mit einer erweiterten Palette an Tierarzneimitteln zu behandeln und auf das Führen eines Behandlungsjournals zu verzichten. Heimtiere können somit bei spezifischen Krankheitsfällen mit Wirkstoffen therapiert werden, deren Einsatz bei Nutztieren aus Gründen der Lebensmittelsicherheit verboten ist. Zu Wirkstoffen, deren Anwendung an Nutztieren verboten ist, existieren keine Daten aus Rückstandsstudien, und es ist somit unmöglich, für diese Wirkstoffe eine sichere Absetz- oder Karenzfrist festzulegen.

In Artikel 15 der Tierarzneimittelverordnung (SR 812.212.27) ist deshalb vorgesehen, dass der Verwendungszweck Heimtier unwiderruflich ist. Die Tierverkehrsdatenbank macht den Eigentümer während des Prozesses der Änderung des Verwendungszwecks deutlich darauf aufmerksam, dass eine Rückkehr zum Verwendungszweck Nutztier nicht möglich ist. Es besteht jedoch keine Verpflichtung, Fohlen bereits nach der Geburt als Heimtier zu deklarieren. Eine Änderung des Verwendungszwecks von Nutztier zu Heimtier kann z. B. auch erst dann vorgenommen werden, wenn die Anwendung spezifischer Medikamente unerlässlich ist. Zudem stimmt diese Regelung mit der Regelung der EU (Art. 37 der Durchführungsverordnung (EU) 2015/262) überein und garantiert so die Äquivalenz der Vorschriften, wie sie im bilateralen Abkommen zwischen der Schweiz und der EU über den Handel mit landwirtschaftlichen Erzeugnissen (Anhang 11) festgeschrieben ist. Nur mit der gegenseitigen Anerkennung der Gleichwertigkeit der Vorschriften für Produkte

tierischer Herkunft sowie im Bereich Tiergesundheit konnten die Veterinärgrenzkontrollen zwischen der Schweiz und der EU ab 2009 abgeschafft werden, was den bilateralen Handel seither entsprechend erleichtert. Schliesslich kann darauf hingewiesen werden, dass in der Schweiz der Pferdefleischkonsum in den letzten Jahren insgesamt gesunken ist (von 5414 Tonnen im Jahr 2011 auf 3585 Tonnen im Jahr 2015); auch die Inlandproduktion ist im gleichen Zeitraum gesunken (von 3115 auf 2652 Tiere). Damit ist der Inlandanteil am Gesamtkonsum von Pferdefleisch gleichzeitig um 2 Prozent gestiegen (Proviande, "Der Fleischmarkt im Überblick 2015").

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (16)

AEBI ANDREAS AMSTUTZ ADRIAN BADRAN JACQUELINE BERTSCHY KATHRIN BOURGEOIS JACQUES BRUNNER TONI CAMPELL DURI
FLACH BEAT FÄSSLER DANIEL GASCHE URS GRAF MAYA GUHL BERNHARD MÜRI FELIX RITTER MARKUS RÖSTI ALBERT SCHMIDT ROBERTO

THEMENGEBIETE (1)

Umwelt

16.3587

MOTION

Klare Trennung der Interessen. Unvereinbarkeit zwischen Parlamentsmandat und behördlichem Mandat im Gesundheitsbereich

Eingereicht von: SOZIALDEMOKRATISCHE FRAKTION

Sprecher/in: GYSI BARBARA

Einreichungsdatum: 17.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, über eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) oder des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) sicherzustellen, dass die Unvereinbarkeit mit der Mitgliedschaft in den eidgenössischen Räten gemäss Artikel 14 Buchstabe e ParlG für alle Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung im Bereich des Gesundheitswesens gilt.

BEGRÜNDUNG

Das Bundesgericht hat in einem Urteil vom 4. September 2014 (1C_372/2014, 1C_373/2014) festgehalten: "Wie bereits dargelegt (oben E. 6), nehmen die Krankenversicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung staatliche Aufgaben wahr und handeln damit als Organe der mittelbaren staatlichen Verwaltung, d. h. als Behörden." Die Mandate bei Krankenversicherern und deren Tariforganisationen sind teilweise sehr lukrativ. Die Transparenz über die Abgeltungen ist nach wie vor mangelhaft.

Gemäss Artikel 14 Buchstabe e ParlG gilt die Unvereinbarkeit zwischen Parlamentsmandat und behördlichem Mandat "für Mitglieder der geschäftsleitenden Organe von Organisationen oder von Personen des öffentlichen oder privaten Rechts, die nicht der Bundesverwaltung angehören und die mit Verwaltungsaufgaben betraut sind, sofern dem Bund eine beherrschende Stellung zukommt".

Die publizierten Auslegungsgrundsätze der Büros beider Räte vom 17. Februar 2006 halten fest, der Begriff der "beherrschenden Stellung" des Bundes sei dann erfüllt, wenn der Bund eine Mehrheitsbeteiligung hält, wenn der Bund unabhängig davon die Zusammensetzung der geschäftsleitenden oder beaufsichtigenden Organe mehrheitlich bestimmt oder wenn die Organisation oder juristische Person von der Finanzierung durch den Bund abhängig und dieser die Art der Aufgabenerfüllung wesentlich beeinflusst.

Die Anwendung galt bislang nicht für die Krankenkassenvertreter und wurde trotz Bundesgerichtsurteil nicht angepasst. Dies hat zur Folge, dass die Unvereinbarkeitsregeln bei Personen mit offensichtlich wesentlich geringerem Potenzial an Interessenkonflikten zwischen ihren behördlichen Aufgaben und ihrem Parlamentsmandat (z. B. bei Institutionen wie dem Schweizerischen Nationalpark) zur Anwendung kommen (das gilt auch z. B. für die gemeinsame Einrichtung KVG oder die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz), nicht aber für den vom Bund bestimmend regulierten Bereich der obligatorischen Krankenversicherung. Deshalb sind die Bestimmungen spezifisch in diesem Bereich zu verschärfen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) regelt hauptsächlich die Beziehungen zwischen Versicherten und Versicherern, d. h. insbesondere Leistungen, Prämien, Kostenbeteiligungen und Prämienverbilligung. Das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) befasst sich dagegen mit den Beziehungen zwischen den Versicherern und dem Staat oder der Versicherungstätigkeit in organisatorischer und finanzieller Hinsicht. Wird die Unvereinbarkeit zwischen Parlamentsmandat und behördlichem Mandat im Bereich des Gesundheitswesens in einem dieser beiden Gesetze reglementiert, entspricht das nicht der vom Gesetzgeber gewollten Logik. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Umsetzung dieses Anliegens eher eine Änderung des Parlamentsgesetzes (ParlG; SR 171.10) erfordern würde, da die Unvereinbarkeitsregeln dort festgelegt sind.

Der Gegenstand der vorliegenden Motion betrifft die Zusammensetzung und Organisation des Parlamentes.

Diesbezüglich wurde am 25. September 2014 eine parlamentarische Initiative mit etwa dem gleichen Anliegen eingereicht (parlamentarische Initiative Steiert 14.445), "Unvereinbarkeit zwischen Parlamentsmandat und behördlichem

Mandat. Keine unnötigen Ausnahmen"). Am 7. Dezember 2015 hat der Nationalrat (128 zu 57 Stimmen bei 6 Enthaltungen) beschlossen, dem keine Folge zu geben (AB 2015 N 2072).

Angesichts des kürzlich erfolgten Nationalratsentscheids ist der Bundesrat der Ansicht, dass es unangebracht ist, dem Parlament eine Gesetzesänderung zur Umsetzung der vorliegenden Motion zu unterbreiten.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (3)

Gesundheit Parlament Staatspolitik

16.3599

MOTION

Menschen mit Behinderungen. Recht auf gleiche Chancen auf dem Arbeitsmarkt

Eingereicht von: MAZZONE LISA

Grüne Fraktion

Grüne Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 17.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die Gesetzgebung anzupassen, um die Diskriminierung der Menschen mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt zu bekämpfen.

BEGRÜNDUNG

Das Uno-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention) ist in der Schweiz seit dem 15. Mai 2014 in Kraft. Gemäss Artikel 27 des Übereinkommens anerkennen "die Vertragsstaaten das ... Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit ... in einem ... integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt ... Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschliesslich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschliesslich des Erlasses von Rechtsvorschriften ..." Eine der empfohlenen Massnahmen ist nach Buchstabe a das Verbot der Diskriminierung "aufgrund von Behinderung in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit einer Beschäftigung gleich welcher Art, einschliesslich der Auswahl-, Einstellungs- und Beschäftigungsbedingungen, der Weiterbeschäftigung, des beruflichen Aufstiegs sowie sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen".

Im geltenden Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) finden sich wenige Bestimmungen über den Schutz vor Diskriminierung im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit. In Artikel 13 wird nur der Bund als Arbeitgeber beauftragt, Behinderten gleiche Chancen wie Nichtbehinderten anzubieten. Mit der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention müssen aber Bestimmungen über den Schutz vor Diskriminierung im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit in das BehiG aufgenommen werden, und zwar mit Blick auf den gesamten Arbeitsmarkt (öffentlicher und privater Bereich). Dabei könnte sich der Bundesrat an den Artikeln 3 bis 13 des Bundesgesetzes über die Gleichstellung von Frau und Mann orientieren.

In seiner Antwort vom 18. Mai 2011 auf die Interpellation Roth-Bernasconi 11.3111 räumte der Bundesrat ein, dass die Menschen mit Behinderungen gegen Diskriminierung im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit sehr schwach geschützt seien. Er sei jedoch der Ansicht, dass die bestehenden Vorschriften im Privat- und im Arbeitsrecht ausreichend seien. Nachdem die Behindertenrechtskonvention 2014 in Kraft getreten ist, muss die Schweiz ihre Gesetzgebung aber anpassen und den Schutz der Menschen mit Behinderungen vor Diskriminierung im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit erhöhen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 31.08.2016

Der Bundesrat vertrat bis anhin die Meinung, dass das geltende Recht sowie die darauf abgestützte Rechtsprechung grundsätzlich einen ausreichenden Schutz vor Diskriminierung gewährleisten und dass die bestehenden Instrumente es ermöglichen, sich gegen Diskriminierungen zu wehren. Um diese Haltung zu überprüfen, nahm der Bundesrat das Postulat Naef 12.3543, "Bericht zum Schutz vor Diskriminierung", zum Anlass für eine Studie über die Wirksamkeit des geltenden Diskriminierungsschutzrechts. Die Ergebnisse der Studie des Schweizerischen Kompetenzzentrums für Menschenrechte (SKMR) bestätigen die bisherige Ansicht des Bundesrates insbesondere in Bezug auf die öffentlich-rechtlichen Regelungen. Im Bereich des Privatrechts hingegen bestehen noch Lücken. Es wird festgestellt, die geringe Zahl der Gerichtsfälle zu Diskriminierungsproblemen könnte darauf hindeuten, dass die bestehenden Rechtsinstrumente für Betroffene entweder zu wenig bekannt oder zu kompliziert sind. Zudem könnten die verfahrensrechtlichen Hindernisse dazu führen, dass der bestehende Diskriminierungsschutz seine Wirksamkeit zu wenig entfalten kann.

Der Bundesrat hat daher im Bericht in Beantwortung des Postulates Naef die Auffassung vertreten, dass es sinnvoll ist zu prüfen, in welchen Lebensbereichen (wie beispielsweise Arbeitsleben) zusätzliche Diskriminierungsschutzmassnahmen nötig sind. Der Bundesrat hält in diesem Bericht ebenfalls fest, dass der Frage, ob spezifisch im Bereich der

Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen weitere Massnahmen erforderlich sind, im Rahmen eines Berichtes über die Behindertenpolitik nachgegangen werden soll, den das EDI dem Bundesrat bis Ende 2016 unterbreiten wird. Dieser Bericht wird insbesondere auch Massnahmenvorschläge zur Verbesserung der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsleben enthalten.

Darüber hinaus bietet eine nationale Konferenz zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen, die 2017 in Erfüllung des Postulates Bruderer Wyss 15.3206 stattfinden wird, eine Gelegenheit, bestehende konkrete Massnahmen zur Förderung der Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen bekanntzumachen.

Ein Handlungsbedarf beim Schutz vor Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt ist folglich anerkannt, und die Prüfung, welche Massnahmen es braucht, läuft. Sich vor Abschluss dieser Prüfung auf eine Anpassung der Gesetzgebung festzulegen, wie dies die Motion verlangt, ist verfrüht.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 31.08.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (11)

BRÉLAZ DANIEL DE LA REUSSILLE DENIS FRICKER JONAS GLÄTTLI BALTHASAR HÄSLER CHRISTINE LOHR CHRISTIAN MARTI MIN LI
SCHELBERT LOUIS SEILER GRAF PRISKA THORENS GOUMAZ ADÈLE TORNARE MANUEL

THEMENGEBIETE (2)

Beschäftigung und Arbeit Sozialer Schutz

16.3601

MOTION

Vorbeugend handeln. Die Salzmenge in unserer Ernährung reduzieren

Eingereicht von: TORNARE MANUEL

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 17.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Änderung der Gesetzgebung in die Wege zu leiten, mit dem Ziel, die Salzmenge in industriell hergestellten Lebensmitteln zu regeln, die im Handel und in gewissen Restaurants, insbesondere in Fastfood-Restaurants, zum Einsatz kommen.

BEGRÜNDUNG

In der Schweiz nehmen Frauen durchschnittlich 7,8 Gramm Salz und Männer durchschnittlich 10,6 Gramm Salz pro Tag zu sich. Das ist doppelt so viel wie der Höchstwert nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 5 Gramm pro Person und Tag. In der Schweiz überschreiten 78,4 Prozent der Frauen und 94 Prozent der Männer diesen Wert. Die Folgen sind gemäss WHO Bluthochdruck und ein erhöhtes Risiko für Herzkrankheiten und Hirnschläge. Im Wissen um den Zusammenhang zwischen der konsumierten Menge Salz einerseits und Blutdruck und Herzinsuffizienz andererseits ist es sehr wichtig, den Salzkonsum zu reduzieren. Letztendlich wirkt sich das auch auf die Gesundheitskosten und damit auf die Krankenversicherungsprämien aus.

Der grösste Teil des aufgenommenen Natriums ist nicht auf die Salzbeigabe beim Kochen oder bei Tisch zurückzuführen, sondern stammt aus industriell verarbeiteten und abgepackten Lebensmitteln (vorgefertigte Gerichte und Fastfood).

Hier wird der Geschmack der Zutaten, die oft nicht von sehr guter Qualität sind, mit Salz überdeckt; die Lebensmittelindustrie hat daher ein Interesse daran, grosse Mengen Salz einzusetzen. Hinzu kommt, dass (zu) stark gesalzenes Essen Durst macht, was zu einem erhöhten Konsum von Softdrinks und Alkohol führt - mit Sicherheit eine Strategie der Lebensmittelindustrie zur Profitsteigerung. Diese Strategie ist schädlich.

Es ist zwingend notwendig, dass die öffentliche Hand verbindliche Massnahmen ergreift, um die Menge Salz in den auf dem Markt erhältlichen Fertiggerichten zu reduzieren. Der gute Wille der Industrie und der Vertreiber reicht nicht mehr. Auf dem Spiel steht nichts Geringeres als die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRAATES VOM 07.09.2016

Eine zu hohe Salzaufnahme ist ein wichtiger Risikofaktor für Bluthochdruck und Hirnschlag. Daher schlägt die WHO eine maximale Salzaufnahme von 5 Gramm pro Tag vor und fordert die Mitgliedstaaten auf, Massnahme zu ergreifen, um die Salzaufnahme in der Bevölkerung zu senken. In der Schweiz liegt der tägliche Salzkonsum mit 10 Gramm rund doppelt so hoch wie von der WHO empfohlen. Die Hauptquellen in der Schweiz sind Brot, Käse sowie Fleisch und Fleischwaren. Fastfood trägt aber nur etwa 5 Prozent zur Salzaufnahme der Schweizer Bevölkerung bei.

Die Verminderung der Salzaufnahme in der Bevölkerung ist ein wichtiger Schwerpunkt der Schweizer Ernährungsstrategie des EDI. In einem ersten Schritt soll die Aufnahme auf 8 Gramm pro Tag reduziert werden, langfristig wird das WHO-Ziel von 5 Gramm pro Tag angestrebt. Die Salzreduktion in verarbeiteten Lebensmitteln erfolgt in freiwilliger Zusammenarbeit mit der Lebensmittelindustrie und dem Detailhandel, indem das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) gemeinsam mit der Lebensmittelwirtschaft Zielwerte für bestimmte Produktgruppen definiert. Diese Zielwerte dienen als Basis für die Erarbeitung von freiwilligen Massnahmen der Unternehmen zur Salzreduktion in Lebensmitteln. Die Unternehmen haben zudem die Möglichkeit, freiwillige Aktionsversprechen im Rahmen von Actionsanté einzureichen, einer Initiative des Bundesamtes für Gesundheit und des BLV.

Der Ansatz der freiwilligen Zusammenarbeit, der zum Beispiel auch in England verfolgt wird, hat in der Schweiz bereits zu ersten Erfolgen geführt. So wurde zum Beispiel seit 2011 der Salzgehalt in Brot aus gewerblichen Bäckereien um 16 Prozent reduziert, der Salzgehalt in einigen Schweizer Fertiggerichten wurde um rund 10 Prozent vermindert.

Weiter hat der Schweizerische Nationalfonds das Nationale Forschungsprogramm 69, "Gesunde und nachhaltige Lebensmittelproduktion", lanciert, in dem die Salzreduktion in der Gemeinschaftsgastronomie ein zentrales Projekt ist.

Schliesslich erfolgt die wichtige Sensibilisierung der Bevölkerung über den Zusammenhang von Salz und Gesundheit in einer Zusammenarbeit des BLV mit der Schweizer Herzstiftung über die Ernährungsberatenden, die Ärzteschaft und andere Fachpersonen.

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass der erfolgreiche freiwillige Ansatz in Abstimmung mit den Entwicklungen auf der europäischen Ebene (EU, WHO/Europa) weiterverfolgt werden soll und aktuell kein Regulierungsbedarf besteht.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 07.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (16)

AEBISCHER MATTHIAS AMARELLE CESLA CAROBBIO GUSCETTI MARINA DE BUMAN DOMINIQUE FEHLMANN RIELLE LAURENCE

FRIDEZ PIERRE-ALAIN FRIEDL CLAUDIA HADORN PHILIPP KIENER NELLEN MARGRET MAIRE JACQUES-ANDRÉ MARTI MIN LI MEYER MATTEA

MUNZ MARTINA REYNARD MATHIAS RUIZ REBECCA ANA SEILER GRAF PRISKA

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit

16.3617

POSTULAT

Die Entschädigungen der Krankenkassenmanagerinnen und -manager begrenzen

Eingereicht von: SOZIALDEMOKRATISCHE FRAKTION

Sprecher/in: CAROBIO GUSCETTI MARINA

Einreichungsdatum: 17.06.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, wie eine Lohnobergrenze festgelegt werden könnte in der Chefetage von Krankenversicherern, die über die obligatorische Grundversicherung finanziert werden, und zwar so, dass die Löhne der Krankenkassenmanagerinnen und -manager mit einem Bundesratslohn vergleichbar sind, der als Richtwert dienen soll.

BEGRÜNDUNG

Mit der Verabschiedung des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) vom 26. September 2014 hat das Parlament die Transparenz erhöht. Es hat namentlich festgelegt, dass die Krankenversicherer das Entschädigungssystem und die Entschädigung der leitenden Organe offenlegen müssen. Im Geschäftsbericht müssen alle Entschädigungen veröffentlicht werden, die über die obligatorische Krankenversicherung finanziert werden. Die Geschäftsberichte zeigen, dass die Entschädigungen der Mitglieder der Leitungsorgane einiger Versicherer sehr hoch sind, weit höher zum Beispiel als der Lohn eines Bundesratsmitglieds, und diese Entschädigungen scheinen in den letzten Jahren sogar noch zugenommen zu haben. Ein Gutachten von Professor René Rhinow und Professorin Regula Kägi-Diener aus dem Jahr 2006 kam zum Schluss, dass die Krankenversicherer im Bereich der Grundversicherung eine öffentliche Aufgabe wahrnehmen. Entschädigungen über 500 000 Franken lassen sich nicht rechtfertigen und müssen angesichts der gesellschaftlichen Aufgabe der Krankenversicherer im Bereich der Grundversicherung begrenzt und an die Löhne von Bundesratsmitgliedern angepasst werden.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 23.09.2016

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass die Frage der Löhne in bundesnahen Betrieben heikel ist. Das haben auch die Diskussionen im Rahmen der Volksinitiative "pro Service public" gezeigt. Der Bundesrat befasst sich im neuen Bericht über Kaderlöhne mit dieser Thematik.

Das Bundesgericht hat präzisiert, dass die Krankenkassen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung staatliche Aufgaben wahrnehmen und damit als staatliche Organe handeln (Entscheid vom 4. September 2014 1C_372/2014). Eine gewisse Zurückhaltung müssen daher auch sie üben. Dennoch hält der Bundesrat fest, dass die Initiative "pro Service public" abgelehnt wurde. Da die Krankenkassen keine Bundesbetriebe sind, ist es nicht angezeigt, in diesem Sektor Obergrenzen festzulegen.

Die vom Bundesrat verabschiedete Strategie Gesundheit 2020 (www.admin.ch > EDI > BAG > Themen) verfolgt namentlich das Ziel, die Transparenz des Schweizer Gesundheitssystems zu erhöhen. Das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG; SR 832.12), das integrierender Bestandteil dieser Strategie ist, verpflichtet die Versicherer, im Geschäftsbericht ihr Entschädigungssystem offenzulegen und für ihr Leitungsorgan den Gesamtbetrag der Entschädigungen und den höchsten auf ein Mitglied entfallenden Betrag zu veröffentlichen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) publiziert seinerseits den Verwaltungsaufwand der Versicherer in der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Die Freizügigkeit der Versicherten und der Wettbewerb auf dem Markt zwingen die Versicherer, ihre Betriebskosten möglichst tief zu halten. Das BAG wird die Umsetzung der am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Bestimmungen des KVAG aufmerksam verfolgen und 2018/19 eine Beurteilung der neuen Gesetzgebung vornehmen. Dabei wird auch den Entschädigungen besondere Beachtung geschenkt.

In Anbetracht der Autonomie, die den Versicherern bei der Festlegung der Löhne zugestanden wird, sowie der Bestimmungen des KVAG zur Gewährleistung der Transparenz in diesem Bereich ist der Bundesrat der Ansicht, dass die Festlegung einer Lohnobergrenze für die Führungskräfte der Krankenversicherer unangebracht wäre.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 23.09.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (2)

Beschäftigung und Arbeit Gesundheit

16.3641

MOTION

Ausgleichsfonds AHV/IV/EO dem Öffentlichkeitsgesetz unterstellen

Eingereicht von: FELLER OLIVIER

FDP-Liberale Fraktion

FDP.Die Liberalen

Einreichungsdatum: 12.09.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die nötigen Massnahmen zu treffen, damit die Ausgleichsfonds AHV/IV/EO dem Öffentlichkeitsgesetz unterstellt werden.

BEGRÜNDUNG

Die Ausgleichsfonds AHV/IV/EO sind für die Verwaltung des Vermögens dieser drei Sozialversicherungen verantwortlich. Dieses Vermögen beläuft sich auf 35,7 Milliarden Franken (Stand: 30. Juni 2016), und es ist Vermögen des Volkes. Denn die Ausgleichsfonds AHV/IV/EO werden von den Beiträgen der Arbeitgeber, der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, der Selbstständigerwerbenden sowie aus Steuergeldern gespeist.

Mit Hinweis auf das Öffentlichkeitsgesetz verlangte die Redaktion des "Tages-Anzeigers" von den Ausgleichsfonds AHV/IV/EO die Lieferung aller nützlichen Informationen über Verwaltungskosten und über Honorare an externe Beauftragte (für Vermögensverwaltung, Wertpapierhandel usw.). Die Ausgleichsfonds AHV/IV/EO haben die Anfrage des "Tages-Anzeigers" mit der Begründung zurückgewiesen, sie seien der Meinung, nicht dem Öffentlichkeitsgesetz zu unterstehen. Dies geht aus einem Artikel des "Tages-Anzeigers" vom 7. September 2016 hervor.

Man fragt sich, was die Ausgleichsfonds AHV/IV/EO bezüglich der Verwaltungskosten und der Honorare an externe Beauftragte zu verstecken suchen, dass sie sich weigern, die für die Presse nützlichen Informationen zu liefern. Auf institutioneller Ebene ist es wichtig, dass die Ausgleichsfonds AHV/IV/EO genauso dem Öffentlichkeitsgesetz unterstehen wie die Bundesverwaltung oder zahlreiche öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Organisationen ausserhalb der Verwaltung, die öffentliche Aufgaben erledigen. Die Ausgleichsfonds AHV/IV/EO sind kein privates Unternehmen der Vermögensverwaltung, sondern eine öffentliche Institution, die von Gesetzes wegen mit der Vermögensverwaltung dieser drei Sozialversicherungen beauftragt ist.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Organisationen und Personen des öffentlichen oder privaten Rechts, die nicht der Bundesverwaltung angehören, unterstehen dem Öffentlichkeitsgesetz (BGÖ; SR 152.3), soweit sie Erlasse oder erstinstanzlich Verfügungen im Sinn von Artikel 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (SR 172.021) erlassen (Art. 2 Abs. 1 Bst. b BGÖ). Heute sind die Ausgleichsfonds der AHV/IV/EO Organisationen des öffentlichen Rechts, die nicht der Bundesverwaltung angehören. Sie können weder generell-abstrakte Normen noch Verfügungen erlassen. Damit findet das Öffentlichkeitsgesetz keine Anwendung, da diese die entscheidenden Kriterien nicht erfüllen.

Zurzeit behandelt das Parlament das Ausgleichsfondsgesetz (15.087), welches die heute rechtlich selbstständigen Ausgleichsfonds der AHV/IV/EO in eine öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes mit eigener Rechtspersönlichkeit überführt. Diese Anstalt wird zur dezentralen Bundesverwaltung gehören (Art. 7a Abs. 1 Bst. c RVOV; SR 172.010.1) und wird damit künftig unter den Geltungsbereich des Öffentlichkeitsgesetzes fallen (Art. 2 Abs. 1 Bst. a BGÖ). Damit sieht der Bundesrat diesbezüglich keinen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Im Übrigen thematisiert das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Frage der Transparenz der Anlagetätigkeit in regelmässigen Eignergesprächen mit dem Verwaltungsrat der Ausgleichsfonds der AHV/IV/EO. Der Bundesrat stellt mit Befriedigung fest, dass der Jahresbericht der Ausgleichsfonds der AHV/IV/EO mittlerweile einen hohen Stand an Transparenz erreicht hat.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

THEMENGEBIETE (4)

Finanzwesen Menschenrechte Sozialer Schutz Staatspolitik

16.3690

POSTULAT

Überhöhte Preise für medizinische Hilfsmittel. Wann können Versicherte mit Preisabschlägen rechnen?

Eingereicht von: HEIM BEA

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 22.09.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird gebeten, im Hinblick auf die Behandlung der parlamentarischen Initiative Humbel 16.419 folgende Punkte zu prüfen und entsprechend Bericht zu erstatten:

1. Die Stärkung der wettbewerblichen Elemente in der Weiterentwicklung des Vergütungssystems und die zu erwartenden preislichen Wirkungen derselben.
2. Mögliche Instrumente, um die nötige Transparenz in die Preisgestaltung der medizinischen Hilfsmittel und deren Zubehör auf dem schweizerischen Markt zu bringen und damit auch mehr Transparenz für die Festlegung der Höchstpreisvergütungen (HPV) für die Migel zu schaffen.
3. Mögliche preisdämpfende Wirkungen von Vertragslösungen zwischen Krankenkassen und Abgabestellen sowie denkbare Gründe dafür, dass dieser Weg kaum eingeschlagen wird, obwohl er schon heute möglich wäre.
4. Eine Differenzierung nach Produkten, die im Ausland bezogen werden können und von den Krankenkassen zu vergüten sind, und solchen, bei denen dies nicht möglich sein soll (s. Antwort des Bundesrates auf die Motion Heim 16.3169).
5. Die Forderungen des Preisüberwachers vom 21. März 2016 im Bereich der Migel und das Ergebnis der Prüfungen derselben.

BEGRÜNDUNG

Die überhöhten Preise für medizinische Hilfsmittel sind ein Dauerärgernis, und zwar seit mehr als 10 Jahren. So finden sich für Höchstpreisvergütungen (HPV), die zum Teil um ein Mehrfaches höher sind als der Marktpreis in anderen Ländern, kaum Begründungen, ausser dass bei der HPV-Festlegung zusätzlich zur 80-prozentigen Marktgewichtung noch das Leistungspaket eingerechnet wird. Kritik kommt von fast allen Seiten, von Versicherten, von Konsumentenorganisationen, von den Krankenkassen und auch vom Preisüberwacher:

"Die Hersteller und Händler könnten das Ausmass des Unterschieds zwischen Ausland- und Inlandpreisen nicht rechtfertigen," lässt sich dieser zitieren. Letztlich bleiben die Preise ein Mysterium, das weder die Wettbewerbskommission noch die Eidgenössische Finanzkontrolle, der Preisüberwacher oder das Bundesamt für Gesundheit wirklich aufklären können (Zitat aus der "Sonntags-Zeitung" vom 11. September 2016).

STELLUNGNAHME DES BUNDESRAATES VOM 23.11.2016

1. Der Revisionsbedarf der Mittel- und Gegenständeliste (Migel) ist unbestritten (vgl. auch Stellungnahmen des Bundesrates zu den Motionen 16.3069, 16.3166, 05.3522 und 05.3523). Wie der Bundesrat bereits verschiedentlich dargelegt hat, sind seit dem Jahr 2006 mehrere Massnahmen zur Senkung der Höchstvergütungsbeträge (HVB) in der Migel, insbesondere bei den drei umsatzstärksten Produktgruppen (Blutzuckerteststreifen, Inkontinenzmaterial und hydrocolloide Wundverbände), vorgenommen worden. Die Revision der Migel wurde Ende 2015 gestartet. Erste Anpassungen an der Migel sind per 1. August 2016 bereits in Kraft getreten, und ein weiteres Anpassungspaket bei Produkten mit wesentlichem Handlungsbedarf wird auf Anfang 2017 folgen. Bis Ende 2017 werden insbesondere die Produkte, die rund zwei Drittel des Kostenvolumens der Migel generieren, bearbeitet sein. In diesem Sinne dürfte das wesentliche Kostensenkungspotenzial bis Ende 2017 ausgeschöpft sein. Die inhaltliche Gesamtrevision der Migel wird bis Ende 2019 abgeschlossen. Auch hat die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) im Auftrag der Finanzdelegation der eidgenössischen Räte einen Auditbericht zur Migel-Revision verfasst und per 1. September 2016 veröffentlicht (abrufbar unter:

[http://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/andere_berichte/Andere%20Berichte%20\(141\)/16647BE.pdf](http://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/andere_berichte/Andere%20Berichte%20(141)/16647BE.pdf)

([http://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/andere_berichte/Andere Berichte \(141\)/16647BE.pdf](http://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/andere_berichte/Andere%20Berichte%20(141)/16647BE.pdf))).

Das System der Migel mittels Beschreibung von generischen Produktgruppen und Festlegung eines diesbezüglichen HVB erachtet der Bundesrat als geeignet. Das System wurde einerseits gewählt, weil die auf der Migel gelisteten Produkte eine grosse Vielfalt an Typen von Produkten hinsichtlich Anwendung sowie medizinischem Nutzen aufweisen und dabei verschiedene Ausstattungen und Qualitätsniveaus auf dem Markt vorhanden sind. Weiter erfahren die Produkte teilweise in kurzen Zeitintervallen Anpassungen, ohne dass das wesentliche Wirkungsprinzip verändert wird. Auch sind viele verschiedene Absatzkanäle und Abgabestellen vorhanden (z. B. Apotheke, Arzt, Spital, Pflegeheim, Sanitätsgeschäft, Lungenliga, Optiker, Zahntechniker, Versandhandel, Firmen usw.). Ein Festbetragssystem ermöglicht hier eine einheitliche Regelung mit einem angemessenen Marktspielraum. Die Wettbewerbskommission vertritt die Auffassung, dass das System der HVB den Wettbewerb unter den Anbietern fördert und geeignet ist, das Preis-Leistungs-Verhältnis der Migel-Produkte zu verbessern, dies allerdings unter der Voraussetzung der regelmässigen Aktualisierung der HVB.

Durch die Migel-Revision soll mit sachgerechteren Gliederungen und besseren Beschreibungen der Produkte sowie mit einer Anpassung der HVB die Anwendbarkeit verbessert und sollen auch die wettbewerblichen Elemente gefördert werden. Auch mit der zukünftigen periodischen Überprüfung der HVB wird diesem Anliegen Rechnung getragen. Grundlagen dafür stellen die im Rahmen des Projektes Migel-Revision unter Einbezug der Stakeholder konkretisierten Grundsätze zum System der Festlegung der HVB, insbesondere auch der Auslandpreisvergleich, sowie zum Umgang mit verschiedenen Formaten/Packungsgrössen und zeitlichen Limitationen dar.

2. Mit Marktanalysen im In- und Ausland können die für eine Festlegung der HVB notwendigen Informationen über Kosten und Preise bereitgestellt werden. Ein System ähnlich der Spezialitätenliste (SL) mit behördlicher Festlegung von Fabrikabgabepreisen und Publikumspreisen erachtet der Bundesrat, wie er es in seiner Stellungnahme zur Motion Heim [16.3166](#), "Mittel- und Gegenständeliste. Preise sollen kostengünstiger werden", dargelegt hat, als nicht zielführend und ineffizient.

3. Da der HVB einen Höchstbetrag darstellt, wäre es Versicherern und Leistungserbringern bereits heute möglich, vertragliche Regelungen zu vereinbaren. Derartige Vereinbarungen existieren jedoch einzig in wenigen Bereichen, in denen angesichts des Marktvolumens oder der Spezialisierung Interesse besteht. Die Vielzahl unterschiedlichster Leistungserbringer (siehe Beispiele oben) mit sehr verschiedenen Absatzkanälen für eine breite Palette sehr unterschiedlicher Produkte erschwert die Vereinbarung von vertraglichen Regelungen.

Hingegen besteht seit Jahren im Bereich der Tarifverträge (z. B. Tarmed, Physiotherapie, Pflegeleistungen) ein Problem durch die dortigen Verweise auf die HVB der Migel für Materialien, die durch die Fachpersonen bei der Leistungserbringung verwendet werden. Diese Materialien liegen nicht im Geltungsbereich der Migel und die HVB der Migel sind auch nicht geeignet, da diese für den Einzelverkauf an Patienten ausgelegt sind und nicht auf die Einkaufsbedingungen der Leistungserbringer für Grossmengen. Hier hätten die Tarifpartner ausserhalb des Geltungsbereichs der Migel die Aufgabe, wirtschaftliche Vertragslösungen zu vereinbaren. Das ist aber bisher nicht erfolgt.

4. Der Bundesrat hat bereits in seiner Stellungnahme zur Motion Heim [16.3169](#), "Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände", festgehalten, dass er bereit ist, im Rahmen der Revision der Migel eine Differenzierung nach Produkten, die im Ausland bezogen und vergütet werden können, und solchen, bei denen dies nicht möglich ist, zu prüfen, dem Parlament Bericht zu erstatten und allenfalls eine entsprechende Anpassung des KVG vorzuschlagen. Die diesbezüglichen Arbeiten sind bereits aufgenommen worden, und der Bericht wird im Laufe des Jahres 2017 vorliegen.

5. Die Empfehlungen des Preisüberwachers werden im Rahmen der Migel-Revision sowie im durch den Bundesrat in Aussicht gestellten Bericht hinsichtlich Differenzierung nach Produkten, die im Ausland bezogen und vergütet werden können, behandelt. Die Preisüberwachung ist in den Arbeitsgruppen zur Migel-Revision sowie in der Begleitgruppe vertreten.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 23.11.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (25)

ALLEMANN EVI BARRILE ANGELO BRAND HEINZ FEHLMANN RIELLE LAURENCE FERI YVONNE FRIEDL CLAUDIA GALLADÉ CHANTAL GIEZENDANNER ULRICH GYSI BARBARA HARDEGGER THOMAS HESS LORENZ HUMBEL RUTH HÄSLER CHRISTINE INGOLD MAJA

KIENER NELLEN MARGRET LEUTENEGGER OBERHOLZER SUSANNE LOHR CHRISTIAN MUNZ MARTINA MÜLLER WALTER NUSSBAUMER ERIC
REYNARD MATHIAS SCHMID-FEDERER BARBARA SEILER GRAF PRISKA SEMADENI SILVA WEIBEL THOMAS

THEMENGEBIETE (2)

Gesundheit Wirtschaft

16.3796

POSTULAT

Gesundheitskosten von Asylsuchenden (Ausweis N) und Sans-Papiers

Eingereicht von: CLOTTU RAYMOND

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 29.09.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht vorzulegen, das heisst, eine Statistik darüber erstellen zu lassen, welche Gesundheitskosten Asylsuchende (Ausweis N) und Sans-Papiers in den vergangenen Jahren verursacht haben und in den kommenden Jahren verursachen werden. Diese Statistik soll klar differenzieren zwischen Asylsuchenden und Sans-Papiers. Des Weiteren soll sie aufzeigen, um wie viele Personen es sich handelt und wie hoch die durchschnittlichen Kosten pro Person in den verschiedenen Kantonen sind im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Wohnbevölkerung.

BEGRÜNDUNG

Aus verschiedenen Quellen (Notaufnahmen, Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen) ist zu erfahren, dass Asylsuchende höhere Gesundheitskosten verursachen als die Bürgerinnen und Bürger unseres Landes. Die Gründe dafür sind vielfältig: Sie kennen das Hausarztssystem nicht und wenden sich in den meisten Fällen an die Notaufnahme. Daneben haben diese Menschen, immer noch laut Gesundheitsfachleuten, häufiger gesundheitliche Probleme. Ausserdem haben sie überhaupt keinen Grund zu sparen, da sie von den Prämien, der Franchise und dem Selbstbehalt befreit sind.

Diese Problematik betrifft auch die Sans-Papiers, die in der Schweiz über eine obligatorische Krankenversicherung verfügen müssen, obwohl sie in unserem Land nur über ein fiktives Domizil verfügen. Dieses Phänomen wirft die Frage auf, wer die Kosten übernimmt, wenn Gesundheitspersonal nichtversicherte und zahlungsunfähige Sans-Papiers behandelt, weil die Pflicht besteht, sie aufzunehmen und zu behandeln. Konkret gefragt: Wer bezahlt die Behandlungskosten von Asylsuchenden und versicherten, nichtversicherten und zahlungsunfähigen Sans-Papiers? Einen leserlichen Bericht mit höchstens zehn Seiten, bitte!

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Der Bundesrat hat bereits im Bericht vom 23. Mai 2012 "Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers" in Erfüllung des Postulates von Nationalrätin Heim 09.3484 über die Situation der Sans-Papiers hinsichtlich der Krankenversicherung und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung informiert. Dieser basierte auf dem am 23. März 2011 veröffentlichten Schlussbericht "Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers", den das Büro Vatter AG im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt hatte und der einige Schätzungen bezüglich der Situation in den einzelnen Kantonen enthält (beide Berichte sind im Internet zugänglich: www.bag.admin.ch (<http://www.bag.admin.ch>)).

> Themen > Gesundheitspolitik > Migration und Gesundheit > Bildung und Versorgung > Krankenversicherung der Sans Papiers).

Bei den Sans-Papiers ist es kaum möglich, eine Statistik zu erstellen, da sie grundsätzlich unbekannten Aufenthaltes und auch beim Krankenversicherer nicht unbedingt als solche erfasst sind. Sans-Papiers sind gemäss KVG der sozialen Krankenversicherung unterstellt, da sie in der Schweiz Wohnsitz haben. In der Praxis hat sich aber gezeigt, dass nur eine kleine Anzahl von Sans-Papiers tatsächlich gemäss KVG versichert ist. Was den Zugang zur Gesundheitsversorgung betrifft, so zeigt sich zudem, dass Sans-Papiers einen geringen und kantonal sehr unterschiedlichen Leistungszugang haben. Sans-Papiers, die nicht versichert sind, können hohe soziale Kosten verursachen. Diese Kosten müssen zunächst primär die Leistungserbringer und letztlich oft die öffentliche Hand tragen. Weil Arztbesuche aufgeschoben werden, bis sie unvermeidlich sind, benötigen Sans-Papiers häufig kostspieligere Behandlungen. Der genannte Bundesratsbericht sowie der Schlussbericht des Büros Vatter AG wurden erst vor wenigen Jahren erstellt. Deshalb erachtet der Bundesrat die Erstellung eines neuen Berichtes zum jetzigen Zeitpunkt als unverhältnismässig.

Was die Asylbewerber anbelangt, stellt das BAG anhand der von ihm erhobenen Individualdaten fest, dass die Durchschnittskosten der Asylbewerber in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 2015 8,8 Prozent über den Durchschnittskosten der übrigen Versicherten in der Schweiz lagen. Die Kosten aller Asylbewerber betragen 0,67 Prozent der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) und das Staatssekretariat für Migration (SEM) erstellen zusammen eine Sozialhilfestatistik im Asylbereich (E-Asyl). Diese Statistik ist öffentlich zugänglich (www.bfs.admin.ch) (<http://www.bfs.admin.ch>)

> Statistiken finden > Soziale Sicherheit). Sie umfasst auch die Gesundheitskosten bestehend aus den Krankenkassenprämien, den Gesundheitskosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, sowie den Franchisen und den Selbstbehalten. Die Statistik wird auf der Basis Durchschnitt pro Person und nach Kanton erstellt. Auch wird zusätzlich noch zwischen Asylsuchenden und vorläufig aufgenommenen Personen unterschieden. Damit liegt die im Postulat beantragte Statistik bezüglich der Asylsuchenden vor.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (61)

AEBI ANDREAS AESCHI THOMAS AMAUDRUZ CÉLINE AMSTUTZ ADRIAN ARNOLD BEAT BAUER PHILIPPE BIGLER HANS-ULRICH BRAND HEINZ BRUNNER TONI BUFFAT MICHAËL BURGHERR THOMAS BURKART THIERRY BÜCHLER JAKOB BÜHLER MANFRED CASSIS IGNAZIO CHIESA MARCO DE COURTEN THOMAS DETTLING MARCEL EGLOFF HANS FLÜCKIGER-BÄNI SYLVIA GEISSBÜHLER ANDREA MARTINA GENECAND BENOÎT GIEZENDANNER ULRICH GLARNER ANDREAS GLAUSER-ZUFFEREY ALICE GOLAY ROGER GRIN JEAN-PIERRE GRÜTER FRANZ HAUSAMMANN MARKUS HEER ALFRED HERZOG VERENA HESS ERICH HURTER THOMAS IMARK CHRISTIAN KELLER PETER KELLER-INHELDER BARBARA KNECHT HANSJÖRG KÖPPEL ROGER LÜSCHER CHRISTIAN MARTULLO-BLOCHER MAGDALENA MATTER THOMAS NIDEGGER YVES PAGE PIERRE-ANDRÉ PANTANI ROBERTA QUADRI LORENZO REIMANN MAXIMILIAN RICKLI NATALIE RIME JEAN-FRANÇOIS RUPPEN FRANZ RUTZ GREGOR SALZMANN WERNER SOLLBERGER SANDRA STEINEMANN BARBARA TUENA MAURO VOGT HANS-UELI VON SIEBENTHAL ERICH WALLISER BRUNO WALTER HANSJÖRG WOBMANN WALTER ZANETTI CLAUDIO ZUBERBÜHLER DAVID

THEMENGEBIETE (2)

Gesundheit Migration

16.3804

POSTULAT

Bedarfsabhängige Kinderzulagen als gezielte Massnahme zur Bekämpfung der Familienarmut

Eingereicht von: SCHMID-FEDERER BARBARA

CVP-Fraktion

Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz

Einreichungsdatum: 29.09.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht aufzuzeigen, auf welche Weise neu bedarfsabhängige Zulagen eingeführt werden könnten, mit denen finanziell schlechtgestellte Familien gezielt unterstützt werden könnten.

BEGRÜNDUNG

In seinem Bericht "Familienpolitik - Auslegeordnung und Handlungsoptionen des Bundes" vom 20. Mai 2015 stellt der Bundesrat fest, welche Handlungsoptionen notwendig sind, damit Familien die von der Gesellschaft erwarteten Leistungen auch tatsächlich erbringen können. Wichtig ist, dass die wirtschaftliche Lage von Familien gesichert ist und dass Familienarmut verhindert wird. Die sozioökonomischen Analysen des Bundesamtes für Statistik zeigen wiederholt auf, dass das Armutsrisiko in der Schweiz stark durch die Anzahl Kinder bzw. ob nur ein alleinerziehender Elternteil vorhanden ist, gefördert wird. Das Armutsrisiko hat hierbei auch Auswirkungen auf die Chancen der Kinder und deren angemessene Versorgung.

Die Steuerbefreiung von Kinder- und Ausbildungszulagen ist vom Volk abgelehnt worden. Ebenfalls chancenlos sind Vorstösse, die eine generelle Erhöhung der Kinderzulagen verlangen.

Der Bundesrat selber favorisiert in seinem Bericht, dass die Kinderzulagen neu bedarfsabhängig gestaltet werden sollen, damit Familienarmut bekämpft werden kann.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Der Bundesrat hat am 20. Mai 2015 eine Aussprache zur Familienpolitik geführt. Dabei stützte er sich unter anderem auf den Bericht "Familienpolitik. Auslegeordnung und Handlungsoptionen des Bundes" in Erfüllung des Postulates Tornare [13.3135](#), "Familienpolitik", vom 20. März 2013. Dieses Dokument ist abrufbar unter: www.bsv.admin.ch > Themen > Familie/Familienzulagen > Familienpolitik: Übersicht. Die Einführung von bedarfsabhängigen Kinderzulagen ist eine der Handlungsoptionen, die der Bundesrat in diesem Bericht geprüft hat. Wie der Bundesrat bereits am 25. November 2015 in seiner Antwort auf die Motion Feri Yvonne [15.3939](#), "Kinderzulagen bedarfsabhängig ergänzen", festgehalten hat, kämen die Kosten für diese neuen Zulagen in der Grössenordnung von 300 bis 600 Millionen Franken pro Jahr zu liegen. Mit Blick auf die aktuelle finanzpolitische Situation hält der Bundesrat die Einführung eines solchen Bedarfzulagensystems derzeit für nicht tragbar. Zudem stünde ein Tätigwerden des Bundes zur Bekämpfung der Familienarmut in einem gewissen Spannungsverhältnis zur geltenden Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen. Der Bundesrat hält deshalb einen umfassenden Bericht zur Frage, wie bedarfsabhängige Zulagen eingeführt werden könnten, als nicht angezeigt.

In der am 20. Mai 2015 geführten Aussprache hat der Bundesrat der Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit prioritäre Bedeutung zugemessen. Der Bund soll deshalb sein Engagement in diesem Bereich verstärken. Zu diesem Zweck hat er am 29. Juni 2016 die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung (SR 861) zuhanden des Parlamentes verabschiedet. Dieses Dokument ist abrufbar unter: www.admin.ch > Bundesrecht > Bundesblatt: Nr. 29 vom 26. Juli 2016. Die beiden Hauptziele der Vorlage sind geringere Kosten für die Drittbetreuung von Kindern und ein besser auf die Bedürfnisse der Eltern abgestimmtes Angebot.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (5)

AMHERD VIOLA CANDINAS MARTIN INGOLD MAJA LOHR CHRISTIAN ROMANO MARCO

THEMENGEBIETE (2)

Soziale Fragen Steuer

16.3810

MOTION

Altersvorsorge und insbesondere berufliche Vorsorge. Wissenslücken schliessen

Eingereicht von: LEUTENEGGER OBERHOLZER SUSANNE

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 29.09.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird eingeladen, ein Bildungsprogramm zu lancieren, mit dem die akuten Wissenslücken der Versicherten im Bereich der Altersvorsorge und insbesondere der beruflichen Vorsorge geschlossen werden können. Die Organisationen der Branche sind dabei mit einzubeziehen.

BEGRÜNDUNG

Umfragen zeigen, dass in Bezug auf die Altersvorsorge in der Bevölkerung eklatante Informationslücken bestehen. Das bestätigt auch eine Studie der Hochschule Luzern, die im Auftrag von Pens Expert in Auftrag gegeben worden ist. Diese hat eklatante Wissens- und Bildungslücken der Versicherten in Bezug auf die berufliche Vorsorge zutage gebracht. Die Autorin der Studie, Yvonne Seiler Zimmermann, sieht einen dringenden Handlungsbedarf und empfiehlt konkrete Massnahmen, um die Bildungslücken zu schliessen. Angezeigt ist dies deshalb, weil nur gut informierte Versicherte ihre Vorsorge eigenverantwortlich planen können und weil die gesamte Bevölkerung von den Obligationen in der Altersvorsorge betroffen ist. Wichtig ist das auch für das Politikverständnis der Versichertengemeinschaft. Der Bundesrat wird deshalb eingeladen, zusammen mit den zuständigen Organisationen der Branche Bildungsprogramme auszuarbeiten, mit denen diese Informationslücken geschlossen werden können.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Die berufliche Vorsorge basiert auf der Eigenverantwortung der Vorsorgeeinrichtungen und ist dezentral organisiert. Es ist die Aufgabe des obersten Organs einer Vorsorgeeinrichtung, die Information der Versicherten sicherzustellen. Zusätzlich ist auch der Arbeitgeber verpflichtet, den Arbeitnehmenden den erforderlichen Aufschluss über ihre Forderungsrechte zu erteilen. Die Führungsorgane nehmen diese Ausbildungsaufgabe wahr. Es werden viele Tagungen für die Aus- und Weiterbildung von Stiftungsräten angeboten, welche auch interessierten Personen offenstehen.

In der Praxis informieren und sensibilisieren zusätzlich die Organisationen der Branchen. So lancierte beispielsweise der Schweizerische Pensionskassenverband Asip den Film "Die Stellschrauben der zweiten Säule - verständlich erklärt" (www.mit-uns-fuer-uns.ch)

(<http://www.mit-uns-fuer-uns.ch>)

> zweite Säule). Ebenso finden sich auf den Websites der meisten Vorsorgeeinrichtungen hinreichende Informationen zum Thema mit weiterführenden Links auf nützliche Erklärungen, Glossare oder Publikationen zur zweiten Säule.

Der Bund informiert bereits heute zusammen mit den Kantonen und den Gemeinden über die Altersvorsorge auf dem Portal "ch.ch" mit vielen weiterführenden Informationen zu allen drei Säulen in fünf Sprachen (www.ch.ch) (<http://www.ch.ch>)

> Altersvorsorge in der Schweiz > Wie regle ich meine Altersvorsorge?).

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass die berufliche Vorsorge komplex und für die Versicherten nicht einfach zu verstehen ist. Er ist jedoch der Meinung, dass für die Versicherten bereits heute ausreichende Möglichkeiten bestehen, sich über die zweite Säule zu informieren und/oder den Wissensstand zu verbessern. Es besteht deshalb kein Bedarf, auf Bundesebene ein Bildungsprogramm zu lancieren. Ein solches würde denn auch nicht in das System der zweiten Säule passen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (14)

BADRAN JACQUELINE BARRILE ANGELO CAROBIO GUSCETTI MARINA GYSI BARBARA HADORN PHILIPP HEIM BEA JANS BEAT
KIENER NELLEN MARGRET MASSHARDT NADINE MUNZ MARTINA NUSSBAUMER ERIC SCHENKER SILVIA SCHWAAB JEAN CHRISTOPHE
SEILER GRAF PRISKA

THEMENGEBIETE (2)

Bildung Sozialer Schutz

16.3812

MOTION

Keine unnötigen und aufwendigen Datenerhebungen bei Freizügigkeitseinrichtungen

Eingereicht von: GIEZENDANNER ULRICH

Fraktion der Schweizerischen Volkspartei
Schweizerische Volkspartei

Einreichungsdatum: 29.09.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, keine zusätzlichen Daten von den Freizügigkeitseinrichtungen zu verlangen.

BEGRÜNDUNG

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat in einer kürzlich erschienenen Machbarkeitsstudie ("Messung der Kapitalflüsse bei Freizügigkeitseinrichtungen") untersuchen lassen, wie von den Freizügigkeitseinrichtungen noch mehr Daten erhoben werden können.

Die Studie kommt zum Schluss, dass die Erhebung zusätzlicher Daten zu einem erheblichen Aufwand aufseiten der Freizügigkeitseinrichtungen führen würde. Es liegt auf der Hand, dass die vom BSV verlangten Daten für die Freizügigkeitseinrichtungen nicht von Belang sind, da sie diese sonst bereits erheben würden. Es ist ausserdem damit zu rechnen, dass aufseiten der Verwaltung zusätzliche personelle und finanzielle Aufwände nötig würden, um die erhobenen Daten auswerten zu können.

Der Bundesrat wird daher aufgefordert, bereits umgesetzte oder noch in Planung befindliche Vorhaben, von den Freizügigkeitseinrichtungen mehr Daten zu verlangen, abzuberechnen.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 23.11.2016

Die Feststellung, dass statistische Daten zur Freizügigkeit in der beruflichen Vorsorge fehlen, gab dem Bundesamt für Sozialversicherungen den Anstoss zur Machbarkeitsstudie "Messung der Kapitalflüsse bei Freizügigkeitseinrichtungen". Während die Kapitalflüsse der Vorsorgeeinrichtungen in der Pensionskassenstatistik des Bundesamtes für Statistik detailliert abgebildet werden, fehlen Informationen zur Freizügigkeit weitgehend; das im Jahr 2014 auf rund 51,4 Milliarden Franken geschätzte Volumen der Guthaben aus der zweiten Säule, die für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge bestimmt sind und von Freizügigkeitseinrichtungen verwaltet werden, ist eine erhebliche Summe. Es besteht somit durchaus ein Bedarf, die Informationslücken in diesem Bereich zu schliessen. Mit der Machbarkeitsstudie sollte untersucht werden, wie der Mangel an statistischen Daten behoben werden kann.

Drei Freizügigkeitsstiftungen beteiligten sich freiwillig an der Machbarkeitsstudie, weshalb keine Einrichtung zur Zusammenarbeit verpflichtet wurde. Die Zusammenarbeit mit den drei Einrichtungen verlief sehr erfolgreich, da diese für sie relevante statistische Daten erhielten, zu denen sie ohne die Machbarkeitsstudie keinen Zugang gehabt hätten.

Die Studie gelangt zum Schluss, dass die Auswertung von statistischen Daten anhand der Software, die die Freizügigkeitseinrichtungen für die Verwaltung der Konten oder der Policen verwenden, technisch komplex ist und beträchtliche Kosten verursachen kann. Daher werden für den Fall einer umfassenden Erhebung mehrere methodische Varianten vorgeschlagen. Folglich verfügt der Bundesrat aktuell über Entscheidungsgrundlagen für eine allfällige Durchführung künftiger statistischer Erhebungen bei den Freizügigkeitseinrichtungen.

Es ist Aufgabe des Bundesrates, sämtliche Datenerhebungen zu unterstützen, die als konkrete Grundlage für weitere Überlegungen zur Entwicklung der Gesetzgebung im Freizügigkeitsbereich dienen. Darauf zu verzichten, wie dies von der Motion verlangt wird, wäre nicht nur übertrieben und kontraproduktiv, sondern würde gar die Aufsichtspflicht des Bundesrates gegenüber den Einrichtungen der zweiten Säule verletzen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 23.11.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (52)

ADDOR JEAN-LUC AEBI ANDREAS AESCHI THOMAS AMAUDRUZ CÉLINE AMSTUTZ ADRIAN ARNOLD BEAT BRAND HEINZ BRUNNER TONI
BUFFAT MICHAËL BURGHERR THOMAS BÜCHEL ROLAND RINO BÜHLER MANFRED CAMPELL DURI CANDINAS MARTIN CLOTTU RAYMOND
DE COURTEN THOMAS ESTERMANN YVETTE FLÜCKIGER-BÄNI SYLVIA FREHNER SEBASTIAN GEISSBÜHLER ANDREA MARTINA
GLARNER ANDREAS GOLAY ROGER GRIN JEAN-PIERRE GRUNDER HANS GRÜTER FRANZ HEER ALFRED HERZOG VERENA HESS ERICH
HESS LORENZ HURTER THOMAS IMARK CHRISTIAN KNECHT HANSJÖRG MÜLLER THOMAS MÜLLER WALTER PIEREN NADJA REGAZZI FABIO
REIMANN MAXIMILIAN RICKLI NATALIE RIME JEAN-FRANÇOIS RUPPEN FRANZ RUTZ GREGOR SALZMANN WERNER SOLLBERGER SANDRA
STAMM LUZI STEINEMANN BARBARA TUENA MAURO VOGT HANS-UELI VON SIEBENTHAL ERICH WALLISER BRUNO WOBMANN WALTER
ZANETTI CLAUDIO ZUBERBÜHLER DAVID

THEMENGEBIETE (2)

Sozialer Schutz Staatspolitik

16.3822

MOTION

Krankenversicherung nach KVG. Keine übermässig harten Vertragsbedingungen bei alternativen Versicherungsmodellen

Eingereicht von: CAROBBIO GUSCETTI MARINA

Sozialdemokratische Fraktion
Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Einreichungsdatum: 29.09.2016

Eingereicht im Nationalrat

Stand der Beratungen: Im Rat noch nicht behandelt

EINGEREICHTER TEXT

Der Bundesrat wird beauftragt, die nötigen Massnahmen zu treffen, damit bei den alternativen Versicherungsmodellen in der Krankenversicherung die gemäss Versicherungsbedingungen vorgesehenen Sanktionen verhältnismässig sind und die versicherten Personen nicht in Schwierigkeiten, auch nicht finanzieller Art, bringen. Das heisst insbesondere:

1. Es ist ein Recht auf Irrtum vorzusehen, und zwar mittels einer schriftlichen Mahnung der versicherten Person, falls diese die vom Vertrag vorgesehenen Verpflichtungen nicht einhält. Die Mahnung muss die genaue Art des Irrtums nennen und erklären, welches das korrekte Verhalten gewesen wäre, sie muss über die Kontaktmöglichkeiten im Fall von Fragen informieren sowie die Sanktionen nennen, die bei einer erneuten Verletzung der Versicherungsbedingungen zur Anwendung kommen.
2. Die einzige mögliche Sanktion ist die Rückkehr zu einer höheren Prämie, wie sie im Standardmodell vorgesehen ist, dies nach der Mahnung und ab dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person die Versicherungsbedingungen verletzt hat.
3. Die Pflicht zur Einhaltung der Vertragsbedingungen kann nicht auf Zusatzversicherungen ausgedehnt werden, die nicht dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) unterstehen.

BEGRÜNDUNG

Um dem Prämienanstieg zu begegnen, wählt eine steigende Zahl von Versicherten alternative Versicherungsmodelle. Als Folge davon sehen sie sich mit Vertragsbedingungen konfrontiert, die schwierig zu verstehen sind und unverhältnismässige Sanktionen vorsehen. Das Krankenversicherungssystem muss transparent und verständlich sein. Viele Versicherte finden sich aber durch Verträge gebunden, deren Klauseln und Bedingungen sie nicht verstanden haben. Angesichts der Vielzahl von Versicherungsmodellen und der enormen Unterschiede zwischen den Versicherungsbedingungen ist es praktisch unmöglich, die Angebote zu vergleichen. Da bestimmte Vertragsklauseln so schwierig zu verstehen sind, kann es passieren, dass sich die versicherte Person nicht zuerst an die telefonische Beratungsstelle wendet, bevor sie einen Arzt aufsucht, dass die Versicherung Medikamente nicht vergütet, weil sie bei einer nichtvertragskonformen Apotheke bezogen wurden, oder dass bei Versicherten im Hausarztmodell eine gynäkologische Untersuchung auf Mykosen nicht anerkannt wird, wenn sie von der Gynäkologin durchgeführt wird. Werden solche Vertragsklauseln nicht eingehalten, kommt es teilweise zu unverhältnismässigen Sanktionen: Bei den meisten Verträgen werden in einem solchen Fall einfach die Leistungen nicht mehr vergütet. Dies ist eine unverhältnismässige Massnahme, die die Versicherten in finanzielle Schwierigkeiten bringen kann, nicht zuletzt deshalb, weil in vielen Versicherungsbedingungen nicht einmal eine Mahnung vorgesehen ist, bevor die Sanktion angewendet wird.

STELLUNGNAHME DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Die Versicherer können besondere Versicherungsformen anbieten, bei denen die Versicherten ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung auswählt. Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden (Art. 41 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10).

Als Gegenleistung für diese Einschränkung kann der Versicherer einen Prämienrabatt gewähren. Das KVG ermächtigt den Bundesrat, die besonderen Versicherungsformen näher zu regeln. Insbesondere kann er aufgrund versicherungsmässiger Erfordernisse Höchstgrenzen für die Prämienrabatte festlegen (Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG).

Gestützt auf diese Ermächtigung hat der Bundesrat zu dieser Versicherungsform namentlich den Bei- und Austritt und die Prämienrabatte geregelt (Art. 99-101a der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102). Hingegen überlässt er es den Versicherern, die Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer und die Sanktion, wenn die versicherte Person sich durch andere Leistungserbringer behandeln lässt, näher zu regeln.

Die Versicherer, die diese Versicherungsform anbieten, haben deshalb in der Regel Versicherungsbedingungen erlassen, in denen sie die Rechte und Pflichten der Versicherten und die Sanktionen festhalten. Meistens veröffentlichen sie diese auf dem Internet. Aufgrund des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12) werden die Versicherer ihre Versicherungsbedingungen ab 2018 dem Bundesamt für Gesundheit zur Genehmigung unterbreiten müssen.

Der Bundesrat geht davon aus, dass es grundsätzlich den Versicherten, die eine besondere Versicherungsform wählen, obliegt sicherzustellen, dass sie ihre Rechte und Pflichten aufgrund der Angaben der Versicherer und ihrer Versicherungsbedingungen kennen und verstehen. Er anerkennt jedoch, dass gewisse Sanktionen finanziell weitgehende Folgen haben können, und ist daher offen, für die besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers weitere Regelungen zu prüfen.

ANTRAG DES BUNDESRATES VOM 02.12.2016

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

ZUSTÄNDIGKEITEN

ZUSTÄNDIGE BEHÖRDE

DEPARTEMENT DES INNERN (EDI) ([HTTPS://WWW.EDI.ADMIN.CH/EDI/DE/HOME.HTML](https://www.edi.admin.ch/edi/de/home.html))

WEITERE INFORMATIONEN

ERSTBEHANDELNDER RAT

Nationalrat

MITUNTERZEICHNENDE (17)

AEBISCHER MATTHIAS BARRILE ANGELO FERI YVONNE FRIEDL CLAUDIA GYSI BARBARA KIENER NELLEN MARGRET MARRA ADA
MASSHARDT NADINE MUNZ MARTINA NUSSBAUMER ERIC PILLER CARRARD VALÉRIE REYNARD MATHIAS RUIZ REBECCA ANA SCHENKER SILVIA
SEILER GRAF PRISKA SEMADENI SILVA TORNARE MANUEL

THEMENGEBIETE (1)

Gesundheit