

Nationalrat

Conseil national

Consiglio nazionale

Cussegl naziunal

Stand:
14.05.2019

Ergänzung zur Tagesordnung Sommersession 2019

Parlamentarische Vorstösse in Kategorie IV

Departement des Innern

Inhaltsverzeichnis (alle Vorstösse)

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
18.3990	n	Mo. Kälin. Zitzenverschliessverbot an Viehschauen		Page	+	✓
18.4216	n	Po. Fehlmann Riele. Zuckerhaltige Getränke und Adipositas. Es muss etwas getan werden!		Guhl, Zanetti Claudio	+	✓
18.4328	n	Po. Wehrli. Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?		Glättli	+	✓
17.3281	n	Po. (Rickli Natalie) Keller Peter. Aufarbeitung des Falls Jürg Jegge und weiterer Missbrauchsfälle im Lichte der Reformpädagogik			-	
17.3297	n	Mo. Fraktion BD. Offensive für eine menschenwürdige Pflege in der Schweiz	Quadranti		-	
17.3306	n	Mo. Marchand. Erwerb einer zweiten Landessprache. Kredit für die Förderung des Austauschs zwischen den Sprachgemeinschaften			-	
17.3323	n	Mo. Heim. Krankenkassenprämien. Eltern bleiben Schuldner der nichtbezahlten Prämien der Kinder			-	
17.3325	n	Mo. Fraktion BD. Endlich gleich lange Spiesse für über 50-Jährige	Campell		-	
17.3380	n	Po. (Schmid-Federer) Kutter. Vor- und Nachteile von kantonsübergreifenden Versorgungsregionen im Hinblick auf die Steuerung des Gesundheitssystems			-	
17.3382	n	Po. Marti Min Li. Einführung des Jugendkulturgutscheins. Demokratische Bildung und Kultur stärken			-	
17.3433	n	Po. Heim. Cybersicherheit im Gesundheitswesen			-	
17.3483	n	Po. de Courten. Massnahmen zur Senkung der Prämienlast in der obligatorischen Krankenversicherung. Gesundheitskosten im Asyl- und Flüchtlingswesen zulasten des Bundes			-	
17.3485	n	Po. de Courten. Massnahmen zur Senkung der Prämienlast in der obligatorischen Krankenversicherung. Strikte Trennung zwischen Therapie und längerfristiger Krankschreibung			-	
17.3516	n	Po. Jauslin. Freie Marktwirtschaft im Gesundheitswesen. Abschaffung des Einzelleistungstarifs			-	
17.3518	n	Mo. Hardegger. Register für Off-Label-Medikamente			-	
17.3535	n	Mo. Flückiger Sylvia. Krankenversicherung light für Personen mit ungeklärtem Aufenthaltsrecht			-	
17.3536	n	Po. (Schmid-Federer) Lohr. Nationales Konzept Freiwilligenarbeit			-	
17.3540	n	Po. Lohr. Diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung			-	
17.3552	n	Po. von Siebenthal. Elektroschock ist keine Therapie			-	
17.3553	n	Po. von Siebenthal. Unzulässige Verschreibung von Neuroleptika an Kinder			-	

* Annahme +
Ablehnung -** Ja ✓
Nein x

Deutsch

Einzelne Vorstösse mit Texte

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
18.3990	n	Mo. Kälin. Zitzenverschliessverbot an Viehschauen		Page	+	✓

Eingereichter Text Der Bundesrat wird ersucht, die Tierschutzverordnung dahingehend anzupassen, dass bei Rindern das Verschliessen von Zitzen jeglicher Art zu Schau- und Präsentationszwecken verboten wird.

Begründung Die beliebte Tradition der Viehschauen gerät durch fragwürdige und oft tierschutzrelevante Manipulationen überehrgeiziger Züchter an Ausstellungskühen zunehmend in Verruf. Das wichtigste Kriterium an einer Milchviehschau ist das Euter. Deshalb werden die Tiere nicht mehr wie normalerweise alle zwölf Stunden gemolken, sondern die Zeit zwischen dem Melken wird ausgedehnt. Verschiedene Züchter dehnen diese so sehr aus, dass es für die Kuh schmerzhaft wird. Bei vielen Kühen tropft bereits vor dem Wettbewerb Milch aus den Zitzen. Um gute Wettbewerbsnoten zu erzielen, lässt man die Tiere leiden und verschliesst sogar die Zitzen - für die perfekte Symmetrie und damit die Milch nicht ausläuft. Sogar Sekundenkleber kam zum Einsatz, bis dieser verboten wurde. Aber nicht nur ist das Verkleben der Euter mit Sekundenkleber qualvoll, sondern jegliches Verschliessen der Euter gefährdet die Gesundheit der Kühe. Als Folge von überladenen Eutern belegen aktuelle Studien unter anderem verhärtete Euter, Euterödeme, erhöhte Zellzahlen in der Milch aufgrund entzündlicher Prozesse im belasteten Euter, Abduktion der Hinterbeine beim Gehen und erhöhte Corticoide-Werte im Blut (Stresshormon).

Es kann nicht sein, dass für eine perfekte optische Erscheinung tierquälerische Praktiken angewandt werden dürfen. Wenn der Bund die Viehschauen schon subventioniert, so soll er auch darum besorgt sein, dass diese ohne tierquälerische Praktiken über die Bühne gehen.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
18.4216	n	Po. Fehlmann Rielle. Zuckerhaltige Getränke und Adipositas. Es muss etwas getan werden!		Guhl, Zanetti Claudio	+	✓

Eingereichter Text Eine systematische Auswertung der Jahre 2013 bis 2015 hat auf stichhaltige Weise die Auswirkungen zuckerhaltiger Getränke auf das Auftreten von Adipositas aufgezeigt. (1)

In Europa haben während der vergangenen Jahrzehnte Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in gleichem Masse zugenommen wie bei Kindern. Weltweit ist die Anzahl der an Übergewicht oder Adipositas leidenden Frauen zwischen 1975 und 2014 von 23 auf 39 Prozent gestiegen, die der Männer von 21 auf 38 Prozent.

Im selben Zeitraum hat auch der Konsum zuckerhaltiger Getränke (die verschiedene Zuckerarten beinhalten) zugenommen. Diese Entwicklung steht in Verbindung mit einem intensiven Marketing für diese Getränke durch die Industrie.

Auch die Schweiz ist von diesem Gesundheitsproblem betroffen. Laut dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) sind zurzeit 42 Prozent der Schweizer Bevölkerung übergewichtig oder adipös. Zwischen 1992 und 2012 ist der Anteil übergewichtiger oder adipöser Männer von 38,6 Prozent auf 50,5 Prozent gestiegen. Der Anteil übergewichtiger oder adipöser Frauen ist von 21 Prozent auf 32 Prozent gestiegen.

Angesichts dieser Entwicklungen haben zahlreiche Länder Massnahmen ergriffen, um den Konsum von zuckerhaltigen Getränken einzuschränken. Dazu zählen die Erhöhung der Preise dieser Produkte, die Verbesserung ihrer Beschriftungen, Kampagnen zur Sensibilisierung der Bevölkerung oder Kombinationen dieser Massnahmen.

Daher beauftrage ich den Bundesrat, gegenüber den Herstellerinnen zuckerhaltiger Getränke aktiv zu werden, damit sie den Zuckergehalt ihrer Produkte signifikant verringern (auf weniger als 5 Prozent), oder andere Massnahmen vorzulegen, die in der Lage sind, den Zuckergehalt dieser Produkte zu verringern.

(1) Quelle: Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain in Children and Adults: A Systematic Review from 2013 to 2015 and a Comparison with Previous Studies. Luger M., Lafontan M., Bes-Rastrollo M., Winzer E., Yumuk V., Farpour-Lambert N. (<https://www.karger.com/Article/FullText/484566>).

Stellungnahme Die Vision der Schweizer Ernährungsstrategie 2017-2024 (www.blv.admin.ch > Das BLV > Schweizer Ernährungsstrategie) ist, dass sich alle Menschen für eine ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung entscheiden können. Im Rahmen dieser Strategie des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI) sind im Frühling 2019 Gespräche des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) mit dem Verband Schweizerischer Mineralquellen und Soft-Drink-Produzenten geplant. Der Bundesrat hat nicht die Absicht, vor diesen Gesprächen quantifizierte Ziele festzulegen. Wie bereits bei anderen Lebensmitteln (Joghurt, Frühstückszerealien) soll in Zusammenarbeit mit der Industrie geprüft werden, wie der Zuckergehalt in Süssgetränken nach und nach und auf freiwilliger Basis gesenkt werden kann.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
18.4328	n	Po. Wehrli. Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?		Glättli	+	✓

Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt, Bericht zu erstatten über die für die generelle Einführung des elektronischen Patientendossiers bereits getroffenen Massnahmen und darüber, welche Massnahmen noch zu treffen sind, um die Einführung zu beschleunigen und dessen allgemeine Verwendung zu fördern.

Begründung Es ist zu befürchten, dass die Verwendung und damit der Nutzen des elektronischen Patientendossiers (EPD) noch lange unter den Erwartungen bleiben. Ein Grund dafür ist sicher, dass dessen Einführung beispielsweise bei den Leistungserbringern im ambulanten Bereich freiwillig ist. Darum ist es dringend, möglichst viele Anreize für die freiwillige Verwendung des EPD zu schaffen. Und darum sind rasch konkrete Beweise zu liefern für den Nutzen des EPD für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich, aber auch für alle anderen Akteure im Gesundheitswesen, einschliesslich der Prämienszahlerinnen und -zahler und der Behörden, die sich an der Finanzierung beteiligen.

Grundlegend ist natürlich das Vertrauen in dieses Instrument. Aber auch die Einfachheit, einschliesslich der finanziellen, des Zugangs. Dazu wäre beispielsweise darzustellen, welche Rolle eine EID spielen könnte oder müsste, insbesondere welche Vorteile deren Nutzung bringen könnte, und dies auch ausserhalb des Gesundheitswesens. Zudem stellt sich die Frage, wie sich die verschreibenden Personen und die Gesundheitspartner (Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Spitäler, Versicherer usw.) dazu bewegen lassen, das EPD zu nutzen. Sie könnten damit die Pflege überwachen, unnütze oder doppelspurige Behandlungen verringern und damit deren Sicherheit erhöhen und die übermässige Einnahme von Medikamenten eindämmen.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3281	n	Po. (Rickli Natalie) Keller Peter. Aufarbeitung des Falls Jürg Jegge und weiterer Missbrauchsfälle im Lichte der Reformpädagogik			-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird aufgefordert, in einem Bericht den Fall Jürg Jegge und weitere Missbräuche von Pädokriminellen und entsprechende Vorfälle in Institutionen (Schulen, Kirchen, Heime, Vereine usw.) während der Sechziger- bis Achtzigerjahre im Lichte der Reformpädagogik aufzuarbeiten.

Begründung Der sexuelle Missbrauch von verschiedenen Jungen durch Jürg Jegge wurde nur dank eines Opfers publik, das ein Buch über die Übergriffe verfasst hat. Vorher wurde Jegge als Reformpädagoge und "Lehrer der Nation" gefeiert. Er gibt die Missbräuche zu, redet diese aber schön und zeigt keine Reue.

Dass Jegge nicht der einzige Pädagoge war, der so dachte, sagte er in einem Interview mit dem "Landboten" am 8. April 2017: "Wir waren der Meinung, dass man Kinder gleich behandeln soll wie Erwachsene. Und zwar auf der ganzen Linie." Auf die Frage des Journalisten, ob er damals das Gefühl gehabt habe, seine "Therapien", die sexuelle Kontakte mit Minderjährigen beinhalteten, seien ein revolutionärer Akt, antwortete er: "Das kann man so sagen. Es ging um die Selbstbefreiung, darum, dass sexuelle Befreiung zu einer Gesamtbefreiung beitragen kann. Das wurde alles so diskutiert und teilweise auch so gemacht ..."

Diese Aussagen zeigen, wie wichtig es ist, nicht nur den Fall Jegge, sondern die Geschehnisse der damaligen Zeit und die Auswirkungen der Reformpädagogik zu untersuchen, so wie dies beispielsweise in Deutschland getan wurde. Erziehungswissenschaftler Jürgen Oelkers, der die Missbräuche der deutschen Reformpädagogen aufgearbeitet hat, bringt es auf den Punkt: "Aus heutiger Sicht fragt man sich, wie jemals die Rechtsnorm des Kinderschutzes angetastet werden konnte. Die Geschichte der Voraussetzungen und Folgen muss auch in der Schweiz dringend aufgearbeitet werden." ("Tages-Anzeiger", 22. April 2017)

Die meisten Opfer hatten damals weder Unterstützung noch die Möglichkeit bzw. die Kraft, sich zu wehren. Mit einer Aufarbeitung dieses dunklen Kapitels soll auch für sie klarwerden, dass sexuelle Übergriffe an Kindern zu keiner Zeit zu rechtfertigen und falsch waren, auch wenn die Täter aufgrund der Verjährungsfristen zum grössten Teil strafrechtlich nicht mehr belangt werden können. Jürg Jegge selber sagt von sich: "Ich wäre strafrechtlich schuldig, wenn das nicht verjährt wäre." ("NZZ", 7. April 2017)

<http://www.landbote.ch/ueberregional/es-gab-sexuellen-kontakt/story/23894493>

<http://www.tagesanzeiger.ch/leben/gesellschaft/Der-Fall-Jegge-ist-ein-Fall-Schweiz/story/10634857>

<https://www.nzz.ch/schweiz/missbrauchs-vorwurfe-an-juerg-jegge-ja-ich-hatte-sexuellen-kontakt-mit-meinem-schueler-id.777640>

Stellungnahme Der Bundesrat verurteilt sexuelle Übergriffe auf Minderjährige aufs Schärfste. Weder in der Vergangenheit noch heute waren bzw. sind sie in irgendeiner Weise zu rechtfertigen.

Die obligatorische Schule und die Heimerziehung liegen in der Zuständigkeit der Kantone, welche die Aufsicht in diesem Bereich ausüben. Vereine und Kirchen unterliegen ebenfalls nicht der Aufsicht des Bundes. Eine historische Aufarbeitung von sexuellen Übergriffen durch (Sozial-)Pädagogen im Lichte der Reformpädagogik ist deshalb in erster Linie Sache der Kantone und nicht des Bundesrates.

Die Bildungsdirektion des Kantons Zürich hat bereits die Abklärung der Hintergründe des Falls Jürg Jegge in Auftrag gegeben. In einem ersten Schritt soll die damals geltende Rechtslage bezüglich sonderpädagogischer Massnahmen und Sonderschulung aufgearbeitet werden. Zudem soll die Frage geklärt werden, ob die damaligen rechtlichen Vorgaben von den Behörden und den involvierten Personen eingehalten wurden. Neben dem Bericht zu diesen Fragestellungen umfasst der Auftrag gemäss Medienmitteilung der Bildungsdirektion vom 16. Mai 2017 auch die Aufbereitung der relevanten Akten, damit diese für eine allfällige spätere bildungshistorische Auswertung verwendet werden könnten.

Antrag Der Bundesrat beantragt, das Postulat abzulehnen.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3297	n	Mo. Fraktion BD. Offensive für eine menschenwürdige Pflege in der Schweiz	Quadranti		-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird damit beauftragt, ein Massnahmenpaket vorzulegen, mit dem die beschämenden Mängel bei der Pflege älterer Menschen in der Schweiz behoben werden.

Begründung	Die Qualität der Pflege in der Schweiz ist rapide am Sinken und führt teilweise zu unwürdigen Zuständen sowohl für die Pflegebedürftigen wie auch für die Mitarbeitenden. Pflegebedürftige werden zu Kostenträgern degradiert. Die Gewinnorientierung lässt die Menschen vergessen. Die Meldungen bei der Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter nehmen zu. Freiheitseinschränkende Massnahmen dienen oftmals Effizienzgewinnen statt dem Schutz der Pflegebedürftigen. Das ist der Schweiz unwürdig! Gleichzeitig stossen die Mitarbeitenden zunehmend an ihre Grenzen. Die physische wie auch die psychische Belastung steigt stetig. Mit der demografisch bedingt steigenden Pflegekapazität geht ein ebenso steigender Fachkräftemangel einher, was das System irgendwann in den Kollaps führen kann. Es ist deshalb dringend und elementar, dass der Bundesrat hier das Heft in die Hand nimmt und ein umfassendes Massnahmenpaket vorlegt, mit dem nachhaltig eine menschenwürdige Pflege in der Schweiz sichergestellt wird.
Stellungnahme	Der Bundesrat ist sich der Herausforderungen im Bereich der Langzeitpflege bewusst. Er hat sich deshalb dieses Themas gemeinsam mit den Kantonen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik angenommen. Aufgrund der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen liegt die Sicherstellung der Qualität der Pflege älterer Menschen aber primär in der Zuständigkeit der Kantone. Im Bericht des Bundesrates "Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege" vom 25. Mai 2016 in Erfüllung der Postulate 12.3604, 14.3912 und 14.4165 (www.parlament.ch; im Suchfeld Geschäftsnummer eingeben > Bericht in Erfüllung des parlamentarischen Vorstosses) wurde festgehalten, dass neben der Stärkung der Prävention zur Verhinderung der Pflegebedürftigkeit vor allem Massnahmen zur Steigerung der Qualität und der Effizienz in der Versorgung nötig sind, um den Herausforderungen im Bereich der Langzeitpflege zu begegnen. So kann z. B. durch die Förderung der koordinierten Versorgung die Pflege effektiver und effizienter aufgestellt werden (vgl. dazu: www.bag.admin.ch > Themen > Strategien & Politik > Nationale Gesundheitspolitik > Koordinierte Versorgung). Auch im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019 wird dem Thema der Qualität der Pflege, aber auch der Einhaltung von ethischen Leitlinien bei der Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen besondere Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. dazu: www.bag.admin.ch > Themen > Strategien & Politik > Nationale Gesundheitsstrategien > Nationale Demenzstrategie 2014-2019). Im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik haben sich Bund und Kantone am 2. Juni 2016 darauf verständigt, dass sie die Umsetzung dieser Massnahmen im Rahmen der geltenden Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen gemeinsam angehen wollen. Auch den Fachkräftemangel im Bereich der Pflege gehen Bund und Kantone gemeinsam an. Ein wichtiges Instrument dazu ist die Fachkräfte-Initiative, die seit 2015 gemeinsam mit den Kantonen umgesetzt wird. Dabei wird dem Fachkräftemangel in der Pflege insbesondere mit folgenden Massnahmen begegnet: Mit dem am 5. Dezember 2014 vom Bundesrat verabschiedeten Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung von betreuenden und pflegenden Angehörigen sollen pflegende Angehörige entlastet und unterstützt werden. Damit soll die Nachfrage nach professioneller Pflege reduziert werden. Mit dem Gesundheitsberufegesetz vom 30. September 2016 (SR 811.21) wird die Ausbildungsqualität der Pflegeberufe erhöht und damit deren Attraktivität gefördert. Ebenfalls im Rahmen der Fachkräfte-Initiative hat der Bundesrat am 9. Dezember 2016 entschieden, weitere Massnahmen zur Förderung des Ansehens der Langzeitpflege zu ergreifen sowie Kurse für den Wiedereinstieg und konkrete Verbesserungen der Arbeitsumgebung zur Erhöhung der Verweildauer im Beruf finanziell zu unterstützen. Der Bundesrat hat beispielsweise das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation beauftragt, kantonale Förderprogramme für Wiedereinsteigende in die Langzeitpflege finanziell zu unterstützen. Mit der Übernahme der Kosten für Wiedereinstiegs-kurse sollen Bund und Kantone von 2018 bis 2022 gemeinsam 2000 diplomierte Pflegefachkräfte dafür gewinnen, in die Langzeitpflege zurückzukehren. Diese Massnahmen bauen auf dem Anfang 2016 abgeschlossenen Masterplan Bildung Pflegeberufe auf. Mit diesen laufenden Massnahmen trägt der Bundesrat dem berechtigten Anliegen der Motion bereits Rechnung und geht im Rahmen der Bundeskompetenzen die anerkannten Herausforderungen im Bereich der Langzeitpflege an.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3306	n	Mo. Marchand. Erwerb einer zweiten Landessprache. Kredit für die Förderung des Austauschs zwischen den Sprachgemeinschaften			-	
Eingereichter Text		Der Bundesrat wird beauftragt, innerhalb des Gesamtkredits der Kulturbotschaft 2016-2020 den Kredit zur Umsetzung des Austauschs zwischen den Sprachgemeinschaften im Rahmen des schweizerischen Bildungssystems zu erhöhen. Die Förderung der Mehrsprachigkeit ist eine der Grundfesten der kulturellen Identität der Schweiz. Die Verständigung zwischen den Kulturen, die insbesondere eine sprachliche Verständigung voraussetzt, ist für den nationalen Zusammenhalt unverzichtbar. Mit einer Finanzhilfe des Bundes könnte der Erwerb einer zweiten Landessprache durch Immersion gefördert werden.				
Begründung		Dem Bund kommt bei der Förderung der Mehrsprachigkeit neben gesetzgeberischen Aufgaben insbesondere die Rolle zu, den Austausch zwischen den verschiedenen Sprachregionen während der obligatorischen Schulzeit und im Rahmen der Berufsbildung zu fördern. Die sprachliche Diversität muss stärker genutzt werden, sowohl zugunsten des Fremdspracherwerbs wie auch bei der Förderung des sprachlichen Austauschs zwischen den Regionen. Die Kulturbotschaft 2016-2020 sieht für Massnahmen zur Förderung der Verständigung und des Austauschs zwischen den Sprachgemeinschaften zwar Mittel vor. Ein stärkeres Engagement des Bundes für Programme zum Austausch zwischen den Sprachgemeinschaften im Inland wäre dennoch wünschenswert. Denn die gemäss Botschaft dafür vorgesehenen Mittel scheinen im Vergleich zum gesamten Kredit, der für die neue Periode für die Kultur vorgesehen ist, relativ bescheiden zu sein. Es müssen in diesem Bereich daher deutliche Verbesserungen vorgenommen werden.				

Stellungnahme Der Bundesrat misst der Förderung des Austauschs zwischen den Sprachregionen in der Schweiz einen hohen Stellenwert zu. Ein Sprachaufenthalt ermöglicht die Begegnung mit anderen Kulturen, stärkt die Sprachkompetenzen und fördert die Motivation zum Spracherwerb. Ein Sprachaufenthalt stellt eine wirkungsvolle Ergänzung zum schulischen Sprachunterricht dar und sollte in der mehrsprachigen Schweiz ein selbstverständlicher Teil von Bildung, Arbeit, Freizeit und Kultur sein.

Der Bundesrat teilt die Ansicht der Motionärin über die Wichtigkeit von Sprachaufenthalten. Der Austausch zwischen den Sprachregionen in Schule und Berufsbildung soll gestärkt und das Potenzial der Mehrsprachigkeit in der Schweiz besser genutzt werden. Die Austauschförderung bildet darum einen Schwerpunkt der Kulturbotschaft 2016-2020 und wurde entsprechend ausgebaut.

Der Bundesrat verweist auf seine Antwort zur Motion Trede 14.3949 und auf die laufenden Arbeiten zur Neuausrichtung der Austauschförderung auf nationaler und internationaler Ebene. Bund und Kantone haben 2016 die Schweizerische Stiftung für die Förderung von Austausch und Mobilität gegründet. Bis Ende 2017 soll eine gemeinsame Strategie "Austausch und Mobilität" von Bund und Kantonen vorliegen. Auf dieser Grundlage wird der Bericht in Beantwortung des Postulates der WBK-NR 14.3670 erstellt werden, das die Ausarbeitung eines Konzepts für ein Sprachaustauschprogramm verlangt. Der Bundesrat wird im Rahmen dieses Berichtes, in Zusammenarbeit mit den Kantonen, Vorschläge für allfällige zusätzliche Massnahmen und deren Finanzierung vorlegen. Der Bericht wird als Grundlage für die Vorbereitung der Kulturbotschaft 2021-2024 dienen. Vor diesem Hintergrund und angesichts der aktuellen Lage des Finanzhaushalts erscheint eine Erhöhung der Mittel für den Binnenaustausch zum heutigen Zeitpunkt nicht angezeigt.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3323	n	Mo. Heim. Krankenkassenprämien. Eltern bleiben Schuldner der nichtbezahlten Prämien der Kinder			-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 64a des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) dahingehend zu ändern, dass die Eltern Schuldner der Prämie des gemäss GB, Artikel 277 Absätze 1 und 2, unterhaltsberechtigten Kindes sind und dies auch bleiben, wenn die Unterhaltspflicht weggefallen ist. Kinder sollen nicht nachträglich für unterlassene Prämienzahlungen der Eltern belangt werden können.

Begründung Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung besteht eine selbstständige Prämienpflicht des Kindes (Urteil des Bundesgerichtes 9C_660/2007 vom 25. April 2008 und RKUV 2000 Nr. KV 129, S. 232). Aufgrund der Unterhaltspflicht gemäss Artikel 276 in Verbindung mit Artikel 277 ZGB müssen die Eltern die Prämien für die Kinder bezahlen. Schuldner der Prämien bleibt jedoch das Kind.

Dies führt dazu, dass Kinder bei Erreichen der Volljährigkeit ohne eigenes Verschulden zu Schuldnern und Schuldnerinnen werden, wenn die Eltern es - ganz oder teilweise - versäumt haben, die Prämienrechnung für ihre Kinder zu begleichen. Tatsächlich sind Fachstellen für Schuldenberatung immer wieder mit der Situation konfrontiert, dass Kinder bei Erreichung der Volljährigkeit betrieben werden, weil deren Eltern die Krankenkassenprämien nicht bezahlt haben. Die aufgelaufenen Schulden können hohe Summen von 10 000 Franken und mehr erreichen. Die betroffenen jungen Erwachsenen werden dadurch beim Start in die Selbstständigkeit stark behindert. Sie müssen ihr meist kleines Einkommen dafür aufwenden, um Schulden abzutragen, die sie nicht verursacht haben. Zudem hat ein Betreibungsregistereintrag einschneidende Auswirkungen auf das weitere Fortkommen. Der Einstieg in das Berufsleben der jungen Erwachsenen kann erheblich erschwert oder - bei gewissen Berufen wie Treuhänder, Rechtsanwalt, Juwelier oder Uhrmacher - sogar verhindert werden. Ebenso wird eine erfolgreiche Wohnungssuche praktisch verunmöglicht.

In seiner Antwort auf die Anfrage Heim 15.1023 anerkennt der Bundesrat die Problematik. Mit dem Hinweis auf eine bevorstehende Prämienbefreiung der Kinder infolge der parlamentarischen Initiative Humbel 10.407 verneint er jedoch den gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Nachdem die parlamentarische Initiative Humbel von den Räten abschliessend behandelt worden ist und die Kinder nicht von den Prämien befreit wurden, ist diese Problematik über eine Änderung des KVG anzugehen.

Stellungnahme Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Kantone, für untere und mittlere Einkommen die Prämien der Kinder und der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent zu verbilligen. Zudem sind die Kantone seit 2014 verpflichtet, die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer zu bezahlen (Art. 65 Abs. 1 und 1bis KVG). Diese Verpflichtungen haben die Lage der Kinder und jungen Erwachsenen etwas entschärft.

Aufgrund der parlamentarischen Initiativen Humbel 10.407 und Rossini 13.477 hat das Parlament am 17. März 2017 beschlossen, die erwähnte Verpflichtung für die Kinder von 50 Prozent auf mindestens 80 Prozent zu erhöhen.

Wie der Bundesrat in seiner Antwort auf die Anfrage Heim 15.1023, "Sollen Jugendliche für die Schulden der Eltern aufkommen?", dargelegt hat, sieht das KVG vor, dass sich jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen muss. Die gesetzlichen Vertreter des Kindes schliessen die obligatorische Krankenpflegeversicherung in dessen Namen ab. Das Kind wird damit Prämienschuldner. Solange es minderjährig ist, wird es im Betreibungsverfahren durch seinen gesetzlichen Vertreter vertreten.

Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichtes und Lehre ist nicht nur das minderjährige Kind als Versicherungsnehmer Schuldner der Prämien gegenüber dem Versicherer. Auch seine Eltern schulden die Prämien solidarisch, denn die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehören zu den laufenden Bedürfnissen der Familie nach Artikel 166 des Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210; siehe insbesondere Bundesgerichtsentscheid 9C_660/2007 vom 25. April 2008, Erwägung 3.2; Eugster Gebhard, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Auflage, Basel 2016, Krankenversicherung, N 1314; Perrenoud Stéphanie, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, Berne 2015, N 433).

Obwohl die Rechtsprechung die Frage, ob die solidarische Haftung der Eltern für die bis zur Volljährigkeit geschuldeten Prämien nach deren Eintritt weiter besteht, noch nicht beantwortet hat, wird diese jedoch aus Gründen der Rechtssicherheit in der Lehre bejaht (siehe Eugster Gebhard, am angeführten Ort, N 1315). Folgt man dieser Lehre und Rechtsprechung, so schulden die Eltern nicht nur während der Minderjährigkeit, sondern auch nach Erreichen der Volljährigkeit die während der Minderjährigkeit angefallenen Prämien solidarisch mit dem Kind.

Das Parlament hat es bei der Behandlung der erwähnten parlamentarischen Initiative Humbel abgelehnt, die Kinder von der Prämie zu befreien. Damit das Kind keine Prämien mehr schuldet, könnte es über seine Eltern versichert werden. Die Einführung einer Familienversicherung, wie sie in gewissen Ländern üblich ist, wurde bei der Beratung der erwähnten parlamentarischen Initiativen besprochen, aber nicht weiterverfolgt, da die Umsetzung komplex wäre. Deshalb will der Bundesrat am Grundsatz der Individualprämie festhalten.

Weiter könnte der Gesetzgeber das KVG so ändern, dass den Versicherern untersagt wird, Versicherte, die volljährig werden, für Prämienschulden aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit zu betreiben. Damit könnten jedoch auch junge Erwachsene, die über genügend finanzielle Mittel verfügen, nicht belangt werden. Zudem würde die soziale Krankenversicherung gegenüber anderen Gläubigern, zum Beispiel den Verkäufern von Konsumgütern, benachteiligt. Dies wäre nicht im Sinn der Regelung im Bundesgesetz über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG; SR 281.1), welche im Konkurs die Prämien- und Kostenbeteiligungsansprüche der sozialen Krankenversicherung in der Rangordnung der Gläubiger bevorzugt (siehe Art. 219 Abs. 4 zweite Klasse Bst. c SchKG). Deshalb lehnt der Bundesrat ein Betreibungsverbot für Versicherer ab.

Wie eingangs erwähnt, geht der Bundesrat davon aus, dass der Handlungsbedarf aufgrund der Änderung des KVG abnehmen wird. Zudem sieht er keine zweckmässige Massnahme, mit welcher dem Anliegen der Motion entsprochen werden könnte. Das für die Aufsicht zuständige Bundesamt für Gesundheit hat die Krankenversicherer bereits darauf sensibilisiert, primär auf die Eltern zurückzugreifen, und wird dies nochmals tun. Zudem wird es die Situation aufmerksam beobachten.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3325	n	Mo. Fraktion BD. Endlich gleich lange Spiesse für über 50-Jährige	Campell		-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird damit beauftragt, die Benachteiligungen der älteren Generation im BVG abzuschaffen und bei den Altersgutschriften einen Einheitssatz einzuführen.

Begründung Die Benachteiligungen älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind eine unerwünschte gesellschaftliche Realität. Fehlanreize führen dazu, dass namentlich über 50-jährige Frauen und Männer am Arbeitsmarkt keine fairen Chancen mehr haben. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in den steigenden Altersgutschriften, welche je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen werden und zu einer stetig steigenden "Verteuerung" der betroffenen Arbeitskräfte führt.

Auch die dritte Konferenz zum Thema "Ältere Arbeitnehmer" hat keine Lösungen hervorgebracht. Und im Rahmen der Altersreform 2020 sind mögliche Verbesserungen der grundsätzlichen Auseinandersetzung zwischen zwei unterschiedlichen Konzepten zum Opfer gefallen. Nach wie vor sind also keine Lösungen in Sicht, während die Probleme - und auch die damit verbundenen Ängste - immer grösser werden.

Es ist deshalb an der Zeit, dass der Bundesrat für gleich lange Spiesse sorgt und die systematische Benachteiligung der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus der Welt schafft. Mit einem Einheitssatz in Bezug auf die Altersgutschriften wird dem ohne Einschränkungen Rechnung getragen. Die damit verbundenen Mehrkosten werden systembedingt hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Dies führt zu einer raschen Entlastung der älteren Generation und - vorerst - zu einer Mehrbelastung der jüngeren Generation. Im Gegenzug wird die Generationengerechtigkeit hergestellt, und die jüngere Generation profitiert ihrerseits längerfristig von der früheren Wirkung der höheren Altersgutschriften und den ebenfalls verbesserten Arbeitsmarktchancen im späteren Berufsleben.

Stellungnahme Das Parlament hat eine Abflachung der Altersgutschriften im Rahmen der Reform der Altersvorsorge 2020 eingehend analysiert und abgelehnt. Es hat insbesondere darauf verwiesen, dass eine solche Lösung hohe Kosten verursachen und eine unverhältnismässige finanzielle Belastung der jungen Generation mit sich bringen würde. Es ist nicht angezeigt, zum heutigen Zeitpunkt auf diesen Entscheid zurückzukommen.

Zudem war die Staffelung der Altersgutschriften auch Gegenstand der dritten Nationalen Konferenz zum Thema "ältere Arbeitnehmende". Die Verbundpartner stimmen darin überein, dass die Auswirkungen der gestaffelten Altersgutschriften auf die Beschäftigungsmöglichkeiten der älteren Arbeitnehmenden stark überschätzt werden. Infolge der parlamentarischen Verabschiedung der Reform der Altersvorsorge 2020 sehen die Verbundpartner der Konferenz keinen weiteren Handlungsbedarf.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3380	n	Po. (Schmid-Federer) Kutter. Vor- und Nachteile von kantonsübergreifenden Versorgungsregionen im Hinblick auf die Steuerung des Gesundheitssystems			-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird gebeten, in einem Bericht darzulegen, welche Auswirkungen die Schaffung von kantonsübergreifenden Gesundheitsversorgungsregionen haben könnte, und zwar namentlich auf:

1. die Qualität der Versorgung,
2. die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems,
3. die Steuerungsfähigkeit bezüglich Spezialärzten, Grundversorgern und weiteren Gesundheitsfachleuten,
4. die Steuerungsfähigkeit im ambulanten und stationären Sektor,
5. die Steuerungsfähigkeit bezüglich geografischer Distribution von Gesundheitsfachleuten.

Begründung In seinem Bericht vom 3. März 2017 kommt der Bundesrat zum Schluss, dass er auch mit den bisher diskutierten Mitteln der Zulassungssteuerung, Lockerung des Vertragszwangs oder Steuerung über die Tarifstruktur nur einen begrenzten Steuerungseffekt auf die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten erzeugen kann. Die Gründe dafür liegen unter anderem darin, dass einerseits die wesentlichen Kompetenzen bei den Kantonen liegen, dass diese jedoch andererseits vielfach zu klein sind, ihre Kompetenzen in sinnvoller Weise wahrzunehmen. Unter Fachleuten besteht die Überzeugung, dass es sinnvoll wäre, für die Steuerung des Gesundheitssystems grössere, kantonsübergreifende Versorgungsregionen (mit mindestens einer Million Einwohnerinnen und Einwohnern) zu schaffen. Auch das Positionspapier "Steuerung der Anzahl und der Verteilung der Ärztinnen und Ärzte" der SAMW kommt zu diesem Schluss. Allerdings gibt es bis heute noch kein Dokument, in dem dieses Konzept und namentlich dessen Auswirkungen systematisch überprüft und dargestellt sind. Da die Kantone wenig geneigt sind, einen solchen Bericht zu erstellen, könnte ihnen der Bund - aus eigenem Interesse - diese Arbeit abnehmen und so im Idealfall den Anstoss geben zu neuen und wünschenswerten Entwicklungen.

Stellungnahme Der Roadmap der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW; Steuerung der Anzahl und der Verteilung der Ärztinnen und Ärzte, Swiss Academies Communications Nr. 11, 2016) zufolge haben internationale Erfahrungen gezeigt, "dass in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem eine Steuerung der personellen und dabei namentlich der ärztlichen Ressourcen notwendig ist". In der föderalistischen Kompetenzaufteilung ist die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung Sache der Kantone. Der Bundesrat hält eine Koordination allerdings für notwendig, weshalb er Prioritäten festgelegt hat und im Rahmen seiner umfassenden Strategie Gesundheit 2020 Massnahmen umsetzt, die insbesondere den Empfehlungen der SAMW entsprechen.

In Bezug auf den ambulanten Bereich hat der Bundesrat dem Parlament am 3. März 2017 in Erfüllung des Postulates der SGK-SR 16.3000 einen Bericht über die Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten überwiesen. Basierend auf den Schlussfolgerungen dieses Berichtes hat der Bundesrat am 5. Juli 2017 einen Entwurf zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes in die Vernehmlassung geschickt, in dem es um die nachhaltige Regelung der Zulassung von zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Leistungserbringern geht. Dieser Entwurf sieht insbesondere vor, dass sich die Kantone bei der Bestimmung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf eine Höchstzahl mit den anderen Kantonen koordinieren.

Die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Revision des Krankenversicherungsgesetzes gewährte den Kantonen im stationären Bereich eine Frist von drei Jahren, um ihre Planung zu erstellen. Dabei wurden sie zur Koordination untereinander verpflichtet. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Mai 2015 einen Zwischenbericht zur Evaluation der Auswirkungen dieser Revision veröffentlicht (verfügbar auf der Internetseite des BAG: www.bag.admin.ch > Service > Publikationen > Evaluationsberichte > Kranken- und Unfallversicherung > KVG-Revision und Spitalfinanzierung); der Schlussbericht wird 2019 publiziert. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) verpflichtete die Revision die Kantone, gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung zu erstellen. In seinem am 25. Mai 2016 verabschiedeten Bericht über die Planung der HSM in Erfüllung des Postulates der SGK-NR 13.4012 nimmt der Bundesrat eine Evaluation vor und legt seine Erwartungen dar. Mitte 2019 wird er die Situation erneut evaluieren.

Das vorliegende Postulat beauftragt den Bundesrat, in einem Bericht die allfälligen Auswirkungen der Schaffung von kantonsübergreifenden Gesundheitsversorgungsregionen anhand verschiedener Aspekte darzulegen. In seinem Bericht vom 3. März 2017 hat sich der Bundesrat bereiterklärt, sich gemeinsam mit den Kantonen und den betroffenen Akteuren an Studien zu beteiligen, die prüfen, ob Versorgungsregionen definiert werden können. Die Festlegung eines Steuerungsmodells, wie von der SAMW vorgeschlagen, erfordert eine Abklärung des realen Bedarfs und des passenden Angebots, was detaillierte Kenntnisse der professionellen Ressourcen und ihrer künftigen Entwicklung voraussetzt. Die ersten Arbeiten haben im Rahmen der Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" bereits stattgefunden. Das Obsan hat hierzu ein konzeptionelles Modell zur Bestimmung des künftigen Ärztebedarfs nach Fachrichtung erstellt. Allerdings stehen die Daten, die notwendig sind, um die Konturen der Versorgungsregionen zu umreissen und die Folgen abzuschätzen, nicht vor 2019 zur Verfügung.

Deshalb ist der Bundesrat der Ansicht, dass es in erster Linie den Kantonen zukommt, die Möglichkeit zur Schaffung von Versorgungsregionen und die allfälligen Auswirkungen einer solchen Umgestaltung zu prüfen. Er wird sich jedoch weiterhin in diesem Sinne einsetzen, sowohl im Rahmen seiner Projekte als auch bei seinen Diskussionen mit den Kantonen beziehungsweise mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3382	n	Po. Marti Min Li. Einführung des Jugendkulturgutscheins. Demokratische Bildung und Kultur stärken			-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt, die Einführung eines schweizerischen Jugendkulturgutscheins zu prüfen. Der Kulturgutschein wird jeder Einwohnerin und jedem Einwohner dieses Landes zum 16. Geburtstag geschenkt. Er berechtigt zum Bezug von kulturellen Leistungen im Gegenwert eines bestimmten Betrags.

Begründung In Zeiten antidemokratischer Stimmungsmache kommt der informellen politisch-kulturellen Bildung eine immer wichtigere Funktion für das Funktionieren unserer Demokratie zu. Kultureller Austausch kann den sozialen Zusammenhalt, das Engagement und das Bewusstsein für die Verletzlichkeit demokratischer Errungenschaften und kritisches Denken gerade bei jungen Mitbürgerinnen und Mitbürgern fördern. Kulturelle Bildung wirkt gegen politische Vereinfachung und hilft, die Komplexität der Welt zu verstehen. Kritische Bürgerinnen und Bürger sind der Schlüssel zu einer funktionierenden Demokratie. Die Kulturpolitik muss deshalb im Mittelpunkt unserer Bemühungen stehen, um unsere Jugend vor Radikalisierung, Populismus und nationalistischen Ideen zu schützen.

Der Kulturgutschein könnte dabei eine wichtige Rolle spielen. Er könnte von der Eidgenossenschaft jeder und jedem Jugendlichen zwei Jahre vor Erreichen der politischen Volljährigkeit als Willkommensgeschenk in der demokratischen Gesellschaft überreicht werden. Der Kulturgutschein berechtigt zum Bezug kultureller Angebote in einer festzulegenden Höhe, zum Beispiel 500 Franken, innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens. Dabei ist die Kultur im breiten Sinne zu denken: Möglich sollen zum Beispiel Eintritte in Museen, der Besuch von Theatervorstellungen oder der Bezug von Zeitungs- oder Zeitschriftenabonnements sein. Weil der Kulturgutschein allen Jugendlichen zugutekommt, leistet er auch einen Beitrag zur Chancengleichheit und ermöglicht damit das Kulturerlebnis auch Jugendlichen aus bescheidenen finanziellen Verhältnissen.

Stellungnahme Der Bundesrat anerkennt die gesellschaftliche Bedeutung einer möglichst breiten Teilhabe der Bevölkerung am kulturellen Leben. Für die Förderperiode 2016-2020 ist die Stärkung der kulturellen Teilhabe eine von drei zentralen strategischen Handlungsachsen seiner Kulturpolitik. Es wurden verschiedene Neuerungen eingeführt, insbesondere in den Bereichen musikalische Bildung, Leseförderung und Förderung der kulturellen Teilhabe.

Das Postulat nimmt somit ein wichtiges Anliegen der Kulturpolitik des Bundes auf. Das vorgeschlagene Instrument erscheint aus unterschiedlichen Gründen jedoch kaum umsetzbar: Es würde aufgrund der Zahl der Beitragsempfänger hohe Kosten verursachen (jährlich 43,3 Millionen Franken bei rund 86 600 Personen von 16 Jahren gemäss Bevölkerungsstatistik des Bundes), einen hohen Verwaltungsaufwand auslösen (Rückverrechnung der Gutscheine) und erhebliche Streuverluste herbeiführen (keine Nutzung der Gutscheine). Gleichzeitig ist daran zu erinnern, dass die meisten Kulturinstitutionen nicht vom Bund, sondern von Kantonen und Gemeinden betrieben werden; diese sollten frei sein in der Wahl von Massnahmen zur Stärkung der kulturellen Teilhabe.

Im Allgemeinen ist anzumerken, dass die weitaus meisten 16-Jährigen in Ausbildung sind (Sekundarstufe I, Sekundarstufe II oder Berufslehre) und somit ohnehin von stark reduzierten Eintritts in Museen oder Theatervorstellungen sowie Abonnements für Zeitungen oder Zeitschriften profitieren können. Ferner unterstützt der Bund die Initiative "Kulturlegi" von Caritas Schweiz. Mit der "Kulturlegi" erhalten sozial benachteiligte Menschen Vergünstigungen bei Kulturangeboten.

Im Rahmen des Nationalen Kulturdialogs werden zurzeit zwischen Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden Massnahmen zur Stärkung der kulturellen Teilhabe diskutiert. In Hinblick auf die Kulturbotschaft 2021-2024 wird das Bundesamt für Kultur die Ergebnisse dieser Arbeiten evaluieren.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3433	n	Po. Heim. Cybersicherheit im Gesundheitswesen			-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird ersucht, eine Strategie, erforderliche institutionelle Vorkehrungen sowie Massnahmen zur Verstärkung der Cybersicherheit im Gesundheitswesen zusammen mit Fachleuten und Kantonen zu prüfen und aufzuzeigen, auf wann und wie sie umgesetzt werden sollen und ob dafür neue rechtliche Grundlagen erforderlich sind. Insbesondere geht es um Massnahmen wie:

1. Bündelung von Know-how und Ressourcen bei Bund und Kantonen für die Cybersicherheit im Gesundheitswesen mit Blick auf verschiedene Szenarien, wie alltägliche Cybersicherheit, koordinierte Hackerattacken nach dem Muster von "Wanna Cry", massive, hochkomplexe und flächendeckende Hackerangriffe von strategischem Ausmass. Dabei ist zu klären, wer welche Dienstleistung erbringt und wer die Kosten trägt;
2. Aufbau von Angriffs- oder Hackerkapazitäten, um Abwehrmassnahmen zu testen;
3. Aufbau zusätzlicher qualitativer und quantitativer Ressourcen zur Sicherstellung der Frühwarnung und Unterstützung bei Cyberangriffen rund um die Uhr;
4. Information der Spitäler über die detaillierten Resultate der vom Babs unter Verschluss gehaltenen Verwundbarkeits- und Risikoanalyse;
5. Einführung einer Meldepflicht bei sicherheitsrelevanten Cyberereignissen insbesondere bei Spitälern und Gesundheitsinstitutionen, auch um damit ein Warnsystem und Best-Practice-Empfehlungen aufzubauen;
6. Überprüfen und Anpassen von Mindeststandards an die Herausforderungen der Cybersicherheit bei Geräten wie z. B. computergesteuerte Diagnose-, Analyse-, Mess- und Behandlungsinstrumente, lebenserhaltende Maschinen usw.;
7. Vereinbarungen mit den Kantonen über harmonisierende Mindestvorgaben für die IT-Sicherheit in Spitälern (Cyber-Intelligence-Programme usw.) sowie für Redundanz und Ausfallsicherheit;
8. Zertifizierungsmöglichkeiten sicherer Hard- und Software-Komponenten.

Begründung In der Beantwortung der Interpellation Heim 17.3136, "Cyber-Sicherheit im Gesundheitswesen", betont der Bundesrat die Eigenverantwortung der Spitäler. Seine Risiko- und Verwundbarkeitsanalyse der Gesundheitsversorgung erwähnt er nicht. Er bestreitet die Notwendigkeit eines Cybersicherheitskonzepts und erwähnt die (unverbindliche) Zusammenarbeit der Medizintechnik mit Melani. Die EU aber sieht für die Cybersicherheit eine obligatorische Meldepflicht vor. Meldepflicht, Massnahmen für die IT-Sicherheit in Spitälern und die Stärkung von Melani sind dringend zu prüfen und umzusetzen.

Stellungnahme Der Bundesrat ist sich bewusst, dass eine hohe Daten- und Cybersicherheit im Gesundheitssystem eine wichtige Voraussetzung für das Vertrauen der Bevölkerung, der Patientinnen und Patienten, aber auch der Gesundheitsfachpersonen in E-Health-Anwendungen wie das elektronische Patientendossier darstellt. Ein ausreichender Schutz von digitalen Gesundheitsdaten ist eine wesentliche Voraussetzung für eine flächendeckende digitale Vernetzung im Gesundheitssystem. Nur so können die von der stetig voranschreitenden Digitalisierung erwarteten Nutzen für die Gesundheitsversorgung wie Verbesserung der Behandlungsqualität, Erhöhung der Patientensicherheit und Steigerung der Effizienz auch realisiert werden.

Zurzeit wird im Rahmen der Umsetzung der Strategie Digitale Schweiz, die der Bundesrat im April 2016 verabschiedet hat, gemeinsam von Bund und Kantonen die Strategie E-Health Schweiz 2.0 erarbeitet. Im Rahmen dieser Weiterentwicklung der Strategie E-Health Schweiz aus dem Jahre 2007 soll den Themen Datenschutz, Datensicherheit sowie Cybersicherheit besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dazu werden die zuständigen Bundesstellen (BAG, ISB, Babs usw.) unter Beizug von Expertinnen und Experten sowie gemeinsam mit den Kantonen und den weiteren betroffenen Akteuren konkrete Massnahmen zur Verbesserung der Daten- und Cybersicherheit im Gesundheitswesen erarbeiten. Im Rahmen dieser Arbeiten wird auch die Umsetzung der im Postulat erwähnten Massnahmen geprüft werden.

Zudem wurde im Rahmen der Strategie zum Schutz der Schweiz vor Cyberrisiken sowie der nationalen Strategie zum Schutz kritischer Infrastrukturen bereits die Resilienz des kritischen Teilsektors "Ärztliche Betreuung und Spitäler" überprüft, und basierend auf den Ergebnissen wurden Massnahmen zu deren Verbesserung erarbeitet. Im Fokus der Arbeiten stehen dabei insbesondere Verwundbarkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien und Cyberrisiken.

In diesem Sinne erachtet der Bundesrat das Anliegen des Postulates bereits als erfüllt und beantragt deshalb dessen Ablehnung.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3483	n	Po. de Courten. Massnahmen zur Senkung der Prämienlast in der obligatorischen Krankenversicherung. Gesundheitskosten im Asyl- und Flüchtlingswesen zulasten des Bundes			-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen und zu berichten, welche Gesetzesbestimmungen wie anzupassen sind, damit im Flüchtlings- und Asylwesen sowie durch Sans-Papiers anfallende Gesundheitskosten separat und zulasten des Bundes abgerechnet werden.

Begründung Der vorliegende Vorstoss hat nicht zum Ziel, Flüchtlingen, Asylsuchenden und sich widerrechtlich in der Schweiz aufhaltenden Sans-Papiers die medizinisch erforderliche Versorgung vorzuenthalten. Deren Finanzierung soll aber neu geregelt werden, sodass der Bund die Kosten trägt, nicht aber Kantone, Gemeinden und die Prämienzahler in der obligatorischen Krankenversicherung.

Die Gesundheitsversorgung im Asyl- und Flüchtlingswesen ist aufgrund verschiedener Faktoren besonders aufwendig. Zusätzliche Kosten werden verursacht durch aufwendige Zusatzabklärungen, Dolmetscher oder Isolationsmassnahmen. Bei dieser Patientengruppe sei der Aufwand je nach Krankheit bis zu zweimal so hoch wie bei anderen Patienten, ist aus Spitälern und Arztpraxen zu vernehmen. Infektionskrankheiten treten viel häufiger auf. Eine bisher durch die Umstände im Herkunftsland ungenügende Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung muss nachgeholt und kompensiert werden. Verständigungsprobleme müssen durch den Beizug von Dolmetschern überbrückt werden. Auch die medikamentöse Ver- und Nachsorge gestaltet sich aufgrund soziokultureller Differenzen wesentlich aufwendiger.

Die Kosten für die medizinische Versorgung ist im Asyl- und Flüchtlingswesen in den letzten Jahren überproportional und massiv angestiegen. Eine diesbezügliche Kostentransparenz hat der Bundesrat bisher nicht herstellen können oder wollen. In der Öffentlichkeit werden aber Höchststände dieser Kosten von bis zu 1,9 Milliarden Franken pro Jahr diskutiert. Wesentlich ist, dass dieser Kostenblock auch den Prämienanstieg für die rechtmässig in der Schweiz niedergelassene Bevölkerung beschleunigt.

Es scheint mir nicht angebracht, dass Letztere den Anstieg der Kosten im Asyl- und Flüchtlingswesen durch ihre Prämien solidarisch mitfinanzieren müssen.

Stellungnahme Personen, die sich ohne gültige Bewilligung in der Schweiz aufhalten (Sans-Papiers), bezahlen ihre Prämien - vorbehaltlich einer Prämienverbilligung - und ihre Kostenbeteiligungen selber. In seinem Bericht vom 23. Mai 2012 "Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung von Sans-Papiers" (verfügbar unter www.bag.admin.ch > Service > Publikationen > Bundesratsberichte) kam der Bundesrat insbesondere zum Schluss, dass der Grad der Versicherungsdeckung von Sans-Papiers erhöht und diese gleich wie andere Versicherte behandelt werden sollten. Das vorliegende Postulat läuft somit den vom Bundesrat festgesetzten Zielen zuwider. Im Übrigen werden die Versicherten, die sich ohne gültige Bewilligung in der Schweiz aufhalten, nicht von den anderen versicherten Personen abgegrenzt. Die Versicherer hätten entsprechend grosse Schwierigkeiten, die Kategorie der Sans-Papiers zu bilden.

Die Gesundheitskosten von Asylsuchenden, die Sozialhilfe beziehen, und Flüchtlingen werden von der öffentlichen Hand übernommen. Im Jahr 2015 lagen die von den Asylsuchenden verursachten durchschnittlichen Kosten 8,8 Prozent über den Durchschnittskosten für die restlichen Versicherten der Schweiz, was 0,67 Prozent der Gesamtkosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entspricht. Gemäss Artikel 80a des Asylgesetzes (AsylG; SR 142.31) gewährleistet der Zuweisungskanton für die betreffenden Personen die Sozialhilfe, die auch die medizinische Grundversorgung umfasst. Diese Ausgaben werden jedoch bereits jetzt letztlich vom Bund übernommen, der die Kantone für die entsprechenden Kosten vollumfänglich subventioniert. Der Bund gewährt den Kantonen Pauschalen, die die Kosten der Sozialhilfe und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abdecken und zudem einen Beitrag an die Betreuungskosten enthalten (Art. 88 Abs. 2 und 3 AsylG). Damit kommt der Bund bereits heute massgeblich für die Finanzierung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen auf. Der Bundesrat hält die Finanzierung der Gesundheitsversorgung dieser Personen durch Bund und Kantone für effizient und sieht keinen Anpassungsbedarf.

Des Weiteren können Bund und Kantone gestützt auf die Artikel 80 Absatz 1 und 82a Absätze 2 und 3 AsylG die Wahl des Versicherers für Asylsuchende einschränken, ihnen eine bestimmte Versicherungsform vorschreiben und die Wahl der Leistungserbringer einschränken. Mit diesen Mitteln können der Bund und die Kantone den Zugang für Asylsuchende zu unserem Gesundheitssystem sinnvoll steuern und dank günstiger Prämien bei den besonderen Versicherungsformen die öffentlichen Gelder sparsam einsetzen. Darüber hinaus verringert sich der administrative Aufwand für Bund und Kantone durch die Möglichkeit, die Anzahl Ansprechpartner auf einen oder mehrere bestimmte Versicherer zu beschränken, deutlich.

Eine separate Abrechnung der Gesundheitskosten von Asylsuchenden und Flüchtlingen, wie vom Autor des Postulates gewünscht, würde voraussetzen, dass diese Versicherten (mit Wohnsitz in der Schweiz) entweder in einem eigenen, von den übrigen in der Schweiz wohnhaften Versicherten abgegrenzten Bestand vereint oder aus dem Krankenversicherungssystem ausgeklammert würden. Im ersten Fall, bei dem die Versicherer eine spezifische Prämie für diese Versichertengruppe festlegen müssten, würde wesentlich vom Grundsatz der Gegenseitigkeit abgewichen, auf den sich die soziale Krankenversicherung stützt (Art. 5 Bst. f des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes; SR 832.12). Der Bundesrat hält eine solche Ausnahme nicht für gerechtfertigt. Asylsuchende sind bereits aus dem Risikoausgleich ausgenommen, wodurch für sie keine Risikoabgabe entrichtet werden muss. Daher können ihre gesamten Prämieinnahmen zur Deckung der Kosten, die sie verursachen, verwendet werden. Eine Abrechnung der Kosten ausserhalb des Krankenversicherungssystems könnte entweder über die bestehenden Strukturen (die Versicherer oder die Gemeinsame Einrichtung KVG) oder über die Einrichtung einer spezifischen Struktur erfolgen. In beiden Fällen müssten die bestehenden oder neuen Einheiten, die mit der Verwaltung der Gesundheitskostenfinanzierung von Personen ausserhalb der Krankenversicherung betraut wären, für diese Aufgabe entlohnt werden. Dies wiederum würde eine neue Belastung für die Steuerzahlenden schaffen. Nach Ansicht des Bundesrates wäre der Ausschluss der Personen im Asylbereich von der Krankenversicherung sowohl administrativ als auch finanziell zu aufwendig.

Der Bundesrat erachtet die aktuelle Abrechnungspraxis für die Gesundheitskosten von Asylsuchenden und Flüchtlingen über die Krankenversicherung als zweckmässig und effizient.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3485	n	Po. de Courten. Massnahmen zur Senkung der Prämienlast in der obligatorischen Krankenversicherung. Strikte Trennung zwischen Therapie und längerfristiger Krankschreibung			-	
Eingereichter Text	Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen und zu berichten, welche Gesetzesbestimmungen wie anzupassen sind, damit eine strikte Trennung der ärztlichen Tätigkeit als Therapeut und derjenigen als Beurteiler der Arbeits- und/oder Erwerbstätigkeit der Patienten nach mehr als einmonatiger Arbeitsunfähigkeit erreicht werden kann. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsste dann durch andere, festzulegende Institutionen nach objektiv gültigen Kriterien erfolgen. Der behandelnde Arzt dürfte sie nur noch provisorisch verlängern, bis die zuständige Institution nach versicherungsmedizinischen Kriterien entschieden hat.					
Begründung	Dies würde Patientenkarrieren und Abklärungen verhindern, die nur zum Zweck eines sekundären Krankheitsgewinns entstehen. Es darf aus praktischer Erfahrung vermutet werden, dass dies einen nicht unerheblichen Teil der heutigen Gesundheitskosten ausmacht, z. B. im Bereich der überaus kostenverursachenden chronischen Rückenschmerzen, aber auch im Bereich der Psychosomatik, um nur zwei konkrete Beispiele zu nennen.					

Stellungnahme Das Medizinalberufegesetz (MedBG; SR 811.11) regelt die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte, die Voraussetzungen für die fachlich selbstständige Berufsausübung sowie die Berufspflichten und die Konsequenzen ihrer Nichteinhaltung. Das MedBG nimmt hingegen keine Abgrenzung zwischen therapeutischen und gutachterlichen Kompetenzen der Ärzteschaft vor.

Die geltenden arbeits- und versicherungsrechtlichen Bestimmungen ermöglichen jedoch eine dem Einzelfall angemessene Trennung zwischen der ärztlichen Tätigkeit als Therapeut bzw. Therapeutin und derjenigen als Beurteilender bzw. Beurteilende der (längerfristigen) Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Patientinnen und Patienten:

- a. So können Arbeitgeber bereits heute ein wirkungsvolles innerbetriebliches Absenzenmanagement einsetzen und in diesem Bereich auf die professionelle Unterstützung durch ihren Krankentaggeld- oder Unfallversicherer zählen.
- b. Auch wenn viele Betriebe ein Arztzeugnis als üblicher Nachweis für eine Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit erst nach einer gewissen Frist von beispielsweise drei Tagen einfordern, kann ein solches grundsätzlich bereits ab dem ersten Tag einer krankheitsbedingten Abwesenheit verlangt werden.
- c. Bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit ist der Arbeitnehmer verpflichtet, unaufgefordert periodisch neue Arztzeugnisse oder auch andere Nachweise für seine Arbeitsunfähigkeit einzureichen.
- d. Krankentaggeldversicherungen begnügen sich vor allem bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit in der Regel nicht mit Zeugnissen des behandelnden Arztes, sondern ordnen eine vertrauensärztliche Untersuchung an.
- e. Eine solche kann auch angeordnet werden, wenn objektive Anhaltspunkte dafür bestehen, dass das vorgelegte Arztzeugnis falsch sein könnte. Die Ausstellung falscher Arztzeugnisse zieht straf- und standesrechtliche Sanktionen nach sich.
- f. Der Arbeitgeber kann schliesslich, in Zusammenarbeit mit dem Krankentaggeld- oder Unfallversicherer, eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter mit längerer krankheitsbedingter Abwesenheit bei der Invalidenversicherung zwecks Früherfassung melden (Art. 3b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung).

Die vom Postulanten befürchteten Patientenkarrieren können somit bereits heute rechtzeitig erkannt und wirksam verhindert werden. Eine zusätzliche Regelung ist aus Sicht des Bundesrates darum nicht notwendig. Eine generelle Regelung, mit der jegliche Krankschreibung, unbeschrieben der zugrunde liegenden Diagnose, überprüft werden müsste, würde zudem die bürokratischen Umtriebe und damit die Kosten stark erhöhen. Vertrauensärztliche Abklärungen sind in der Regel aufwendig und mit entsprechend hohen Kosten zulasten der Arbeitgeber verbunden. Erhebliche Kostenfolgen für die Allgemeinheit hätten insbesondere auch die vom Postulanten vorgeschlagenen, neu zu schaffenden Prüfungsinstitutionen.

Der Bundesrat sieht vor diesem Hintergrund keinen Anlass, die geltenden Gesetze zu überprüfen oder Änderungsvorschläge zu erarbeiten. Er beantragt deshalb die Ablehnung des Postulates.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3516	n	Po. Jauslin. Freie Marktwirtschaft im Gesundheitswesen. Abschaffung des Einzelleistungstarifs			-	
Eingereichter Text	Der Bundesrat wird eingeladen, dem Parlament die finanziellen, operativen und marktwirtschaftlichen Auswirkungen aufzuzeigen, wenn der Einzelleistungstarif Tarmed abgeschafft wird und die Vertragspartner in der Tarifgestaltung völlig frei sind.					
Begründung	In einem aufwendigen Verfahren werden unter den Vertragspartnern (Leistungserbringer und Krankenversicherer) die Preise für medizinische Leistungen verhandelt und verbindlich festgeschrieben. Dabei streiten Krankenkassen, Ärzte, Spitäler und Politik darüber, wie viel eine medizinische Leistung wert ist. Vielfach hinkt der Tarif dem technologischen Fortschritt nach, und einzelne Vergütungen bilden die marktwirtschaftlichen Kosten nicht ab. Immer wieder herrscht Stillstand in der sachgerechten Tarifgestaltung. Dieses Verfahren ist nicht nachhaltig und kann keinen Beitrag zur Reduktion der Gesundheitskosten leisten. Nun ist es an der Zeit, sich ernsthaft Gedanken über die Zukunft des Tarmed zu machen und das Gesundheitswesen an die tatsächliche Marktwirtschaft heranzuführen. Es muss möglich sein, dass die Leistungserbringer die betriebseigenen Ansätze gemäss effektivem Aufwand verrechnen können, gleichzeitig aber auch die Patientinnen und Patienten oder Krankenversicherer einen individuellen Kostenvoranschlag verlangen können. Eine politische Festlegung des Tarmed verunmöglicht diese betriebseigene Kalkulation und Kostenrechnung. Gleichzeitig sollten die Tarifpartner auch die Möglichkeit erhalten, andere Abrechnungsformen zu vereinbaren und umzusetzen. Es ist deshalb angezeigt, die rechtlichen Rahmenbedingungen betreffend die Rolle der Vertragspartner kritisch zu überprüfen und wo nötig das KVG anzupassen.					

Stellungnahme In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind die Tarifpartner bereits heute weitgehend frei in der Tarifgestaltung. Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) gibt zwar gewisse Rahmenbedingungen für die Tarifierung vor. Innerhalb dieser geniessen die Tarifpartner einen grossen Handlungsspielraum, den sie aber nur beschränkt nutzen. So schreibt das KVG etwa für die Vergütung von ambulanten Behandlungen keine bestimmte Tarifart vor. Insbesondere steht es ihnen frei, einen Tarif zu vereinbaren, der nicht auf einer Einzelleistungstarifstruktur wie dem Tarmed beruht. Dies kann zum Beispiel ein Pauschal- oder Zeittarif (Art. 43 Abs. 2 KVG) sein. Die Tarifpartner müssen dabei berücksichtigen, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird (Art. 43 Abs. 6 KVG). Der Bundesrat spricht sich gemäss seiner Strategie Gesundheit 2020 für eine Stärkung von Pauschalabgeltungen gegenüber Einzelleistungstarifen aus, weil sie grundsätzlich eine effiziente Leistungserbringung fördern und sich auch in der Umsetzung als praktikabel erweisen.

Der Gesundheitsmarkt beziehungsweise das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage im Bereich der Krankenversicherung sind durch Verzerrungen geprägt: Die über Selbstbehalt und Franchise hinausgehenden Kosten der Leistungen, die im Gesundheitsmarkt zulasten der OKP erbracht werden, trägt nicht der eigentliche Kostenverursacher, der Patient bzw. die Patientin, sondern die Versicherung. Die Leistungserbringer verfügen über mehr Informationen als die Patientinnen und Patienten und können die Nachfrage beeinflussen. Diese Konstellation bringt es mit sich, dass sich die Preise nicht im freien Wettbewerb und in Abhängigkeit von Angebot und Nachfrage im Markt bilden. Entsprechend bestehen im Gesundheitssystem keine Verhältnisse, in denen der freie Markt eine Preisbildung garantiert, die einen effizienten Einsatz der Mittel gewährleistet. Für die Entschädigung der zulasten der Versicherung tätigen Leistungserbringer werden daher zwischen den Leistungserbringern und Versicherern Tarife vereinbart. Die Tarife für Analysen sowie die Höchstvergütungsbeiträge für Mittel und Gegenstände werden vom Eidgenössischen Departement des Innern, die Preise für Arzneimittel vom Bundesamt für Gesundheit festgesetzt.

Die OKP hat die Kosten der erbrachten Leistungen rückzuerstatten, sofern diese den gesetzlichen Vorgaben entsprechen. Es ist daher notwendig, dass klar ist, welche Kosten eine Sozialversicherung wie die OKP zu tragen hat und was die Versicherten vergütet erhalten. Nur ein solcher Rahmen bietet die notwendige Sicherheit für die Versicherten sowohl als Patientinnen und Patienten wie auch als Prämienzahler und Prämienzahlerinnen.

Eine einseitig definierte Abrechnung durch die Leistungserbringer ohne weitere Rahmenbedingungen und bei nichtvorhandenen Marktmechanismen könnte dazu führen, dass jeder Leistungserbringer seine Kosten inklusive einer selbstveranschlagten Gewinnmarge ohne Weiteres überwälzen würde. Da aber letztlich völlig offen ist, was für ein Abrechnungssystem mit welchen Ansätzen als Alternative zum Tarmed zu erwarten wäre, können die im Postulat verlangten Auswirkungen nicht konkret abgeschätzt werden.

Aus den dargelegten Gründen erachtet der Bundesrat es weder als sinnvoll noch als notwendig, die gewünschten Abklärungen zu treffen, und lehnt das Postulat ab.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3518	n	Mo. Hardegger. Register für Off-Label-Medikamente			-	
Eingereichter Text	Der Bundesrat wird beauftragt, in den Artikeln 71a und 71b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) zu regeln, dass verschriebene und verabreichte Off-Label-Medikamente, insbesondere Onkologika, registriert und auf deren Nutzen - z. B. in klinischen Studien oder bei der Registrierung - evaluiert werden.					
Begründung	Off-Label-Medikamente werden entweder für Behandlungen eingesetzt, für welche Swissmedic das Medikament nicht zugelassen hat, oder wenn das Bundesamt für Gesundheit (BAG) das Medikament nicht in die Spezialitätenliste (SL) aufgenommen hat. Gestützt auf die Artikel 71a und 71b KVV können die Krankenversicherer Arzneimittel im Einzelfall unter bestimmten Voraussetzungen ausserhalb der Fachinformation von Swissmedic oder ausserhalb der Limitierung gemäss SL vergüten. Entsprechende Kostengutsprachen werden durch den Vertrauensarzt der Krankenversicherer bearbeitet und nach dessen Empfehlung entsprechend vergütet oder nicht. Diese vertrauensärztlichen Bearbeitungen und die Abgabe von Empfehlungen für Kostengutsprachen aus der Grundversicherung nehmen zu. Gemäss einer vom BAG in Auftrag gegebenen Studie des Büros Vatter werden jährlich 6000 bis 8000 Gesuche behandelt. Die Studie weist im Übrigen auch auf Mängel bei der Bearbeitungsdauer der Kostengutsprache, bei der Praktikabilität der Umsetzung und bei der Gleichbehandlung der Patienten hin. Um den Nutzen und die Erfüllung der WZW-Kriterien eines Medikamentes beurteilen zu können, muss die Wirksamkeit evaluiert werden. Heute ist der Off-Label-Bereich eine Dunkelkammer, sodass die Wirksamkeit dieser Medikamente nicht beurteilt werden kann. Immerhin handelt es sich oft um Behandlungen von schwerkranken Patientinnen und Patienten, und oft sind die Therapien nicht in der Forschung eingeschlossen. Aktuelles Beispiel ist die Verabreichung von Methadon in der Krebsbehandlung. Der Einsatz von Methadon bei Krebserkrankungen verspricht Patientinnen und Patienten grosse Hoffnung, doch ist die Methode sehr neu, und es gibt keine klinischen Studien oder andere Instrumente zur Wirksamkeitsüberprüfung. Käme die Evaluation nach drei Jahren nicht zu eindeutigen Ergebnissen, müsste das BAG den restriktiven Umgang mit der Anwendung der betreffenden Medikamente verfügen. Erwiesenermassen wirksame Medikamente sollten schneller und zielgerichtet allen Betroffenen zugutekommen, wirkungslose Medikamente sollten schneller aus dem Verkehr gezogen werden, um unnötig körperliche Belastungen und falsche Hoffnungen zu vermeiden.					

Stellungnahme Der Bundesrat ist sich der Problematik im Bereich der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall bewusst. Er hatte bereits Gelegenheit (u. a. Motion Pfister Gerhard 15.3588, "Geburtsgebrechen und schwere Erkrankungen bei Kindern. Trennung von Behandlungs- und Finanzierungsentscheid") auszuführen, unter welchen Bedingungen Arzneimittel über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden und dass die Krankenversicherer bei einer Anwendung eines Arzneimittels ausserhalb der von Swissmedic genehmigten Fachinformation oder ausserhalb der SL-Limitation Einzelfälle zu beurteilen haben.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vom Motionär erwähnten Evaluation zur Umsetzung der Artikel 71a und 71b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) in den Jahren 2013 und 2014 hat der Bundesrat am 1. Februar 2017 Anpassungen der KVV in diesem Bereich verabschiedet. Die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall wird seit dem 1. März 2017 in den Artikeln 71a bis 71d KVV geregelt. Im Rahmen der erwähnten Verordnungsanpassungen wurde auch Artikel 28 KVV dahingehend ergänzt, dass die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) Informationen zu Kostengutsprachege suchen zur Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall nach den Artikeln 71a ff. KVV bekanntgeben müssen. Zudem wird das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) auf der Basis der nun von den Versicherern zur Verfügung zu stellenden Informationen im Jahr 2019 eine erneute Evaluation der ausnahmsweisen Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall vornehmen. Die Evaluation soll insbesondere aufzeigen, ob einzelne Indikationen oder Arzneimittel vermehrt von Gesuchen um eine ausnahmsweise Vergütung im Einzelfall betroffen sind und welche Kosten zulasten der OKP aufgrund der Anwendung der Artikel 71a ff. KVV entstehen.

Das BAG kann schon heute die Daten zur Vergütung im Einzelfall, die ihm die Versicherer aufgrund von Artikel 28 Absatz 3bis KVV bekanntgeben müssen, zusammenführen. Für die Verpflichtung der Versicherer zum Führen eines gemeinsamen Registers im Bereich der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall fehlt dagegen bisher eine gesetzliche Grundlage im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und im Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die Krankenversicherung (KVAG; SR 832.12).

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass mit den kürzlich ergriffenen Anpassungen und Massnahmen der Problematik im Bereich der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall genügend Rechnung getragen wurde, und er sieht bis zum Vorliegen der Ergebnisse der erneuten Evaluation keinen weiteren Handlungsbedarf. Er kann nach Vorliegen der Evaluation weitere Massnahmen im Bereich der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall prüfen. Dazu gehört auch die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine Registerführung.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3535	n	Mo. Flückiger Sylvia. Krankenversicherung light für Personen mit ungeklärtem Aufenthaltsrecht			-	
Eingereichter Text	Der Bundesrat wird gebeten, die nötigen Schritte einzuleiten, damit Personen mit ungeklärtem oder provisorischem Aufenthaltsstatus, z. B. Asylsuchende, Sans-Papiers und weitere, in einer "Krankenversicherung light" mit angepasstem Grundleistungskatalog versichert werden können. Diese Krankenversicherung light soll durch Bundesgelder finanziert werden, im Rahmen der gesprochenen Asylkredite.					
Begründung	Erneut mussten bei der Krankenversicherung happige Prämien erhöhungen angekündigt werden. Die Kosten im Gesundheitswesen steigen weiterhin jedes Jahr, die Bürgerinnen und Bürger müssen dafür immer tiefer in die Tasche greifen. Bei den Krankenversicherern schlagen immer mehr ambulante Behandlungen zu Buche, unter anderem von Asylsuchenden, die gemäss aktuellen Zahlen im Durchschnitt höhere Kosten verursachen als die übrigen Versicherten. Sowohl die Prämien wie auch die übrigen anfallenden Kosten wie Selbstbehalte, nichtübernommene Behandlungen, Zahnbehandlungen usw. berappt schliesslich der Steuerzahler. Gleichzeitig wirken sich die umfangreichen Behandlungen auf die Prämien aus, was wiederum alle anderen Prämienzahler finanziell belastet. Das Konzept der Krankenversicherung mit seinem umfassenden Grundleistungskatalog schafft einerseits falsche Anreize für Asylsuchende und deckt andererseits nicht richtig ab. Als Beispiel sollen hier die Zahnbehandlungen angeführt werden. Kleinere Zahnbehandlungen werden nicht gedeckt und müssen von der Sozialhilfe bezahlt werden, umfangreiche Operationen wiederum können unter Umständen als medizinisch indiziert abgerechnet werden. Dies schafft den Anreiz, möglichst umfangreiche Behandlungen durchzuführen, um sie über die Krankenversicherung abrechnen zu können. Die Schaffung einer "Krankenversicherung light" für Personen im Asylverfahren könnte hier mit einem auf der Notversorgung basierenden Konzept Abhilfe schaffen. Ein solches kostengünstiges Versicherungsmodell könnte auch bei den Sans-Papiers Anwendung finden, welche grundsätzlich der Versicherungspflicht unterstehen, ebenfalls nicht über einen geregelten Aufenthaltsstatus und nur über kleine Einkommen verfügen und wenig Leistungen in Anspruch nehmen. Durch diese separate Krankenversicherung entsteht vor allem auch die nötige Transparenz bezüglich der Kosten.					

Stellungnahme Sowohl Asylsuchende als auch Personen ohne gültige Aufenthaltsbewilligung (Sans-Papiers) unterstehen in der Schweiz der Krankenversicherungspflicht. In einigen Punkten folgt die Krankenversicherung der obenerwähnten Personen nicht den gleichen Regeln. So sorgt in der Praxis der Kanton, dem ein Asylsuchender zugewiesen ist, für dessen Beitritt zur sozialen Krankenversicherung, und dessen Gesundheitskosten werden von der öffentlichen Hand übernommen. Sans-Papiers müssen ihren Beitritt selbst bei einem Versicherer beantragen und bezahlen ihre Prämien - vorbehaltlich der Prämienverbilligung - sowie ihre Kostenbeteiligungen selbst. Betreffend die von den Versicherern zu übernehmenden Leistungen hingegen hat der Bundesrat in seiner Antwort auf die Interpellation Amstutz 17.3381, "Wohin steuern die medizinischen Kosten der Asylpolitik?", daran erinnert, dass der Grundsatz der Gleichbehandlung (Art. 5 Bst. f des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes; SR 832.12) für alle in der Schweiz versicherten Personen gilt. Gemäss diesem Grundsatz haben die Versicherten unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus den gleichen Anspruch auf Übernahme der Leistungen, die in den Artikeln 25 bis 31 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) festgelegt sind.

Im Jahr 2015 lagen die von den Asylsuchenden verursachten durchschnittlichen Kosten 8,8 Prozent über den Durchschnittskosten für die restlichen Versicherten der Schweiz, was 0,67 Prozent der Gesamtkosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entspricht. Nach den Artikeln 80 Absatz 1 und 82a Absätze 2 und 3 des Asylgesetzes (SR 142.31) haben Bund und Kantone die Möglichkeit, die Wahl der Versicherer für die Asylsuchenden einzuschränken, sie zu verpflichten, sich einer besonderen Versicherungsform anzuschliessen, und die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken. Mit diesen Instrumenten können der Bund und die Kantone den Zugang der Asylsuchenden zu unserem Gesundheitssystem sinnvoll steuern.

Die zahnärztlichen Behandlungen bei Asylsuchenden werden nur von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, wenn sie die Folge einer Krankheit oder eines vom KVG-Versicherer gedeckten Unfalls sind, sowie ausschliesslich unter den restriktiven Bedingungen der Artikel 31 und 32 KVG. Die Leistungen müssen somit wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Diese Kriterien gelten auch für die nicht durch das KVG gedeckten zahnärztlichen Behandlungen, die von der öffentlichen Hand übernommen werden. Nach den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (<https://www.skos.ch/skos-richtlinien/richtlinien-konsultieren/>) werden Zahnbehandlungen, die über den Rahmen des KVG hinausgehen, dann übernommen, wenn die Behandlung nötig ist und in einer einfachen, wirtschaftlichen und zweckmässigen Weise erfolgt. Nach der Rechtsprechung werden nur jene Behandlungen gedeckt, die geeignet sind, Zahnschmerzen zu beseitigen oder die Kaufähigkeit sicherzustellen. Stehen mehrere Behandlungswege offen, so gebührt der günstigsten Variante der Vorzug (Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 18. November 2008 C-2616/2008). Die obenerwähnten Bedingungen bestimmen, ob eine zahnärztliche Behandlung zulasten der Krankenversicherung abgerechnet werden kann; in diesem Bereich besteht keinerlei Freiheit.

Auf der Ebene der sozialen Krankenversicherung unterscheiden sich die Versicherten, die sich ohne gültige Bewilligung in der Schweiz aufhalten, nicht von den übrigen Versicherten. Folglich hätten die Versicherer grosse Schwierigkeiten, sie der Kategorie der Sans-Papiers zuzuweisen. In seinem Bericht vom 23. Mai 2012 in Erfüllung des Postulates Heim 09.3484, "Sans-Papiers. Krankenversicherung und Zugang zur Gesundheitsversorgung" (abrufbar unter www.bag.admin.ch > Service > Publikationen > Bundesratsberichte), ist der Bundesrat überdies namentlich zum Schluss gelangt, dass der Grad der Versicherungsdeckung von Sans-Papiers erhöht werden sollte und dass Sans-Papiers und andere Versicherte gleich behandelt werden sollten. Die Umsetzung der vorliegenden Motion würde somit den Zielen, die sich der Bundesrat gesetzt hat, klar zuwiderlaufen.

Aus Sicht des Bundesrates ist es nicht zulässig, eine Ungleichbehandlung gegenüber Asylsuchenden, Sans-Papiers und weiteren Personen mit ungeklärtem Status einzuführen, indem eine eingeschränkte Versicherung geschaffen wird, die besonders schutzbedürftige Versicherte stigmatisieren würde.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3536	n	Po. (Schmid-Federer) Lohr. Nationales Konzept Freiwilligenarbeit			-	

Eingereichter Text	Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, wie ein nationales Konzept zur Stärkung der Freiwilligenarbeit in der Schweiz in Zusammenarbeit mit den Kantonen erarbeitet werden könnte, welches insbesondere folgende Themen beinhaltet:					
	1. die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur langfristigen Förderung der Freiwilligenarbeit in der Schweiz; 2. Sensibilisierung aller Teile der Schweizer Gesellschaft für die Bedeutung der Freiwilligenarbeit, insbesondere der Jungen zwischen 14 und 29 Jahren; 3. bessere Nutzung des Beitrags der Freiwilligenarbeit in der Integrationsförderung; 4. Anerkennung und Bekanntmachung eines Nachweises für Freiwilligenarbeit und ehrenamtliches Engagement; 5. Abbau von administrativen Hürden in der Freiwilligenarbeit; 6. Schaffung einer nationalen Kommission zur Zukunft der Freiwilligenarbeit in der Schweiz; 7. Massnahmen zur Beseitigung von Hindernissen für Freiwilligenarbeit ausländischer Personen; 8. Unterstützung von Infrastruktureinrichtungen zur Weiterbildung und gesamtheitlichen Förderung im Bereich der Freiwilligenarbeit.					

Begründung Jährlich leisten Schweizerinnen und Schweizer etwa 650 Millionen Stunden Freiwilligenarbeit. Freiwilligenarbeit dient oft der Unterstützung von Benachteiligten und ist Ausdruck von solidarischem Handeln. Zudem schafft sie viele Kontaktmöglichkeiten und hilft mit, dass Schwache weniger ausgegrenzt werden. Freiwilliges Engagement ist eine Ergänzung zu professionellen Dienstleistungen und trägt zur Deckung der materiellen und immateriellen Bedürfnisse der Bevölkerung bei. Die Zahl der Schweizerinnen und Schweizer, die Freiwilligenarbeit leisten, ist jedoch seit Jahren kontinuierlich rückläufig. Gleichzeitig steigen aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung und der zunehmenden Forderung nach Professionalisierung der Bedarf und die Anforderungen an Freiwilligenarbeit. Der Bund muss Massnahmen ergreifen, um die von der Freiwilligenarbeit für die Gesellschaft geleisteten notwendigen Dienste langfristig garantieren zu können.

Der Bundesrat verfolgt in verschiedenen Bereichen, beispielsweise in der Palliative Care, Nischenstrategien, in welchen er die Freiwilligenarbeit berücksichtigt. Es fehlt aber bisher ein ganzheitlicher Ansatz, wie die Freiwilligenarbeit gezielt gefördert und schweizweit gestärkt werden könnte.

Stellungnahme Der Bundesrat ist sich bewusst, welchen unschätzbaren Beitrag Freiwillige leisten. Unbezahlte Arbeit steht für Verantwortung und Solidarität in der Erfüllung vielfältiger Aufgaben zugunsten der Gesellschaft. Es ist wichtig, auch in Zukunft auf das freiwillige Engagement der Bürgerinnen und Bürger zählen zu können und diese unbezahlte Arbeit zu unterstützen, wie es heute bereits der Fall ist.

Der Bundesrat hat sich bereits verschiedentlich zu den unterschiedlichen Formen der Unterstützung von Freiwilligenarbeit geäussert, zuletzt im Rahmen des Postulates Häsler 16.3424, "Freiwilligenarbeit in Wert setzen". Dabei hat er in Erinnerung gerufen, dass der Bund die organisierte Freiwilligenarbeit, insbesondere im Kinder- und Jugendbereich, im Bereich Jugend- und Erwachsenensport sowie in der Altershilfe, anerkennt und würdigt. So haben Arbeitnehmende bis zum vollendeten 30. Altersjahr Anspruch auf eine Woche Urlaub für ausserschulische Jugendarbeit in einer kulturellen oder sozialen Organisation (Art. 329e OR). Ausserdem unterstützt der Bund die durch Angehörige freiwillig erbrachte informelle Pflege.

In den genannten Bereichen werden beträchtliche Mittel investiert, um die zahlreichen privaten Organisationen als Träger der Freiwilligenarbeit zu unterstützen. Diese organisieren wiederum die Freiwilligeneinsätze, stellen Weiterbildungen und Austauschmöglichkeiten zur Verfügung, und sie stellen auf Wunsch den Freiwilligen Tätigkeitsnachweise aus. In den verschiedenen Bereichen wird laufend neuen Entwicklungen Rechnung getragen. Die Evaluation des Programms Mentoring des Bundes (2017) sowie eine weitere vom SEM in Auftrag gegebene Studie ("Beitrag der Freiwilligenarbeit in Projekten im Bereich der Integrationsförderung und des interkulturellen Zusammenlebens", 2016) haben gezeigt, dass Freiwillige einen bedeutenden Beitrag zur Integration von Migrantinnen und Migranten leisten. So wird derzeit die verstärkte Förderung von Freiwilligenarbeit in der Integrationsförderung, namentlich in den kantonalen Integrationsprogrammen, geprüft. Auf europäischer Ebene soll das bewährte Instrument des Europäischen Freiwilligendienstes für Jugendliche auch auf Erwachsene ausgedehnt werden (solidarity corps). Damit sind Instrumente bereits vorhanden, um die Freiwilligenarbeit von Personen aus der Schweiz im Ausland und umgekehrt zu fördern.

Ausserhalb dieser konkreten Bereiche spricht sich der Bundesrat gegen die Schaffung von Gesetzesgrundlagen für eine allgemeine, ideelle oder materielle Anerkennung der Freiwilligenarbeit aus. Dieser Vorbehalt hat mehrere Gründe, allen voran die Schwierigkeit zu bestimmen, welche freiwilligen Tätigkeiten Unterstützung erhalten sollten. Zudem ist die Freiwilligenarbeit oftmals lokal oder bereichsspezifisch organisiert und geht auf die Initiative von Privatpersonen oder Organisationen der Zivilgesellschaft zurück. Und genau auf dieser Ebene ist die Förderung und Sensibilisierung am effizientesten. Eine nationale Strategie, Gesetzesgrundlagen oder eine nationale Kommission und eine Institutionalisierung hätten zweifellos Symbolcharakter, würden aber neue administrative Aufgaben nach sich ziehen und die Abläufe und Kontrolle der Tätigkeiten erschweren. Für die informelle Hilfe und das Vereinsleben wäre das eher nachteilig, da es der Dynamik insgesamt abträglich wäre.

Aus diesen Gründen steht der Bundesrat der Ausarbeitung einer nationalen Strategie zur Unterstützung der Freiwilligenarbeit ablehnend gegenüber.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3540	n	Po. Lohr. Diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung			-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt darzulegen, wie er eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen im Sinne der Artikel 25 und 26 der Uno-Behindertenrechtskonvention realisieren will. Laufende Arbeiten im Gesundheitsbereich sind einzubeziehen, so die Umsetzung der Strategie Gesundheit 2020, die Umsetzung Strategie seltene Krankheiten, die Überarbeitung der Liste der Geburtsgebrechen der Invalidenversicherung und die Revision von Tarmed. Der erwartete Bericht soll in Zusammenarbeit mit und unter Einbezug des Expertenwissens von Betroffenen und Behindertenorganisationen erfolgen, der Inklusion verpflichtet sein und ein optimales Zusammenspiel von Bund und Kantonen garantieren.

Begründung Wer die Gesundheitsversorgung in der Schweiz für Menschen mit Beeinträchtigungen oberflächlich betrachtet, kann sie als recht gut bezeichnen. Schaut man allerdings etwas in die Tiefe, sind gravierende Lücken auszumachen. Behindertenorganisationen stellen dies insbesondere für erwachsene Personen mit unterschiedlichen Behinderungen fest, beispielsweise für jene mit kognitiven Einschränkungen, für jene mit Hirnverletzungen oder psychiatrischen Diagnosen, für Personen mit Körperbehinderungen wie Muskelkrankheiten oder multiple Sklerose, dann aber auch solche mit seltenen Krankheiten wie etwa Retinitis pigmentosa.

Viele betroffene Personen verzichten aus finanziellen Gründen auf ärztliche Leistungen, weil die Krankenkassen an sich mögliche Behandlungen nicht bezahlen. Oder aber sie finden keine Fachärztinnen und Fachärzte mit dem nötigen Spezialwissen und dem Willen, sich allenfalls auf eine kommunikativ herausfordernde Behandlungssituation einzustellen.

Auch drei Jahre nach der Ratifizierung der Uno-Behindertenrechtskonvention ist keine Strategie auszumachen, wie die Schweiz eine für die gesamte Bevölkerung diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung ermöglichen will. So ist etwa in der Aus- und Weiterbildung von angehenden Ärztinnen und Ärzten und von Pflegepersonal spezifisches Wissen über Beeinträchtigungen und über Kommunikation unter besonderen Bedingungen zu vermitteln. Leistungskatalog und Tarife der Invaliden- und der Krankenversicherung sind im Hinblick auf eine inklusive Gesundheitsversorgung zu überprüfen und anzupassen.

Ideen, breites Wissen und jahrzehntelange Erfahrungen von Menschen mit Behinderungen und chronisch Kranken sind vorhanden und könnten genutzt werden.

Stellungnahme Ein diskriminierungsfreier Zugang zum Gesundheitswesen für alle Bevölkerungsgruppen, gerade auch für Menschen mit einer Behinderung, ist dem Bundesrat ein wichtiges Anliegen. Das Gewährleisten des Zugangs zum Gesundheitswesen liegt jedoch in erster Linie im Kompetenzbereich der Kantone. Dennoch werden die Bedürfnisse und spezifischen Situationen von Menschen mit Beeinträchtigungen vom Bund in verschiedenen gesundheitspolitischen Vorhaben explizit aufgenommen (z. B. in den Projekten koordinierte Versorgung, elektronisches Patientendossier, Konzept Seltene Krankheiten). Der Bundesrat ist bereit, Aspekte der Behindertengerechtigkeit auch in weiteren laufenden gesundheitspolitischen Massnahmen und Aktivitäten der Strategie Gesundheit 2020 im Rahmen seiner Möglichkeiten zu berücksichtigen.

Der Bundesrat hat zudem am 11. Januar 2017 vom Bericht zur Entwicklung der Behindertenpolitik des Eidgenössischen Departementes des Innern Kenntnis genommen und dieses beauftragt, die Massnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen zu konkretisieren und dem Bundesrat Anfang 2018 in einem zusätzlichen Bericht vorzulegen. Die Verbesserung der Zusammenarbeit von Bund und Kantonen schafft wesentliche Grundlagen für die künftige und vertiefte Förderung der Rechte von Menschen mit Behinderungen in zahlreichen relevanten Themenbereichen, darunter auch der Gesundheitsversorgung.

Auch vor dem Hintergrund der aktuellen Ressourcensituation lehnt der Bundesrat hingegen die Erarbeitung eines weiteren Berichtes ab.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3552	n	Po. von Siebenthal. Elektroschock ist keine Therapie			-	

Eingereichter Text Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, damit die sogenannte Elektrokonvulsionstherapie (früher Elektroschock genannt), welche nachweisbar bleibende Hirnschäden verursacht, die von den Praktizierenden in keiner Weise voraussagbar sind, in der Schweiz möglichst nicht mehr eingesetzt werden darf.

Begründung Diese sogenannte Therapie stammt aus dem Altertum, wo auch Aderlass als eine "etablierte" Lösung galt. Die Elektrokrampftherapie ist jedoch keineswegs eine erfolgreiche Lösung, sondern sehr umstritten, und wissenschaftliche Nachweise über jeglichen Erfolg fehlen. Ebenso fehlt jeglicher Nachweis, dass eine "schwerste Depression" etwas mit dem Hirn zu tun haben soll.

Aber es gibt fundierte Studien, die zeigen, dass mit einem Stromstoss dieser Stärke das Hirngewebe des Patienten irreversibel geschädigt wird und er nach einer solchen "Behandlung" Desorientierung, Verwirrtheit, Stimmungsschwankungen und Verlust des Gedächtnisses und der Entscheidungsfreiheit erfährt (vgl. Dr. P. Breggin "Elektroschock ist keine Therapie").

Dazu kommt, dass der Praktizierende keine Ahnung hat, was er genau mit dem hohen Strom zerstören wird, denn es ist völlig dem Zufall überlassen, welche Bahnen der Strom genau nimmt und welche Hirnzellenbereiche versengt werden. Klar ist nur, dass etwas für immer zerstört wird.

Natürlich soll der Praktizierende die Freiheit haben, eine ethische Therapie für die gestellte Diagnose zu wählen, sofern diese in Übereinstimmung mit den ärztlichen Grundsätzen der Genfer Deklaration des Weltärztebundes ist, welche eine zeitgemässe Version des Eids des Hippokrates darstellt.

Ein wesentlicher Punkt dieser Deklaration heisst: "Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein."

Eine Methode einzusetzen, bei der es sich im juristischen Sinne um eine vorsätzliche Körperverletzung mit unbestimmbarem Ausgang handelt, widerspricht eindeutig diesem Grundsatz.

Stellungnahme Der Bundesrat hat zum Gegenstand dieses Postulates bereits letztes Jahr im Rahmen der Beantwortung der Interpellation 16.4041 Stellung genommen.

Bei der Elektrokrampftherapie oder Elektrokonvulsionstherapie (EKT) handelt es sich um eine international etablierte Therapieform, welche bei Patientinnen und Patienten mit schweren Depressionen eingesetzt wird. In Deutschland werden laut einer Publikation aus dem Jahr 2013 rund 4000 Personen jährlich mit EKT behandelt; in der Schweiz waren es in den Jahren 2011 und 2012 rund 100 Personen. Diese verteilen sich auf rund ein Dutzend Spitäler; die meisten Behandlungen werden an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich sowie an der Psychiatrischen Klinik Käfingfelden durchgeführt.

Die in der Begründung des Postulates formulierte Einschätzung zu den Risiken und Auswirkungen wird durch anerkannte medizinische Institutionen sowie wissenschaftliche Publikationen nicht gestützt. So gibt es keinerlei Hinweise auf eine irreversible Schädigung oder ein "Versengen" von Hirnzellen (https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/ee634bcd0d5f404d6eb5817a7a69902f8254060a/2017-01-05_EKT_Broschuere.pdf; https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf; S. 120-123).

Das heisst natürlich nicht, dass die EKT keine Nebenwirkungen hätte. Der Einsatz der EKT erfolgt daher nach strenger Indikationsstellung und unter Abwägung des Nutzens und der Risiken für die Patientin oder den Patienten. Zudem kommt die EKT bei Fällen schwerer Depressionen mit zusätzlichen Komplikationen erst zum Einsatz, wenn eine Behandlung mit Medikamenten keinen Erfolg zeigt (sogenannte "therapieresistente Depression").

Der Bundesrat sieht keinen Handlungsbedarf im Hinblick auf ein Verbot der EKT. Selbst wenn ein solcher Handlungsbedarf vorliegen würde, könnten der Bundesrat und die Bundesämter hier kein Verbot aussprechen. In seiner Antwort auf die Interpellation 16.4041 hatte der Bundesrat bereits aufgezeigt, dass es sich bei der EKT um eine Therapieform handelt, die aufsichtsrechtlich keiner Bewilligungspflicht unterliegt. Zudem liegt die Verantwortung für die Überwachung der Ärzteschaft bei den Kantonen. Die dort zuständigen Stellen (Gesundheitsdirektionen, Kantonsärzte) wären entsprechend verantwortlich, Ärzten oder Ärztinnen die Bewilligung zur Berufsausübung zu entziehen oder andere rechtliche Schritte einzuleiten, sollten sie zu der Einschätzung gelangen, dass diese Patientinnen und Patienten gefährden.

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Nr.	Rat	Geschäftstitel	Sprecher/in	Bekämpft durch	Antrag *	Mit Antrag einverstanden **
17.3553	n	Po. von Siebenthal. Unzulässige Verschreibung von Neuroleptika an Kinder			-	
Eingereichter Text	Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, die Verschreibung von Antipsychose-Medikamenten (Neuroleptika) an Kinder als Off-Label-Anwendung zu untersagen.					
Begründung	Die Verschreibung von Neuroleptika bei Kindern mit "ADHS" hat sich in den letzten zehn Jahren vervierfacht (siehe Interpellation 13.4204, "Psychopillen für verhaltensoriginelle Kinder"). Solche Antipsychose-Medikamente wurden für die Behandlung von schweren psychischen Leiden wie Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen oder Wahnvorstellungen entwickelt und weisen teilweise massive Nebenwirkungen auf, und die Zulassung ist einer verschärften ärztlichen Verschreibungspflicht unterstellt (Abgabekategorie A). Da trotz dieser Massnahmen solche Mittel als Off-Label-Verschreibung an Kindern eingesetzt werden, sollte die Off-Label-Anwendung für solche Mittel untersagt werden. Denn offensichtlich genügt in solchen Fällen die Begründung, dass die Verschreibungspraxis grundsätzlich in der Verantwortung des Arztes liegt, nicht, um solchen Missbräuchen vorzubeugen. Off-Label = Verschreibung für eine andere Indikation, als auf der Packungsbeilage zugelassen ist.					

Stellungnahme Neuroleptika sind hochwirksame Arzneimittel zur Behandlung von Patientinnen und Patienten, die an psychischen Krankheiten leiden. Aufgrund ihres breiten Wirkungsspektrums (dieses reicht von beruhigend bis hin zu antipsychotisch) und ihrer möglichen Nebenwirkungen erfordern sie einen sorgfältigen und sachgerechten Einsatz. Zudem ist anzumerken, dass nicht alle Medikamente aus der Gruppe der Neuroleptika der Abgabekategorie A zugeteilt sind.

Unter Einhaltung der Sorgfaltspflichten sind Off-Label-Anwendungen zulässig und können medizinisch angezeigt sein. Sie erfolgen in der Verantwortung des behandelnden Facharztes oder der behandelnden Fachärztin. Die Überwachung der ärztlichen Tätigkeiten (z. B. Verschreibungs- und Anwendungsverhalten) liegt im Kompetenzbereich der Kantone. Die Kantonsapotheker haben dazu Empfehlungen zur Off-Label-Anwendung von Arzneimitteln für Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker publiziert.

Der Bundesrat hat in seinem Bericht "Leistungssteigernde Arzneimittel" vom 6. November 2014 (in Erfüllung der Postulate Fehr Jacqueline 09.3665, Ingold 13.3157 sowie der SGK-NR 13.3012) aufgezeigt, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Behandlungsempfehlungen der Fachliteratur in der Regel einhalten.

Ein allgemeines Verbot der Off-Label-Anwendung von Neuroleptika bei Minderjährigen würde einen massiven Eingriff in die Behandlungsmöglichkeiten zur Folge haben. Solche Patientinnen und Patienten könnten nicht mehr adäquat nach dem heutigen etablierten Stand der Wissenschaft behandelt werden. Ohne Off-Label-Anwendung würden heute sehr viele Therapiemöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte wegfallen.

Um die Sicherheit der Off-Label-Verwendung von Arzneimitteln in der Kinderheilkunde zu erhöhen, hat der Gesetzgeber im Rahmen der Revision des Heilmittelgesetzes eine entsprechende gesetzliche Grundlage geschaffen. Vorgesehen ist ein nationales Verzeichnis, in dem harmonisierte Empfehlungen zur pädiatrischen Off-Label-Dosierung von Wirkstoffen publiziert werden. Um den Betrieb dieses Verzeichnisses ab 2018 zu ermöglichen, hat der Bundesrat den entsprechenden Artikel des revidierten Heilmittelgesetzes vorzeitig per 1. Januar 2018 in Kraft gesetzt (Art. 67a, AS 2017 2745).

Antrag Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.
