

Walter Donzé,
Nationalrat EVP, BE,
reichte am 13.6.2008
eine **Motion** ein



Neuverteilung der Bundesmittel für Prävention

Mittel für die Suizidprävention zur Verfügung stehen.

In Vorbereitung einer neuen Gesetzgebung ist vorgesehen, Präventionsanstrengungen besser auf die brennenden gesellschaftlichen Probleme auszurichten. Dabei ist Verhältnismässigkeit angesagt, was zu einer Neuverteilung der Mittel führen kann. Eine Evaluation und neue Fokussierung scheint nötig.

Wäre im Verhältnis zu den Todesfällen Suizidprävention nicht ebenso angemessen wie die Warnung vor Aids oder dem Drogenelend? Aufgrund des Auftrags an das BAG vom Mai 2005 dürften die wissenschaftlichen Datengrundlagen vorliegen. Nun gilt es, die spezialgesetzlichen Voraussetzungen für eine variable, den aktuellen Relationen entsprechende Prävention seitens des Bundes zu schaffen.

Der Bundesrat wird beauftragt, im Rahmen des vorgesehenen Präventionsgesetzes die Mittel neu zu verteilen. Insbesondere ist die Grundlage zu schaffen, dass künftig mehr

Aus der Antwort des Bundesrats vom 3.9.2008

Der heutigen Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft fehlt eine Gesamtstrategie. Deshalb sieht der Vorentwurf zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) zwei neue strategische Steuerungsinstrumente vor: die nationalen Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung zur Koordination der Massnahmen von Bund, Kantonen und Privaten (alle 8 Jahre) sowie die bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung zur Prioritätensetzung auf Bundesebene (alle 4 Jahre). Bei der Formulierung der nationalen Ziele sind insbesondere die Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung, internationale Empfehlungen und Richtlinien, der aktuelle Stand der Wissenschaft und der Bedarf unterschiedlicher Personengruppen zu berücksichtigen.

Da der Geltungsbereich des Vorentwurfs zudem alle in Absatz 2 Buchstabe b von Artikel 118 der Bundesverfassung erwähnten Krankheiten umfasst, stellt der Vorentwurf des Präventionsgesetzes auch die heute fehlende gesetzliche Grundlage für Massnahmen im Bereich der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren psychischen und physischen Krankheiten dar, sofern diese stark verbreitet oder bösartig sind. Als Konsequenz könnte das zukünftige

Gesetz auch als Grundlage für Massnahmen der Suizidprävention beigezogen werden, vorausgesetzt, dass diese Massnahmen auf eine Prävention der zugrunde liegenden psychischen oder physischen Krankheit abzielen. Im Gegensatz dazu können Massnahmen der Suizidprävention, die auf eine Veränderung von Lebensbedingungen oder den Zugang zu tödlichen Mitteln ausgerichtet sind, auch weiterhin nur über eine allfällige Änderung der entsprechenden Bundesgesetze erreicht werden.

Damit sind auf Basis des Vorentwurfs zum Präventionsgesetz die Voraussetzungen für Massnahmen im Bereich der Prävention von krankheitsbedingten Suiziden wie auch für eine längerfristige Neuverteilung der Mittel im Präventionsbereich gegeben. Da den Ergebnissen der oben erwähnten Steuerungsprozesse nicht vorgegriffen werden soll, kann indessen zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Aussage darüber gemacht werden, welche Präventionsanliegen in Zukunft prioritär bearbeitet werden sollen. In diesem Sinne unterstützt der Bundesrat die Motion. Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Stand der Beratung: im Plenum noch nicht behandelt.

Bea Heim,
Nationalrätin SP, SO,
reichte am 24.9.2008
eine **Motion** ein.



Früherkennung und Prävention der Osteoporose

Begründung

In der Schweiz leiden rund 300 000 Menschen an Osteoporose. Jede zweite Frau, jeder fünfte Mann ab 50 muss heute damit rechnen, einen durch Osteoporose bedingten Knochenbruch zu erleiden. Über 600 000 Spitaltage pro Jahr verursacht die Osteoporose. Prof. Lippuner hat bereits im Jahr 2000 nachgewiesen, dass die Osteoporose die Krankheit ist, die punkto Akut-Spitaltage eine Spitzenposition einnimmt. Fachleute rechnen, dass sich die Zahl der Betroffenen bis 2050 verdoppelt. Auch für die WHO gehört die Osteoporose zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Sie kostet das Gesundheitswesen rund 400 Millionen Franken pro Jahr, wird aber oft unterschätzt. Die Früherkennung wie

die Knochendichtemessung spart Folgekosten von Frakturen, dank rechtzeitiger Prävention. Warum sollen nur DXA-Messungen bezahlt werden, wenn ein osteoporosebedingter Knochenbruch vorliegt? Warum nicht auch bei familiär geprägtem Risiko? Gesundheitsökonomisch wäre die Früherkennung des osteoporotischen Risikos sinnvoller. Sie erlaubt die nötige Prävention, die vermeidbare Gesundheitskosten spart. Darum soll die Messung der Knochendichte ab einem zu bestimmenden Alter (z.B. ab 50 Jahren) und im Risikoverdachtsfall kassenpflichtig werden.

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt

Der Bundesrat wird beauftragt, zur Früherkennung und Prävention der Osteoporose und deren Folgen die osteoporotische Abklärung, wie zum Beispiel die Knochendichtemessung und Therapieberatung als kassenpflichtige OKP-Leistung festzulegen und zusammen mit Organisationen wie der Schweizerischen Gesellschaft gegen Osteoporose und weiteren Fachkreisen die Information und Sensibilisierung der Bevölkerung für diese anwachsende Problematik zu stärken.



Jacqueline Fehr,
Nationalrätin SP, ZH,
reichte am 2.10.2008
eine **Motion** ein.



Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin

Der Bundesrat wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den zuständigen Fachorganisationen eine Strategie mit einem Masterplan (inkl. allfälligen Gesetzesänderungen) auszuarbeiten und dem Parlament vorzulegen, mit der ein Ärztemangel in der Schweiz verhindert und die Hausarztmedizin gefördert werden können. Dabei sollen insbesondere die Abschaffung des Numerus Clausus, die Neugestaltung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, die Tarifgestaltung, die Förderung von Gemeinschaftspraxen und neuen Arbeitsmodellen, die Regelung der Notfalldienste sowie die Möglichkeiten von E-Health thematisiert werden.

Begründung

Gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) kann es bis 2030 zu einer erheblichen Lücke in der medizinischen Versorgung kommen. Bis zu 30 Prozent der prognostizierten Konsultationen



Demonstration der Hausärzte auf dem Bundesplatz in Bern, 1. April 2006

könnten dann gemäss Obsan nicht mehr abgedeckt werden.

Besonders gravierend wird gemäss der Obsan-Studie der zu erwartende Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten sein. Nahezu 40 Prozent der Konsultationen werden nicht mehr gewährleistet sein. Dies einerseits, weil aufgrund der Alterung der Bevölkerung die Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen steigen wird, andererseits ist mit einer weite-

ren Abnahme der Zahl jener zu rechnen, die sich für die Fachrichtung Hausarztmedizin entscheiden. Die Studie kommt entsprechend zum Schluss, dass es insbesondere im Bereich Hausarztmedizin Massnahmen braucht, um die flächendeckende medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Stand der Beratung: im Plenum noch nicht behandelt.

Daniel Vischer,
Nationalrat Grüne,
ZH, reichte am
1.10.2008 eine
Interpellation ein zu
diesem Thema.



Gibt es den Hirntod doch?

tun, um seine Theorie und Transplantationspraxis aufeinander abzustimmen?

Begründung

In der Debatte rund um das Transplantationsgesetz (TG) hatte der Bundesrat verschiedentlich sehr grossen Wert darauf gelegt, dass im Zweckbestimmungsartikel (Art. 9 TG) die erstmals auf Gesetzesstufe festgelegte Definition von Tod als umfassende Definition von Tod verstanden werde und nicht nur auf die Transplantationsmedizin anzuwenden sei und dass nicht mehr von «Hirntod» die Rede sein könne, weil es nur einen Tod gäbe. Das Parlament folgte dem Beharren des Gesundheitsministers und hat die Anträge abgelehnt, welche für die Transplantationsmedizin die Bestimmung «Hirntod» zugelassen hätte.

Mit dem Inkrafttreten des genannten Gesetzes und deren Ausführungsverordnungen

(1. Juli 2007) verwendet sowohl Swisstransplant als auch die SAMW die bisherige Bezeichnung «Hirntod» weiterhin.

(siehe: <http://www.swisstransplant.org/ger/Transplantation/FAQ/Medizinische-Aspekte/Koma> und: <http://www.swisstransplant.org/ger/Transplantation/FAQ/Medizinische-Aspekte/Hirntod>)

Damit verwendet Swisstransplant weiterhin den Begriff «Hirntod», obwohl der Gesetzgeber beschlossen hatte, es gäbe nur einen Tod und deshalb sei die Bezeichnung «Hirntod» nicht mehr zu verwenden. Auf der Homepage des BAG wird das «Hirntod»-Konzept auch erklärt.

Stand der Beratung: im Plenum noch nicht behandelt.

Ich bitte den Bundesrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. Sieht er heute ein, dass es sinnvoll ist, im Zusammenhang mit Organentnahmen von «Hirntod» zu sprechen?
2. Sieht er – wie Swisstransplant – die Verwendung des Begriffs «Hirntod» als sinnvolle zutreffende Bezeichnung bei Menschen, deren Hirnfunktionen vollständig und irreversibel ausgefallen sind? Wenn nicht, wünscht er sich, dass die BAG, SAMW und Swisstransplant ebenfalls nicht mehr von «Hirntod» sprechen?
3. Sollte er weiterhin darauf beharren, dass es nur einen Tod gäbe, was gedenkt er zu