

Vergütung der ärztlichen Komplementärmedizin durch die IV

MOTION
vom 13.4.2011

Edith Graf-Litscher
Nationalrätin SP
Kanton Thurgau



Der Bundesrat wird beauftragt, folgende Massnahmen zu treffen: Die ärztlichen Leistungen der anthroposophischen Medizin, klassischen Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie und traditionellen chinesischen Arzneimitteltherapie sind von der Invalidenversicherung wieder zu vergüten. Der Entscheid des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) vom 1. November 2005, die Kosten nicht mehr zu vergüten, ist aufzuheben.

Begründung

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hat per 1. November 2005 mit einem Kreisschreiben verfügt, dass die ärztlichen Leistungen der Komplementärmedizin nicht mehr von der Invalidenversicherung vergütet werden, da sie seinerzeit aus dem Leistungskatalog der Grundversicherung (KVG) gestrichen wurden. Der Ausschluss aus der Invalidenversicherung erfolgte ohne genügende Rechtsgrundlage. Mehrere Kantone haben die Leistungen weiter vergütet. Für die betroffenen Eltern und invalide Personen ist es stossend, wenn einzelne Kantone das Kreisschreiben umsetzen, während andere Kantone die Leistungen der Komplementärmedizin weiterhin bezahlen, weil die Rechtsgrundlage für den Entscheid des BSV fehlt.

Der Gesundheitsminister hat mit Beschluss vom 14. Januar 2011 die fünf ärztlichen Leistungen anthroposophische Medizin, klassi-



Auch die Akupunktur soll wieder in den Leistungskatalog des KVG aufgenommen werden.

sche Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie und traditionelle chinesische Arzneimitteltherapie befristet in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen. Der Entscheid des BSV ist deshalb rückgängig zu machen, und die fünf Methoden sind von der Invalidenversicherung zu vergüten, um die unzulässige Einschränkung der Therapiefreiheit zu beseitigen und um in allen Kantonen für Rechtsgleichheit zu sorgen.

Stand der Beratung:
Im Plenum noch nicht behandelt

Wissenschaftliche Grundlagen für ein nationales Suizidpräventionsprogramm

POSTULAT
vom 18.3.2011

Evi Allemann
Nationalrätin SP
Kanton Bern



Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht im Hinblick auf ein künftiges nationales Suizidpräventionsprogramm wissenschaftliche Grundlagen zu folgenden Themen anzuregen sowie Empfehlungen für die Suizidprävention abzugeben:

- Erforschung der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, Suizidversuchen und Suiziden in der Schweiz;
- Erforschung der Art der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen bei psychischen Erkrankungen und nach einem Suizidversuch;
- Erforschung der gewählten Methoden (inkl. organisierte Suizidhilfe) bei Suizidversuchen und vollzogenen Suiziden nach Geschlecht, Alter, Herkunft;
- Zusammenhänge zwischen Verfügbarkeit tödlicher Mittel und gewählten Methoden;
- Zusammenstellung der Präventionsprogramme in anderen Ländern und Bestandsaufnahme der kantonalen Programme;

- Darstellung des Forschungsbedarfs zur Früherkennung von Suizidalität;
- Vorschlag zur Umsetzung eines periodischen Monitorings zu Suizidversuchen und Suizid in der Schweiz aufgrund von harmonisierten Daten.

Begründung

Das Thema Suizid ist ein komplexes gesellschaftliches Problem, welches ein nicht akzeptables Ausmass hat. Im Vorfeld der Abstimmung über die Volksinitiative «Für den Schutz vor Waffengewalt» hat es sich gezeigt, dass die Informationen über die Schusswaf-fensuizide uneinheitlich sind. Hauptproblem sind die grossen Unterschiede in den kantonalen Datenbanken. Ein Bericht inklusive Empfehlungen bezüglich der Möglichkeiten für ein griffiges nationales Suizidpräventionsprogramm könnte klärend wirken.

Stand der Beratung:
Im Plenum noch nicht behandelt

KVG-Leistungskatalog

POSTULAT

vom 18.3.2011

Jürg Stahl

Nationalrat SVP

Kanton Zürich



Der Bundesrat wird beauftragt, den Leistungskatalog zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG vollumfänglich zu überprüfen. Damit die notwendigen Informationen für eine Limitierung des Leistungskatalogs zur Verfügung stehen, soll der Bericht des Bundesrates derart aufgebaut sein, dass folgende Kategorisierung (mit den entsprechenden finanziellen Volumen) vorgenommen werden kann:

- ❖ Leistungen, die dem Bereich der Bagatell-erkrankungen zugeteilt werden können;

- ❖ Leistungen, die als sogenannte «Grossrisiken» bezeichnet werden (Transplantationen etc.);
- ❖ Leistungen, die der Prävention dienen;
- ❖ Leistungen, die nicht dazu bestimmt sind, eine Krankheit zu behandeln (z.B. Schwangerschaftsabbruch, Rauschtrinken, Drogensubstitution, Mittel und Gegenstände etc.);
- ❖ Leistungen, die an Grenzgänger erbracht werden (in Bezug auf die Anzahl versicherten Personen und die Dauer des Versicherungsverhältnisses).

Begründung

Der Bericht der Eidgenössischen Finanzkontrolle «Tarmed – der Tarif für ambulant erbrachte medizinische Leistungen» (11/2010) kommt zu zwei eindeutigen Schlüssen: Der Tarmed muss überarbeitet werden, und dazu muss die Rolle des Bundes gestärkt werden. Verschiedene Feststellungen im Bericht der

Finanzkontrolle lassen aufhorchen: «Das BAG verfügt für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Tarmed-Leistungen weder über ein Konzept noch über Ressourcen.» Oder: «Der Tarmed entfernt sich kontinuierlich von der Kostenrealität.» Oder: «Das Tarifierungsmodell bezieht sich auf eine Einzelpraxis und nicht auf eine Gruppenpraxis (Ärztetzwerk).» Oder: «Von den festgestellten Schwachstellen profitieren technisch orientierte Disziplinen, die Grundversorger hingegen, welche wesentlich nach Zeitpositionen verrechnen, sind dadurch benachteiligt.» Oder: «Da alle Entscheide von Tarmed Suisse einstimmig gefällt werden müssen, ist Tarmed 2010 blockiert, und die Tariffpflege begrenzt sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner.»

Die Überarbeitung des Tariffsystems ist mit Blick auf die Kostenentwicklung und die Förderung der integrierten Versorgung dringlich. Sie ist aber offensichtlich blockiert und wird erst möglich werden, wenn der Bund eine Führungsrolle übernimmt.

Stand der Beratung:
im Plenum noch nicht behandelt.

Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellen

MOTION

vom 14.4.2011

Bea Heim

Nationalrätin SP

Kanton Solothurn



Der Bundesrat wird beauftragt, Regelungen zu treffen, damit im Rahmen der Einführungsphase der SwissDRG als flankierende Massnahme die Finanzierung der Kosten gesichert ist, für

- a. die Behandlung von Hochkostenpatienten. Dort, wo das Vergütungssystem ver-

sagt und Deckungslücken entstehen, sollen die Kosten aufgefangen werden können.

- b. die Weiterbildung der Assistenz- und Oberärztinnen und Ärzte.
- c. begleitende Beobachtungen der positiven und negativen Effekte der neuen Spitalfinanzierung speziell auf die Patientinnen und Patienten.

Begründung

Viele Fragen sind heute im Hinblick auf die Einführung der DRG auf den 1. Januar 2012 noch offen. So gibt es aus Fachkreisen, auch aus solchen, die direkt mit dem Projekt SwissDRG verbunden sind, Hinweise darauf, dass es richtig und wichtig ist, flankierende

Massnahmen zu ergreifen. Es ist dafür zu sorgen, dass Deckungslücken, ausgelöst durch Fälle, die sehr viel kosten, speziell aufgefangen werden. Die Finanzierung der Weiterbildung der Assistenz- und Oberärztinnen und Oberärzte scheint im Zeitpunkt der Eingabe dieser Motion noch immer nicht gesichert zu sein. Auch die begleitende Beobachtung der Effekte der neuen Spitalfinanzierung mit speziellem Fokus auf die Patientinnen und Patienten nicht. So fordert Dr. med. P.-F. Cuénoud, Mitglied des FMH-Zentralvorstandes und Verantwortlicher für das Ressort SwissDRG, «eine überzeugende Begleitforschung, um unerwünschte Effekte zu reduzieren und diese möglichst schnell zu korrigieren». Die mehrfach geäusserten Hinweise gilt es aufzunehmen, damit dieses Grossprojekt im Gesundheitswesen gelingen kann.

Stand der Beratung:
im Plenum noch nicht behandelt.