



Vorschau Frühjahrsession 2.-20. März 2020

Empfehlungen von santésuisse

Geschäfte im Ständerat

Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	Seite
Di 03. März 2020 Evtl. Do 12. März 2020	17.043 Versicherungsvertragsgesetz. Änderung. Differenzen	Annehmen mit Änderungen <ul style="list-style-type: none">• Art. 6 Abs. 2: Folgen bei Verletzung der Anzeigepflicht: Gemäss WAK-SR• Art. 35c neu, Nachhaftung: Gemäss WAK-SR	3
Di 10. März 2020	18.047 Zulassung von Leistungserbringern – Differenzen	Annehmen	4-5
Di 10. März 2020	18.3107 Mo. Heim. Transparenz bei Entschädigungen und Honoraren für Ärzte und Ärztinnen in leitender Funktion	Annehmen	6
Di 10. März 2020	18.3765 Mo. Nationalrat (Brand). Zeitgemässer elektronischer Datenaustausch zwischen Gemeinden und Krankenversicherern	Annehmen	7
Di 10. März 2020	18.4209 Mo. Nationalrat (Hess Lorenz). Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämie und stationäre Anteile der Kantone. Weniger Bürokratie, weniger Fehler	Annehmen	8
Di 10. März 2020	18.3709 Mo. SGK-NR. Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten	Annehmen bzw.- sistieren	9
Di 10. März 2020	18.3977 Mo. Nationalrat (Humbel). Abbilden der Leistungen der Apotheker zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung im Krankenversicherungsgesetz	Ablehnen: Eine Annahme würde das akute Problem der Mengenausweitung nochmals akzentuieren.	10



Do 12. März 2020	18.3148 Mo. Markwalder. Anbau und Export von medizinischem Cannabis 18.3389 Mo. SGK-NR. Ärztliche Abgabe von Cannabis als Medikament an chronisch Kranke. Tiefere Gesundheitskosten und weniger Bürokratie	Annehmen Annehmen	11
------------------	---	--	----

Ständerat, Dienstag 03. März 2020

17.043 Versicherungsvertragsgesetz. Änderung

Inhalt der Vorlage

Der Entwurf nimmt die Anliegen des Parlaments gemäss Rückweisung der Totalrevision VVG auf. Es wurden die in der Rückweisung geforderten Änderungen namentlich beim Widerrufsrecht, bei der vorläufigen Deckung, bei der Verjährung, beim Kündigungsrecht und bei den Grossrisiken aufgenommen. Auch wurden an zahlreichen Stellen Erleichterungen für den elektronischen Geschäftsverkehr durch Zulassung einer anderen Form als der Schriftlichkeit, die den Nachweis durch Text erlaubt, eingeführt. Daneben wurden weniger weitgehende Anpassungen vorgenommen, die sich bei den Arbeiten als sachgerecht erwiesen haben.

Position santésuisse

Im Erstrat hat santésuisse zu Gunsten der Versicherten den Grundsatz verteidigt, dass die Versicherer den Vertrag nicht kündigen, auch nicht im Schadensfall. santésuisse begrüsst deshalb die entsprechenden Verbesserungen des Nationalrats gegenüber der Haltung des Bundesrates. Bei folgenden Artikeln hat der Nationalrat das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, weshalb diese Neuerungen von santésuisse abgelehnt werden. Wir verweisen auf die Stellungnahme des SVV.

Empfehlungen zur aktuellen Differenzbereinigung:

Art. 6 Abs. 2: Folgen bei Verletzung der Anzeigepflicht

Es wurde berücksichtigt, dass falsche oder fehlende Angaben der Versicherten nicht einen Haftungsausschluss bedeuten sollen, wenn mit dem Risiko kein Kausalzusammenhang besteht. Allerdings ginge es zu weit relevante Falschangaben nur zwei Jahre berücksichtigen zu können, weil Schäden oft viel später eintreten. Diese verkürzte Periode, um relevante Falschangaben zu sanktionieren, wäre nicht im Sinne der Versicherten, die ihre Risiken korrekt angeben.

- **Art. 6 Abs. 2: Folgen bei Verletzung der Anzeigepflicht: Gemäss WAK-SR**

Art. 35c neu, Nachhaftung: Gemäss WAK-SR

Die Krankenzusatzversicherer kündigen den Vertrag auch nicht im Schadensfall. Es ist es deshalb recht und billig, dass die Versicherten eine Prämie entrichten, solange sie versichert sind. Weiter gilt in der Krankenversicherung das Behandlungsprinzip: Das Risiko ist dort versichert, wo man zum Zeitpunkt der Behandlung die Prämie bezahlt. Zudem verläuft eine Krankheit oft progressiv. Im Gegensatz zum Unfall gibt keinen genauen Zeitpunkt des Schadenereignisses. Es ist im Nachhinein kaum zu eruieren, wann die Krankheit ihren Ursprung hatte. Zudem ist meist der Nachversicherer nicht bekannt, womit die Gefahr besteht, dass die Leistung zweimal bezahlt wird.

- **Art. 35c neu, Nachhaftung: Gemäss WAK-SR**

Empfehlung santésuisse:

Annehmen mit Änderungen (vgl. oben)

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag 10. März 2020

18.047 KVG. Zulassung von Leistungserbringern (Differenzen)

Inhalt der Vorlage

Die Kantone sollen gemäss Bundesrat ein dauerhaftes Instrument erhalten, um eine Überversorgung im Gesundheitswesen zu verhindern und damit das Kostenwachstum zu dämpfen. Das revidierte KVG will es ihnen ermöglichen, Höchstzahlen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen, die zu Lasten OKP abrechnen dürfen. Damit will der Bundesrat Planungssicherheit für alle Beteiligten schaffen.

Position santésuisse

Die heutige, befristete Regelung der Zulassungssteuerung durch die Kantone hat sich nicht bewährt. Zu heterogen war ihre Anwendung und eine wirksame Koordination unter den Kantonen kam nicht zustande, wobei auch die realen Patientenströme bzw. Versorgungsregionen ausser Acht gelassen wurden. Eine Nachfolgelösung muss daher verbindlicher ausfallen, damit das Kostenwachstum nachhaltig gedämpft werden kann. Eine derartige Lösung ist notwendig, solange für die Versicherer ein Kontrahierungszwang mit allen Ärzten gilt, denn die Versicherer selbst haben keine Handhabe, die Überversorgung zu bremsen.

Spitalambulatorien beeinträchtigen Wirkung des Zulassungstopps

Weiter muss festgehalten werden, dass in vielen Fällen die Praxiszulassung nicht verhindert, sondern allenfalls zeitlich hinausgeschoben wurde, da nach einer dreijährigen Anstellung an einem Spital eine Praxiszulassung erteilt wird – auch für ausländische Ärzte. Ins Gewicht fiel auch, dass die Zulassungssteuerung im ambulanten Spitalbereich – mit der oft genannten Ausnahme Waadt – bisher nicht umgesetzt wurde: **Zur Eindämmung des Kostenwachstums ist es wenig hilfreich, wenn Kantone zwar die Praxiseröffnung einiger ausländischer Ärzte verhindern, in den Spitälern des Kantons dann aber ausländische Ärzte zu Dutzenden angestellt werden.**

Möglichkeit zur gerichtlichen Überprüfung sicherstellen

Die kantonalen Interventionen bei Überversorgung müssen verbindlich und in Koordination unter den Kantonen erfolgen. Um diese Verbindlichkeit zu sichern, sollten die Krankenversicherer ein Beschwerderecht erhalten. Die Gerichte verhindern dies mit der formalistisch-irritierenden Argumentation, dass nur direkte private Interessen klageberechtigt seien: Damit können aktuell nur die Leistungserbringer gegen die Umsetzung der Zulassungssteuerung durch die Kantone klagen, nicht aber die Prämienzahler oder die Krankenversicherer, welche die finanziellen Folgen der kantonalen Zulassungspolitik bezahlen müssen. Dies ist gänzlich unausgewogen.

Verknüpfung mit EFAS wichtig

Mit der Zulassungssteuerung erhalten die Kantone ein Instrument in die Hand, um die Versorgung im Gesundheitswesen zu lenken. Damit dieses Instrument in der Praxis seine Wirkung entfaltet, ist die Verknüpfung mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) wichtig. Nur wenn die Kantone die ambulanten Leistungen mitfinanzieren, haben sie auch den Anreiz für eine wirkungsvolle Umsetzung der Zulassungssteuerung.

Konkrete Empfehlungen: Bitte wenden!

Konkrete Empfehlungen für Differenzbereinigung

(Hinweis: Die jüngsten Entscheide des Nationalrats vom 4.3.2020 konnten bei der Verabschiedung dieser Empfehlung nicht mehr berücksichtigt werden.)

Artikel	Inhalt	Empfehlung santésuisse
Art. 36 - 38 eKVG	Klarheit bei Aufgaben und Kompetenzen schaffen: Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von abgerechneten Leistungen sind die Krankenversicherer und für die Zulassung und den Entzug der Berufsausübungsbewilligung sind die Kantone zuständig.	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 36a: Am Beschluss NR festhalten • Art. 38 Abs. 2: Am Beschluss NR festhalten • Art. 38 Abs. 3: Am Beschluss NR festhalten
Art. 55a Abs. 7 eKVG	Beschwerderecht der Krankenversicherer gegen fehlenden Gesetzesvollzug ermöglichen: Die Zulassungsteuerung wurde bisher ungenügend und z.T. gar nicht umgesetzt. Ausser den Leistungserbringern steht bis heute niemandem ein Beschwerderecht zu. Das Interesse der Prämienzahler, eklatante Überversorgung zu vermeiden, ist nicht beschwerdelegitimiert. Es gibt bisher keine Möglichkeit, die (fehlenden) Massnahmen der Kantone gerichtlich beurteilen zu lassen.	Gemäss SGK-NR
Übergangsbestimmungen: Ziffer III, Abs. 2 eKVG	Inkraftsetzung mit EFAS verknüpfen Die Kantone sollen sich künftig an den Kostenfolgen ihrer Zulassungspolitik beteiligen. Nur wenn sie im ambulanten Bereich auch mitfinanzieren, entsteht für sie auch der Anreiz zu einer wirkungsvollen Zulassungssteuerung.	Gemäss Minderheit SGK-NR

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag 10. März 2020

18.3107 Mo. Heim. Transparenz bei Entschädigungen und Honoraren für Ärzte und Ärztinnen in leitender Funktion

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird eingeladen, die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, damit Listen- und Vertragsspitäler im stationären und ambulanten Bereich zur Vergütungstransparenz verpflichtet sind.

Position santésuisse

Wer von Zwangsabgaben der Bevölkerung lebt, soll die entsprechende Transparenz leisten. Was nach dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) für die Krankenversicherer gilt, muss auch für die Leistungserbringer gelten. Die Tätigkeit der Ärzte hat zudem direkte Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten. Die Mengenausweitung an Spitälern, die durch verfehlte Boni etc. noch akzentuiert wird, hat grundsätzlich negative Auswirkungen auf die Patienten und den finanziellen Schaden haben die Kostenträger.

Die Spitäler sollen zwar selber entscheiden können, ob sie entsprechende Transparenz schaffen und z.B. Mengen-Boni und Kickbacks etc. verbieten oder nicht. Falls sie sich an keine sinnvollen Regeln zum Wohl der Allgemeinheit halten wollen, sollen sie auch darauf verzichten, zu Lasten einer für jedermann obligatorischen Sozialversicherung abzurechnen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag 10. März 2020

18.3765 Mo. Nationalrat (Brand). Zeitgemässer elektronischer Datenaustausch zwischen Gemeinden und Krankenversicherern

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, folgende Änderung des KVG bzw. ATSG vorzulegen: Die vom Gesetz vorgesehene Überprüfung der Versicherungspflicht durch die Kantone (Art. 6 Abs. 1 KVG) soll administrativ erleichtert werden. Die Einwohnerdienste der Gemeinden sollen unter anderem mit elektronischen Abfragen bei den Krankenversicherern bzw. ihren Verbänden überprüfen können, ob eine Person gültig versichert ist oder nicht.

Position santésuisse

Die Kantone müssen gemäss dem KVG die Versicherungspflicht überprüfen. Durch Umzüge zwischen den Gemeinden und die Neugeborenen sind jedes Jahr rund 800 000 KVG-Überprüfungen nötig. Heute sieht das Gesetz aber keine erleichterten elektronischen Überprüfungsmöglichkeiten zwischen den Einwohnergemeinden und den Krankenversicherern vor. Rechtlich müssten die Einwohnerdienste briefliche Einzelanfragen zuerst an die betreffenden Personen in ihrer Gemeinde, danach häufig an die Krankenversicherer richten, um die KVG-Pflicht zu überprüfen. Kann keine Versicherung nachgewiesen werden, muss von Amtes wegen ein Krankenversicherer verfügt werden. Erst aufgrund dieser Verfügung und der sich daraus ergebenden Rechnungen des Krankenversicherers wird zuweilen klar, ob zuvor eine gültige Versicherung bestanden hat oder nicht. Nicht selten muss anschliessend der ganze Prozess, inklusive der Verfügung, rückabgewickelt werden. Das briefliche Prozedere mit der Bevölkerung ist enorm fehleranfällig. Für die Krankenversicherer verursachen solche Verfahren einen grossen bürokratischen Aufwand. Die Versicherer sind sehr daran interessiert, solche Situationen zu vermeiden, weil damit zugunsten der Prämienzahler Geld gespart werden kann. Diese Situation soll mit einem elektronischen Datenaustausch entschärft und ressourceneffizienter gestaltet werden.

Unterstützung von GDK, Einwohnerdiensten, Gemeinde- und Städteverband

Nebst den direkt betroffenen Organisationen - dem Verband der schweizerischen Einwohnerdienste (VSED) und santésuisse - unterstützen auch die GDK, der Schweizerische Gemeindeverband und der Schweizerische Städteverband das Begehren.

Zusammenfassend

- Die Überprüfung der KVG-Versicherungspflicht durch die Kantone erfolgt bis heute auf dem schriftlichen Weg. Das macht sie teuer, schwerfällig und enorm fehleranfällig. santésuisse und verschiedene Versicherer haben wiederholt mehr Transparenz und einen elektronischen Datenaustausch mit den Kantonen und Gemeinden angeregt.
- Nebst santésuisse unterstützen der Verband der schweizerischen Einwohnerdienste (VSED), die GDK, der Schweizerische Gemeindeverband und der Schweizerische Städteverband das Begehren.
- Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag 10. März 2020

18.4209 Mo. Nationalrat (Hess Lorenz). Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämie und stationäre Anteile der Kantone. Weniger Bürokratie, weniger Fehler

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird gebeten, den elektronischen Ausgleich zwischen den Kantonen und den Krankenversicherern bzw. ihren Verbänden derart zu erleichtern, dass bezüglich Versicherungspflicht des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), Wohnsitzfragen, stationären Anteilen, Doppelversicherungen und korrekter Prämienberechnung möglichst tagesaktuell korrekte Entscheide gefällt werden können. Der grosse bürokratische Aufwand und die grosse Fehleranfälligkeit der heutigen Situation sollen minimiert werden. Ein angemessener Datenschutz ist zu gewährleisten.

Position santésuisse

Die Überprüfung der KVG-Versicherungspflicht, von Wohnsitzfragen, stationären Anteilen, usw. erfolgt heute vorwiegend in schriftlicher Form. Das Gesetz sieht bisher keine erleichterten elektronischen Überprüfungsmöglichkeiten zwischen den Einwohnergemeinden und den Krankenversicherern vor. Das briefliche Prozedere mit der Bevölkerung ist enorm fehleranfällig. Für die Einwohnerdienste der Kantone und die Krankenversicherer verursachen solche Verfahren einen grossen bürokratischen Aufwand. Die Versicherer sind sehr daran interessiert, solche Situationen zu vermeiden, weil damit zugunsten der Prämienzahler Geld gespart werden kann. Diese Situation soll mit einem elektronischen Datenaustausch entschärft und ressourceneffizienter gestaltet werden. Dafür sprechen sich auch Kantone, z.B. der Kanton Bern, aus.

Zusammenfassend

- Die Überprüfung der KVG-Versicherungspflicht von Wohnsitzfragen, stationären Anteilen, usw. durch die Kantone erfolgt bis heute mehrheitlich auf dem schriftlichen Weg. Das macht sie teuer, schwerfällig und enorm fehleranfällig.
- santésuisse und verschiedene Versicherer haben wiederholt mehr Transparenz und einen elektronischen Datenaustausch mit den Kantonen und Gemeinden angeregt.
- Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag 10. März 2020

18.3709 Mo. SGK-NR. Mitsprache und Mitbestimmung der Krankenversicherer bei kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 53 KVG betreffend die Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht um einen Absatz 3 zu ergänzen, in welchem eine spezialgesetzliche Grundlage geschaffen wird, welche die Beschwerdelegitimation von Krankenversicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach dem Artikel 39 KVG (Zulassung von Spitälern zur Leistungserbringung zulasten der OKP) zum Gegenstand hat. Konkret sind Krankenversicherer und ihre Verbände zur Beschwerdeführung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen betreffend Spital- und Pflegeheimlisten zu berechtigen.

Position santésuisse

Wie der Bundesrat als Beschwerdeinstanz immer zu Recht argumentiert hatte, haben die Krankenversicherer im Sinne der Kostenkontrolle ein legitimes Interesse, die Überversorgung in den Kantonen zu bekämpfen. In einem Entscheid vom 19. November 2008 in Sachen Spitalliste Basel-Land hielt der Bundesrat fest: *Durch die Spitallisten werde festgelegt, für welche Spitalaufenthalte die Versicherer Leistungen erbringen und Tarife vereinbaren müssten. Die Versicherer seien von den Beschlüssen über die Spitalliste stärker betroffen als die Allgemeinheit. Aus den Materialien zum KVG gehe klar hervor, dass die Möglichkeit, Spitallisten beim Bundesrat anzufechten, nicht nur für nicht berücksichtigte Spitäler, sondern – als Instrument der Kostenkontrolle – insbesondere für die betroffenen Versicherer geschaffen worden sei.*

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht ab 2007 neue Beschwerdeinstanz gegen entsprechende Entscheide der Kantone wurde und nachdem der Bundesrat die letzten Verfahren entschieden hatte, wurde den Krankenversicherern die Beschwerdebefugnis von der Justiz mit eher spitzfindigen, formal-juristischen Argumenten entzogen – notabene entgegen der Stellungnahme des Bundesamtes für Gesundheit. Immerhin fügte das Bundesverwaltungsgericht explizit an, dass der Gesetzgeber den Krankenversicherern ein entsprechendes Beschwerderecht einräumen könne.

Fazit:

Nach der Aufhebung vom ursprünglichen Art. 53 KVG vom 18. März 1994 sind die Krankenversicherer ihrer Beschwerdebefugnis hinsichtlich kantonalen Spital- und Pflegeheimlisten bei neuen Verfahren mit Wirkung ab 1. Januar 2007 verlustig gegangen. Dies weil einerseits das KVG kein explizites Beschwerderecht für sie gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen mehr enthielt und weil andererseits das neu zuständige Bundesverwaltungsgericht die Beschwerdebefugnis sehr eng und sehr formalistisch auslegte – ganz entgegen der langjährigen Praxis des Bundesrates, der vorhergehenden Beschwerdeinstanz.

Zusammenfassend:

- Die Überversorgung in einem Kanton hat potenziell negative Auswirkungen auf die anderen Kantone und insbesondere auf die Krankenkassenprämien (Hauptgründe: angebotsinduzierter Markt; Patienten halten sich immer weniger an Kantonsgrenzen).
- Als vormalige Beschwerdeinstanz hatte der Bundesrat die Krankenversicherer deshalb konsequent und bewusst zugelassen, um kantonale Spital- und Pflegeheimlisten anzufechten.
- Die abweichende Praxis des seit 2007 neu zuständigen Bundesverwaltungsgerichts, die Krankenversicherer nicht mehr zur Beschwerde zuzulassen, ist juristisch spitzfindig und vor allem nicht sachgerecht.
- Es braucht eine entsprechende Korrektur auf Gesetzesebene, die im Übrigen auch EDI und Bundesrat bejahen (vgl. [Kostendämpfungsprogramm zur Entlastung der OKP](#)).
- Weil aber die Ergebnisse des Kostendämpfungsprogramms im Parlament noch nicht vorliegen, sollte die Motion sistiert und auf keinen Fall abgelehnt werden.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag 10. März 2020

18.3977 Mo. Nationalrat (Humbel). Abbilden der Leistungen der Apotheker zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung im Krankenversicherungsgesetz

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die neu den Apothekern übertragenen Leistungen der Grundversorgung, welche zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung beitragen, im Krankenversicherungsgesetz abzubilden, damit die Leistungen in einem Tarifvertrag zwischen Apothekern und Krankenversicherern geregelt werden können.

Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse ist es fraglich, dass sich durch die Umsetzung des Vorstosses eine Entlastung der Krankenversicherung erzielen lässt. Es entspricht der jahrelangen Erfahrung in der Krankenversicherung, dass die **Leistungserbringer nicht weniger zu Lasten der Krankenversicherung tätig sind, wenn neuerdings andere Leistungserbringer dieselben Leistungen anbieten dürfen. Aus Erfahrung ergibt sich dadurch immer eine Mengenausweitung. Jede andere Behauptung müsste zuerst belegt werden.** Vor dem Hintergrund der Forderungen und Anstrengungen zum vermehrten Kosten sparen – dem Kostendämpfungspaket 1 des Bundesrates – ist der Vorschlag geradezu kontraproduktiv.

Keine empirische Evidenz für die behauptete «Kostendämpfung»

Zu prüfen wäre allenfalls, ob sich die gewünschten Effekte – oder vielmehr unbewiesenen Behauptungen – in einem regional eingegrenzten und zeitlich befristeten Versuch tatsächlich realisieren lassen. Dies wäre im Rahmen des derzeit diskutierten **Experimentier-Artikels** vorzusehen.

Zusammenfassend

- Es gibt keine empirische Evidenz für die behauptete «Kostendämpfung» durch die Ausweitung der Abrechnungskompetenzen.
- Erfahrungsgemäss verfehlen Kompetenzerweiterungen die angestrebte Substitution: Sie führen zu Mengenausweitungen ohne sichtbaren Nutzen für die Patienten und damit zu überflüssigen Mehrkosten.
- Im Rahmen des diskutierten neuen Experimentier-Artikels könnte ein entsprechender Versuch allenfalls regional eingegrenzt und zeitlich befristet durchgeführt werden. Erst wenn diese Resultate nach sorgfältiger Evaluation vorliegen, kann das weitere Vorgehen diskutiert werden.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, Donnerstag, 12. März 2020

18.3148 Mo. Markwalder. Anbau und Export von medizinischem Cannabis

18.3389 Mo. SGK-NR. Ärztliche Abgabe von Cannabis als Medikament an chronisch Kranke. Tiefere Gesundheitskosten und weniger Bürokratie

Inhalt der Vorlagen

18.3148:

Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, wie im Rahmen der geltenden Gesetzgebung Gesuche zum Export von medizinisch genutztem Cannabis oder Cannabiszubereitungen bewilligt werden können. Sollten solche Gesuche nicht bewilligungsfähig sein, wird der Bundesrat beauftragt, dem Parlament schnellstmöglich eine entsprechende Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vorzulegen, die es erlaubt, Cannabis zu medizinischen Zwecken anzubauen und medizinisches Cannabis und medizinische Cannabiszubereitungen zu exportieren.

18.3389:

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Grundlagen dahingehend anzupassen, dass Medizinalcannabis an chronisch Kranke durch ärztliche Verordnung abgegeben werden kann. Die sofortige Vereinfachung in Analogie zu den Nachbarländern soll wissenschaftlich begleitet werden.

Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse spricht im Grundsatz nichts gegen die medizinische Anwendung von Cannabis, soweit Behandlungen medizinisch sinnvoll sind und die WZW-Kriterien erfüllen.

Empfehlungen santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch