

83.044

Krankenversicherung. Teilrevision
Assurance-maladie. Révision partielle

Fortsetzung – Suite

Siehe Seite 1323 hiervor – Voir page 1323 ci-devant

Ziff. I, Titel und Ingress, Änderung von Ausdrücken
Antrag der Kommission

Titel und Ingress

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Änderung von Ausdrücken

...Titel gestrichen. In den Artikeln 23 Absatz 1, 24 und 25 Absätze 1, 2 und 4 wird der Ausdruck «medizinische Hilfspersonen» ersetzt durch «medizinisch-therapeutisches Personal und Personen der spitalexternen Krankenpflege».

Ch. I, titre et préambule, modifications rédactionnelles
Proposition de la commission

Titre et préambule

Adhérer au projet du conseil fédéral

Modifications rédactionnelles

..., et 33, 1^{er} alinéa, 1^{er} phrase. Dans les articles 23, 1^{er} alinéa, 24 et 25, 1^{er}, 2^e et 4^e alinéas, l'expression «personnel paramédical» est remplacée par l'expression «personnel paramédical et personnel prodiguant des soins hors de l'hôpital».

Angenommen – Adopté

Titel, Art. 1 Abs. 1–3

Antrag der Kommission

Abs. 1 und 2

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Al. 3

Streichen (nicht ins Sofortprogramm)

Titre, art. 1 al. 1–3

Proposition de la commission

Al. 1 et 2

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 3

Biffer (pas dans le programme d'urgence)

Angenommen – Adopté

Art. 1 Abs. 4

Antrag der Kommission

Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Minderheit I

(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm)

Die Krankenversicherung ist obligatorisch.

Minderheit II

(Borel, Bratschi, Gloor, Meyer-Bern, Neukomm, Vannay, Zehnder)

(Eventualantrag, für den Fall der Ablehnung des Antrags Vannay)

Die Krankenpflegeversicherung ist unter Vorbehalt von Artikel 2 freiwillig. Sie ist obligatorisch für Personen, deren

Einkommen und Vermögen einen vom Bundesrat festzulegenden Betrag nicht erreicht. Die Krankengeldversicherung...

Minderheit III

(Günter)

Die Krankenpflegeversicherung ist obligatorisch. Die Krankengeldversicherung ist für in...

Art. 1 al. 4

Proposition de la commission

Majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Minorité I

(Vannay, Borel, Bratschi, Gloor, Neukomm)

L'assurance-maladie est obligatoire.

Minorité II

(Borel, Bratschi, Gloor, Meyer-Berne, Neukomm, Vannay, Zehnder)

(Proposition éventuelle, en cas de rejet de la proposition Vannay)

L'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est facultative, sous réserve de l'article 2. Elle est obligatoire pour les personnes dont le revenu et la fortune n'atteignent pas un certain montant, fixé par le Conseil fédéral. L'assurance d'une indemnité journalière...

Minorité III

(Günter)

L'assurance des soins médico-pharmaceutiques est obligatoire. L'assurance d'une indemnité journalière...

Mme Vannay, porte-parole de la minorité I: Chacun continue de prétendre que l'assurance-maladie est un élément essentiel de notre sécurité sociale, avec l'AVS/AI, l'assurance-accidents, l'assurance-chômage et l'assurance pour perte de gain. Cependant, ce que l'on ne veut pas reconnaître et encore moins dire, c'est que l'assurance-maladie est de moins en moins sociale et que, si l'on n'y prend garde, elle ne le sera plus du tout. Les principes de mutualité qui ont présidé à son fondement fondent comme neige au soleil. Certains en sont à parler de risques à assurer, de primes à établir selon un système de «bonus malus» comme pour les assurances responsabilité civile des véhicules qui récompensent le bon chauffeur ou celui qui a de la chance mais qui pénalisent le chauffard ou celui qui a de la malchance. Des caisses privées écument les bons risques, la préférence est donnée à l'homme jeune, tandis que les caisses reconnues voient chez elles un nombre très important de femmes et de personnes âgées, soit les mauvais risques.

Il faut donc admettre que notre système d'assurances sociales contient une lacune importante qui découle essentiellement de l'assurance-maladie parce que celle-ci est facultative et que les assurés paient des primes fixées indépendamment de leur situation financière ou familiale qui, de plus, ne leur garantissent même pas une couverture convenable de leurs frais de santé. La seule façon d'obtenir un système de sécurité sociale complet et cohérent est de revoir cette assurance-maladie en la rendant obligatoire et en fixant les cotisations des membres proportionnellement à leur revenu.

Si l'on considère que, maintenant déjà, 97 pour cent des Suisses sont assurés et membres d'une caisse-maladie, il ne devrait pas y avoir de grandes difficultés à intégrer dans nos caisses-maladie les 3 pour cent restant. Dans ce pourcentage, on retrouve des personnes très âgées qui, étant donné le système actuel, ne peuvent pas s'assurer; on ne les veut pas. En font partie également des gens suffisamment fortunés qui peuvent faire face aux retombées économiques de la maladie et payer eux-mêmes les coûts de leur guérison. Ce pourcentage comprend enfin des personnes qui ne veu-

lent ou ne peuvent pas couvrir les frais d'une assurance-maladie.

Par l'assurance-maladie obligatoire, nous désirons créer un système basé sur la solidarité entre personnes en bonne santé et personnes malades, entre personnes jeunes et personnes âgées, entre célibataires et chargés de famille, entre hommes et femmes –, si tant est que les femmes ont de plus grands frais de maladie; ce que je me permets, en passant, de mettre en doute – et surtout entre personnes de haut et de bas revenus.

Le système facultatif d'aujourd'hui ne donne pas du tout satisfaction. Des caisses-maladie privées ou reconnues se font concurrence, certaines n'acceptant que les bons risques et les autres devant prendre en charge les moins bons risques. Il y a des barrières pour l'admission des assurés, des réserves, des possibilités d'exclusion des membres, des chicanes pour les gens qui doivent ou veulent changer de caisse, sans parler des primes fixées en vertu de critères sociaux, selon l'âge d'admission, le sexe, la région et ne tenant aucun compte de la situation de la personne concernée. Pourtant, dans d'autres branches de la sécurité sociale, les primes sont fixées selon la situation matérielle, proportionnellement au revenu du travail. Il n'y a donc aucune raison objective à ne pas procéder en l'occurrence de la même façon que dans les autres domaines, et cela à la satisfaction générale.

Que dire encore de l'assurance-maladie vue sous l'angle de la politique familiale? On ne peut pas prétendre faire de la politique familiale en supprimant les cotisations à partir du troisième enfant. J'appelle cela de la poudre aux yeux car on risque ainsi de libérer de l'obligation de cotiser des enfants de parents à forte capacité financière alors que les charges pesant sur les familles modestes qui comptent un enfant ou deux deviennent écrasantes. On ne peut pas non plus prétendre faire de la politique familiale lorsque l'on pénalise les femmes par des cotisations plus élevées que celles des hommes et quand on refuse une assurance-maternité décente. On fera de la politique familiale le jour où l'on instaurera une assurance-maladie familiale grâce à laquelle les cotisations perçues en pour cent des revenus du ou des parents qui travaillent couvriront toute la famille. Mais cela ne deviendra possible que lorsque l'assurance-maladie sera rendue obligatoire. Nous vous prions donc de bien vouloir accepter notre proposition afin de combler une importante lacune dans notre système de sécurité sociale et pour permettre d'en assurer un financement social.

Si Monsieur le président me le permet, je développerai déjà la proposition de minorité II car M. Borel a dû s'absenter avec la délégation du Parlement italien.

Si aujourd'hui, vous ne pouvez pas accepter cette obligation générale, nous vous prions de bien vouloir vous rallier à la proposition de la minorité II (M. Borel) qui demande que l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques soient obligatoires au moins pour les personnes dont le revenu et la fortune n'atteignent pas un certain montant fixé par le Conseil fédéral.

Tout le monde sait – et on l'a déjà dit à cette tribune – que la situation des personnes économiquement faibles est actuellement dramatique. Certaines ne peuvent pas être admises dans des caisses; d'autres n'ont pas les moyens de payer les cotisations si bien qu'en cas de maladie, ces personnes sont incapables de faire face à leurs charges matérielles. Nous refusons de les livrer à l'assistance publique; nous ne voulons pas en arriver à ce stade et surtout nous ne voulons pas y revenir. Nous estimons, au contraire, que chacun doit pouvoir être soigné quel que soit son revenu.

Il faut donc que chacun soit assuré et bien assuré. Nous vous prions donc d'accepter au moins la proposition de minorité II au cas où vous devriez refuser la proposition de minorité I.

Günter, Sprecher der Minderheit III: Als erstes möchte ich den Präsidenten bitten, wenn er mich das nächste Mal auf unfaire und unwahre Art und Weise angreift, das so zu tun, dass ich mich dagegen wehren kann.

Der Unterschied zwischen meinem Vorschlag und jenem von Frau Vannay besteht darin, dass bei der Minderheit III die Krankengeldversicherung nur für Arbeitnehmer obligatorisch ist, wie es Ihnen auch die Kommission vorschlägt; bei Frau Vannay ist es ein Vollobligatorium. Es gibt also eine gewisse Differenz, wenn auch keine grosse. Daher sollten diese Anträge in einer Eventualabstimmung einander gegenübergestellt werden.

Unsere Fraktion kann sich sonst allgemein nur schwer für Obligatorien erwärmen. Man wird uns sagen, 97 Prozent der Leute seien ja versichert. Wenn wir aber sehen, wen die 3 Prozent repräsentieren, die nicht versichert sind, dann verstehen wir, warum wir ein Versicherungsobligatorium einführen sollten. Zwei Drittel davon sind Leute, die zwar unbedingt eine Krankenpflegeversicherung haben sollten, dies aber einfach nicht begreifen, weil sie die Konsequenzen nicht überblicken, die heute eine schwere Erkrankung mit sich bringt. Sie können sich nicht vorstellen, dass man sich in den unteren Einkommenschichten heute ernsthafte Krankheiten im Spital aus finanziellen Gründen gar nicht mehr leisten kann. Natürlich werden alle diese Leute, und das ist gut so, auf jeden Fall gepflegt, aber sie fallen in der nächsten Runde dann einfach der Fürsorge zur Last und somit auch wieder dem Staat. Das letzte Prozent machen in der Regel sehr wohlhabende Leute aus, die sich einfach dem Sozialausgleich entziehen.

Es wird immer wieder argumentiert, es handle sich ja da nur noch um ein paar alte Leute, die aus irgendwelchen Gründen nicht in eine Kasse hineingekommen seien. Daher löse sich das Problem von selbst oder, wie Herr Ständerat Hänsenberger im Grossen Rat des Kantons Bern einmal so schön gesagt hat, das Problem stirbt mit den nächsten Jahren aus. Dem ist aber nicht so. Heute gibt es nämlich eine neue Kategorie von Leuten – junge Arbeitslose, junge Drogensüchtige und andere –, die aus irgendwelchen, meist sehr kurzfristigen Gründen nicht versichert sind und zunehmend Probleme haben. Ich garantiere Ihnen, dass diese Probleme in den nächsten Jahren grösser werden statt kleiner. Gerade weil junge Leute nicht mehr mitmachen, solche, die unbedingt versichert sein müssten, müssen wir damit rechnen, dass hier ein grosses, neues Problem auf uns zukommt; dieses lösen wir am besten, am einfachsten und wahrscheinlich sogar am kostengünstigsten mit einem Obligatorium.

Gestatten Sie mir noch ein Wort zum Eventualantrag Borel. Hier würde ich mich widersetzen. Mir scheint das Teilobligatorium, abgestuft nach Einkommens- und Vermögensverhältnissen, nichts zu bringen als einen riesigen Verwaltungsaufwand, denn es werden dann immer Versicherte entweder über oder unter der Quote liegen – wir wissen das aus andern Bereichen –, was grosse Probleme mit sich bringt. Wenn wir das Problem sauber lösen wollen, müssen wir ein Vollobligatorium einführen; das Teilobligatorium wird uns nichts als Scherereien bringen, womöglich wird der soziale Zweck zudem nicht erreicht, weil nämlich diejenigen, die es am nötigsten hätten, sich irgendwie auch dem zu entziehen versuchen werden.

Ich möchte Sie bitten, wenn Sie die Krankenversicherung für die Zukunft gestalten wollen, zumindest im Bereiche der Krankenpflege ein Vollobligatorium einzuführen. Dann lösen wir viele Probleme, die die Fürsorgebehörden gerade in Gemeinden heute schwer bedrücken, auf elegante Art und Weise.

Le président: Pour la clarté du débat, je vous propose de traiter séparément les deux phrases de cet alinéa 4. Nous sommes en face de deux problèmes, celui de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et celui de l'indemnité journalière. La minorité I et la minorité III voudraient rendre l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques obligatoire, alors que la majorité veut laisser le choix sur ce point.

Dans un second vote, nous déciderons si l'assurance pour une indemnité journalière devra être obligatoire ou facultative.

Donc, pour l'instant, nous traitons le problème de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques facultative ou obligatoire.

Allenspach: Wir sprechen vorerst nur über das Problem der Krankenpflegeversicherung: Soll sie obligatorisch erklärt werden oder nicht? Die Minderheiten beantragen, diese Krankenpflegeversicherung obligatorisch zu erklären. Die Mehrheit der Kommission lehnt dieses Obligatorium ab. Die Krankenpflegeversicherung basiert in der Schweiz auf der freiwilligen Mitgliedschaft. Abgesehen von kantonalen Ausnahmen wird niemand gezwungen, einer Krankenkasse beizutreten. Diese Freiwilligkeit ist meines Erachtens der beste Garant dafür, dass wir ein pluralistisches, autonomes und leistungsfähiges Krankenversicherungssystem haben. Die Schweiz ist mit dieser Freiwilligkeit gut gefahren. Angesichts einer Versicherungsdichte von über 95 Prozent besteht kein Bedürfnis nach einem Obligatorium mit der ihm folgenden Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des einzelnen. Soweit gelegentlich Minderbemittelte nicht versichert sein sollten und deshalb im Krankheitsfall in soziale Nöte geraten könnten, haben es die Kantone in der Hand, durch Einführung entsprechender kantonalen Obligatorien Abhilfe zu schaffen.

Wir wenden uns nicht gegen diese kantonalen Obligatorien, die ja heute schon bestehen. Wir meinen allerdings, dass es sich dort nicht um Vollobligatorien, sondern vor allem um Teilobligatorien für Minderbemittelte gehen sollte. Wir wenden uns aber ganz entschieden gegen ein Obligatorium auf Bundesebene. Ein solches Obligatorium würde nicht zur Kostendämpfung beitragen, sondern im Gegenteil die Kostensteigerung vervielfachen. Es würde zu einer bürokratischen Organisation oder zu einem zentralisierten System führen und damit letztlich auch das Ende der auf Gegenseitigkeit und Selbsthilfe beruhenden Krankenkassen zur Folge haben.

Wir lehnen das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung auf Bundesebene grundsätzlich ab. Sollte es in das Sofortprogramm Eingang finden, müssten wir das gesamte Sofortprogramm bekämpfen. Dies um so mehr, als ein Obligatorium der Krankenpflegeversicherung, würde es hier beschlossen, die anschliessende Änderung vieler weiterer Artikel des Gesetzes zwingend nach sich zöge. Es wäre ausgeschlossen, einfach in Artikel 1 ein Obligatorium zu verfügen und den Rest unverändert zu lassen. Ich möchte Sie deshalb dringend ersuchen, mindestens all jene, welche das Sofortprogramm zügig durch die beiden Räte durchziehen möchten, gegen das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung zu stimmen und die Minderheitsanträge abzulehnen. Ansonsten müssen wir annehmen, dass für das Sofortprogramm in diesem Rate nur noch Lippenbekenntnisse zu finden sind.

Eggl-Winterthur, Berichterstatter: Auch hier komme ich hin und wieder in einen innern Zwiespalt bei der Vertretung der Kommissionsmehrheit. Es ist richtig, was Herr Günter sagte, dass etwa zwei Drittel der Nichtversicherten 3 bis 4 Prozent ein Obligatorium respektive eine Krankenpflegeversicherung im Grunde genommen nötig hätten. Es stimmt aber nicht ganz – das kann ich aus eigener Erfahrung sagen –, dass diese Leute das schon früher nötig gehabt hätten. Angesichts der Taxtentwicklung in den Spitälern sind Vermögen von 70 000 bis 80 000 Franken, die früher als hoch betrachtet wurden, bei längerer Krankheit sehr rasch aufgezehrt. Man könnte noch einige andere Beispiele anführen. Herr Allenspach hat es richtig gesagt: am Obligatorium für diese 4 Prozent, die nicht versichert sind – es spielen auch materielle Interessen hinein, man kann das dann bei einem Abstimmungskampf über das Obligatorium hören –, würde das ganze Sofortprogramm «aufgehängt»; es würde ganz massiv bekämpft. Das ist ganz klar. Die Kommissionsmehrheit wollte ja etwas bringen, das Chancen hat, vom Volk angenommen zu werden. Wenn man das will, müsste man eigentlich das Obligatorium ablehnen.

M. Dupont, rapporteur: Les propositions de minorité I et III sont semblables dans leur première partie, puisqu'elles demandent toutes deux l'obligation de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. La minorité II, quant à elle, propose de rendre cette assurance obligatoire pour une catégorie de personnes seulement. Cette mesure ne toucherait qu'un petit pourcentage de la population et il ne serait pas opportun de prendre une telle mesure intermédiaire. En fait, les compétences principales en matière de santé publique incombent aux cantons. Ce sont aussi les cantons et les communes qui devraient prendre en charge les frais d'assurés incapables de faire face à leurs obligations et de payer leurs cotisations. Cela serait regrettable et, sur ce point, je partage l'avis de Mme Vannay. Je crois toutefois que si les cantons veulent garder leurs compétences en matière de santé publique, ils doivent également assumer cette responsabilité. D'autre part, étant donné le nombre croissant de personnes en difficultés, les cantons seraient libres de rendre obligatoire l'assurance des dites personnes. Cela ressort d'ailleurs de l'article 2 de la loi actuelle. Par conséquent, je vous propose de rejeter les propositions de minorité I, II et III.

Bundesrat Egli: Ich schliesse mich dem Antrag der Kommissionsmehrheit an, auch den Ausführungen der beiden Referenten, vielleicht mit etwas mehr innerer Überzeugung als der Kommissionspräsident – wenn Sie gestatten. Verschiedene Vorstösse zur Verwirklichung eines Versicherungsobligatoriums sind in der Vergangenheit immer gescheitert. Auch die Beratungen in der Expertenkommission und das Vernehmlassungsverfahren haben gezeigt, dass ein Versicherungsobligatorium im Pflegebereich nicht gewünscht wird. Wir sind deshalb der Ansicht (mit meinen beiden Vorrednern), dass ein Obligatorium die gesamte Vorlage belasten könnte. Selbstverständlich bleiben die kantonalen Obligatorien vorbehalten. Eine solche Lösung lässt sich um so mehr rechtfertigen, als etwa 97 Prozent der Bevölkerung heute bereits eine Krankenpflegeversicherung führen. Sie werden mich vielleicht fragen, warum man denn nicht zum juristischen Obligatorium schreiten könne, wenn es doch faktisch mit diesen 97 Prozent bereits bestehe. Offenbar besteht bei diesen 3 Prozent eine Art psychologische Barriere, die man nicht überschreiten kann. Sie lässt sich nicht durchwegs mit sachlichen Gründen rechtfertigen. Aber fragen Sie in der Politik, die oft vom Irrationalen geleitet ist, nicht immer nach sachlichen Gründen. Ich möchte Sie ganz überzeugt bitten, vom Obligatorium abzusehen, um nicht die ganze Vorlage zu belasten und zu Fall zu bringen.

Art. 1 Abs. 4 erster Satz (Krankenpflegeversicherung)

Art. 1 al. 4 1^{re} phrase (assurance des soins médicaux et pharmaceutiques)

Le président: Vous êtes appelés à vous prononcer sur l'article 1^{er}, 4^e alinéa, 1^{re} phrase.

Pour simplifier la procédure de vote, Mme Vannay est d'accord de se rallier à la minorité III.

Le Conseil fédéral, pour sa part, soutient la majorité de la commission.

Abstimmung – Vote

Eventuel – A titre préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit	87 Stimmen
Für den Antrag der Minderheiten I und III	43 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Minderheit II	48 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	84 Stimmen

Art. 1 Abs. 4 zweiter Satz (Krankengeldversicherung)

Art. 1 al. 4 2^e phrase (assurance d'une indemnité journalière)

Le président: Je vous rappelle que dans la note qui vous a été remise, il est prévu que si le programme d'urgence est traité en une seule loi, la décision concernant cette obliga-

tion sera prise au moment de l'examen de l'article 1^{er}, 4^e alinéa.

Basler, Sprecher der Minderheit: Nochmals: Sie haben das Dispositiv vor acht Tagen erhalten, das da heisst: «Bei Teilung der Vorlage entscheidet der Rat nach der Eintretensdebatte zum Bundesgesetz B über die Frage einer obligatorischen Krankengeldversicherung. Wird die Gesetzesrevision in einer Vorlage beraten» – was Sie nun beschlossen haben –, «wird dieser Entscheid grundsätzlich bei Artikel 1 Absatz 4 getroffen.» Dieser Artikel 1 Absatz 4 lautet in seinem zweiten Satz: «Die Krankengeldversicherung ist für in der Schweiz beschäftigte Arbeitnehmer obligatorisch.» Ich beantrage Ihnen Streichen dieses zweiten Satzes von Artikel 1 Absatz 4. Ich tue das auch namens der Kommission minderheit, die im Bundesbeschluss B Nichteintreten auf die obligatorische Krankengeldversicherung beantragt hat. Ich begründe dies wie folgt:

Diese Leistungsausweitung ist systemwidrig und nicht notwendig: systemwidrig, weil sie das erste und vermutlich nicht das letzte Obligatorium in der bundesrechtlich freiwilligen Krankenversicherung wäre; nicht notwendig, weil die Botschaft ja selbst festhält, dass ein grosser Teil der Arbeitnehmer gegen Lohnausfall bei Krankheit durch eine Einzel- oder eine durch den Betrieb abgeschlossene Kollektivversicherung oder aufgrund des Arbeits- oder eines Gesamtarbeitsvertrages gedeckt sei. Die einzige Begründung, die in der Botschaft des Bundesrates zu finden ist, zielt auf die Höhe des Krankengeldes und die Freizügigkeit ab. Das Krankentaggeld sei recht unterschiedlich, es liege oft empfindlich unter den entsprechenden Leistungen anderer Sozialversicherungszweige – gemeint ist hier natürlich die Unfallversicherung. Aber meines Erachtens hat die Betriebsunfallversicherung eine andere Begründung. Es ist die Haftpflichtversicherung, die der Arbeitgeber für seinen Mitarbeiterstab abschliessen muss.

Das Obligatorium der Krankengeldversicherung lädt zum Missbrauch ein. Wir verleihen hier Rechtsansprüche in ein Gebiet, in dem der Krankheitsbegriff sich ausweitet, zum Beispiel in Richtung Psychiatrie, Psychotherapie. Es ist eben ein Unterschied, ob man Unfälle, die klar und objektiv definierbar sind, oder Krankheiten taggeldversichern will. 40 Prozent der Krankheiten seien psychosomatisch begründet, wurde uns seinerzeit mitgeteilt.

Dieser gesamte Teil B ist in der Kommission kaum bearbeitet worden. Man hat die Gestaltung des Taggeldobligatoriums den Sozialpartnern überlassen. Sie haben uns eine paritätische Finanzierung ab 3. Krankheitstag vorgeschlagen, denn sie einigten sich darauf, die Vorlage deckungsgleich, also kongruent mit der Unfallversicherung, zu gestalten.

In der letzten Kommissionssitzung ist dann die Karenzzeit auf 31 Tage ausgedehnt worden. Aber alle anderen Regelungen hat man nicht wieder angesehen. Ich greife eine heraus, um zu zeigen, wie unannehmbar, ja absurd die ganze Vorlage (Teil B) überhaupt ist. Dort heisst es unter anderem – so haben sie das vor sich –, dass Altersrentner Anspruch auf Krankengeld während 120 Tagen hätten. Ich finde: Wenn ein Rentner das Glück körperlicher und geistiger Gesundheit hat und Lust und Gelegenheit, gegen Lohn zu arbeiten, dann soll er nicht auch noch Ansprüche gegen den Verlust dieses Glücks geltend machen, sonst müssten wir ja auch noch postulieren, dass Rentner Arbeitslosenentschädigung erhalten. Wir können nicht auch noch Postulate um Arbeitszeitverkürzung der Arbeitslosen oder Ferienverlängerung der Rentner berücksichtigen. Rentner erhalten schon grosse Solidarität in der Krankenpflegeversicherung. Sie kosten das Vierfache eines 30jährigen. Es ist zwar nicht illegal, dass ein Rentner auch noch Erwerbstätigkeiten nachgeht. Aber im Unterschied zu Erwerbstätigen erhält er zum Lohn hinzu gleichzeitig Mittel aus einer ersten, zweiten und allenfalls dritten Säule. Diese Altersvorsorge bauen wir jetzt derart: aus, dass nicht nur die Existenzgrundlage, sondern auch die gewohnte Lebenshaltung angemessen fortgesetzt werden kann.

Stellen Sie sich aber auch die Praktikabilität vor! Da stellen wir einen Pensionierten ein, der uns, solange er mag, die Post verteilt, zu seiner und unserer Zufriedenheit. Dann wird er krank, worauf einmal während eines Monats eine Karenzzeit läuft, während der er kein Salär erhält; nachher muss man ihm 80 Prozent des vorher erhaltenen Salärs auszahlen. Schliesslich kommt er wieder für einige Tage, und wenn er spürt, dass wir das Arbeitsverhältnis auflösen möchten, so hat er allen Grund, sich wieder krank zu fühlen, um für weitere 120 Tage im Kündigungsschutz und unter unseren Krankengeldleistungen zu stehen.

Man sieht aus solchen Überlegungen, was geschieht, wenn der Gesetzgeber Rechtsansprüche austeiht in Bereichen, die bis anhin einvernehmlich und zur vollen Zufriedenheit beider Teile gelöst worden sind. Nun sät er Misstimmung. Das Trachten eines jeden geht doch nur dahin, was er wohl vom anonymen Kollektiv der Versicherung noch fordern könne. Aber auch bei Teilzeitarbeit und Heimarbeit werden die Abrechnungen immer schwieriger. Seit Jahresbeginn ist auch die Nichtbetriebsunfallversicherung obligatorisch. Das Neueste, was die SUVA nun von Firmen verlangt, die andere mit Dienstleistungen beauftragen, ist folgendes: Es sei unsere Aufgabe abzuklären, ob der Beauftragte wirklich Selbständigerwerbender sei oder anderweitig die entsprechenden SUVA-Beiträge erbringe. Wenn wir dies nicht täten, würden wir für Unfallfolgen haftpflichtig. Nicht einmal die Steuerverwaltungen sind bisher so weit gegangen, dass sie uns beauftragt hätten zu sehen, ob Honorarzahungen beim Empfänger versteuert werden.

Herr Bundesrat, ich kann Ihnen sagen: Bei diesem durch das Obligatorium bedingten Denunziantentum, wie wir es bei der SUVA jetzt erleben, machen wir nicht länger mit. Wir sind dagegen, ein neues einzuführen.

Man ist aber im Lande auch am Verarbeiten des Unfallversicherungsgesetzes und der neuen Arbeitslosenversicherung, die ja bereits wieder revidiert werden müssen, weil sie, wie jede neue Regelung, weitere Lücken nach sich ziehen, die wieder gesetzgeberisch geschlossen werden müssen. Dazu kommt, dass auf Januar nächsten Jahres die berufliche Vorsorge uns zwingen wird, die sogenannte zweite Säule einzuführen. Das bindet wiederum Lohnprozente.

Diese Sozialgesetzgebung hat ihre Einführung noch nicht überstanden. Und da soll nun eine neue Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherung über obligatorische Krankentaggelder eingerichtet werden? Soll wiederum eine Ersatzkasse gegründet und Verordnungen erlassen werden? Die sind erfahrungsgemäss dicker als die Gesetzgebung, weil sie alles regeln müssen.

Ein Beispiel aus der Botschaft: «Ausgeschlossen sind nicht-erwerbstätige Arbeitgeber, die lediglich Hausbedienstete beschäftigen.» Da braucht es Regelungen allein in der Landwirtschaft für den Betriebsinhaber und seine Ehefrau, für mitarbeitende Familienmitglieder, für ständige Angestellte, für Saisoniers, für gelegentliche Aushilfen, aber dann auch wieder generelle für Heimarbeiter, Praktikanten, Lehrlinge – die alle mit ins System gehören – sowie Unterakkordanten. Es braucht zudem Speziallösungen wie die Leistungspflicht bei Arbeitslosigkeit oder bei Überversicherung, es stellen sich Fragen zur Abgrenzung gegenüber Unfall und Überttrittsregelungen beim Ausscheiden vom Obligatorium, etwa im Falle der Aufgabe der Erwerbstätigkeit bei Frauen, die einen Haushalt gründen, aber auch bei Betagten.

Alle diese Versicherungsleistungen setzen ein Arzteugnis voraus. Die Tatbestände beruhen häufig auf Aussagen des Versicherten. Wenn ein Arzt das Zeugnis nicht ausstellt, so findet der Versicherte im Zeitalter des Ärzteüberflusses bestimmt einen, der den Gefallen tun muss, um den neuen, so begehrten Klienten nicht zu verärgern.

Die Schweizer sind mit Versicherungen übersättigt. Missbrauch ist die Folge. Warum soll man nicht Forderungen ans anonyme Kollektiv stellen, nachdem man ja pausenlos Beiträge einzuzahlen hat? Der Irrglaube herrscht, dass die soziale Sicherheit nur auf schweizerischem Sozialversicherungssystemen beruhen könne und dass dieses System lückenlos sein müsse. Dabei gibt es ja noch den Freiraum

des Vertrages und vor allem, wie das Herr Bundesrat Egli so schön im Eintreten gesagt hat, des persönlichen Bestandes. Dass man diese Aufgaben der Allgemeinheit zuschiebt, macht das menschliche Zusammenleben nicht sinnvoller. Ich fasse das zusammen: Wir wollen erstens kein Krankengeldobligatorium. Ein Obligatorium ist in der Krankenversicherung systemfremd. Bisher hatten wir eine bundesrechtlich freiwillige Einzelversicherung für Krankenpflege- und Krankengeldleistungen. Zweitens wollen wir keine neuen Lohnprozente. Bisher sind diese Arbeitsunterbrüche paritätisch, einvernehmlich geregelt worden; wo keine Regelung besteht, gilt die sogenannte Berner Skala für die volle Lohnzahlungspflicht, die auf die Dauer des Arbeitsverhältnisses Rücksicht nimmt. Drittens haben wir genug von der Sozialversicherungsbürokratie. Wir sind ja immer noch am Einschleifen der Arbeitslosenversicherung, am Verarbeiten des neuen Unfallversicherungsgesetzes und sehen noch nicht über den Berg mit dem Gesetz über die berufliche Vorsorge. Und da wollen Sie mit einer neuen Versicherung kommen? Viertens wollen wir ein Sofortprogramm zur Kosteneindämmung. Daher geht es nicht an, ihm diese grosse, neue Sozialversicherung anzuhängen. Ich ersuche Sie, diese obligatorische Krankengeldversicherung zu streichen.

Allenspach: Unsere Fraktion hat für Nichteintreten auf den Beschluss B votiert. Ich habe das in der Eintretensdebatte bekanntgegeben. Konsequenterweise wird sie jetzt dem Antrag Basler, den zweiten Satz von Artikel 1 Absatz 4 zu streichen, zustimmen. Damit wird auch der ganze Artikel 40 der Vorlage in Frage gestellt.

Das Ziel unserer Fraktion – ich habe auch das in der Eintretensdebatte betont – ist die rasche Verwirklichung des Sofortprogramms. Wir haben hier eindeutige Zeitvorgaben, Zeitjalons, gesteckt und verlangt, dieses Sofortprogramm solle auf den 1. Januar 1986 in Kraft treten. Die nationalrätliche Kommission hat sich nahezu ein Jahr mit der Krankengeldversicherung, mit dem Obligatorium und den Lohnprozente befasset. Es ist dem Ständerat nicht zu verargen, wenn er dieses Obligatorium ebenfalls genau untersuchen und abklären will. Wenn der Ständerat sich mit dieser Materie gründlich befassen will – das muss er aus seiner staatspolitischen Verantwortung –, wird es nicht möglich sein, diese Vorlage mit dem Obligatorium der Krankengeldversicherung auf den 1. Januar 1986 in Kraft treten zu lassen. Es gibt eine Menge grundsätzlicher Erwägungen, die anzustellen sind. Tatsache ist, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber von weiteren Lohnabzügen genug haben. Man kann nicht jedes Jahr einen neuen zusätzlichen lohnprozentualen Abzug einführen. Es ist eine Tatsache, dass sich die ganze Bevölkerung immer stärker gegen neue zusätzliche Obligatorien und zentralistische Einrichtungen wendet. Und es ist eine Tatsache, dass das Konkordat der Krankenkassen dem Obligatorium der Krankengeldversicherung und lohnprozentualen Finanzierung opponiert. Die Krankenkassen befürchten mit Recht, dass Obligatorium und Lohnprozente ihnen Unabhängigkeit und autonome Gestaltungskraft nehmen werden.

Sie kennen das Schicksal der Arbeitslosenversicherungskassen. Diese haben wegen des Obligatoriums und der Lohnprozente bei der Arbeitslosenversicherung ihren Versicherungscharakter verloren; sie sind reine Zahlstellen geworden. Wir möchten vermeiden, dass die Krankenkassen letztlich auch bloss noch Zahlstellen der Krankenversicherung werden. Dieser Vorgang ist nicht aufzuhalten, wenn Sie jetzt bei der Krankengeldversicherung Obligatorien und Lohnprozente beschliessen. Der letzte Schritt wird nämlich das Obligatorium und die Lohnprozente bei der Krankenpflegeversicherung sein. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund und die Sozialdemokratische Partei haben eine diesbezügliche Volksinitiative bereits angemeldet. Der nächste Schritt, der kommen würde, wäre aber nicht in ferner Zukunft in diesem Rate zu diskutieren; er müsste in wenigen Jahren hier besprochen werden. Eine solche Entwicklung möchten wir, aber auch die Krankenkassen vermeiden.

Es ist ferner eine Tatsache, dass die lohnprozentuale Belastung in der Sozialversicherung immer problematischer wird. Damit werden nämlich vor allem die lohnintensiven Betriebe betroffen. Die lohnintensiven Betriebe sind keineswegs die wirtschaftlich stärksten Betriebe. Je mehr lohnprozentuale Belastungen Sie einführen, desto mehr fördern Sie in den Betrieben die Automatisierung, denn damit können in den Betrieben Lohnkosten durch Kapitalkosten ersetzt werden. Ich frage mich, ob das ausgerechnet mit den Sozialversicherungen erreicht werde!

Wir haben neben diesen grundsätzlichen Erwägungen noch die Probleme, die sich aus dem Zeitablauf ergeben. Falls wir dieses Sofortprogramm nicht auf den 1. Januar 1986 in Kraft setzen können, werden wir in diesem Rate noch darüber sprechen, wenn die Vorarbeiten für die umfassende Revision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes an die Hand genommen wird. Wir werden also eine Arbeit machen, die man umgehend durch eine neue Gesetzesrevision wieder verbessern, verändern oder flicken muss. Einen solchen Weg einzuschlagen, ist eine falsche Politik. Herr Bundesrat Egli hat versprochen, er werde diese umfassende Revision sofort an die Hand nehmen. Wir werden auch wegen des Fristenablaufs bei der Initiative umgehend handeln müssen. Eine Volksinitiative ist innert bestimmter Fristen zu behandeln; ich nehme nicht an, dass die Verwaltung und dieser Rat zu diesen Volksinitiativen ohne weitere Diskussion und ohne Änderungen bei der Krankenversicherung einfach nein sagen wird.

Aus diesen zeitlichen Gründen bitte ich Sie, den zweiten Satz von Artikel 1 Absatz 4 abzulehnen und dem Antrag Basler zuzustimmen. Nur auf diese Weise können wir dann das ganze Problem des Obligatoriums und der lohnprozentualen Finanzierung im Zusammenhang mit den Initiativen sowohl bei der Krankenpflege wie auch bei der Krankengeldversicherung behandeln. Es wäre falsch, wenn wir heute einen Teil hier vorwegnehmen. In diesem Sinne beantragt die freisinnig-demokratische Fraktion, dem Antrag Basler zuzustimmen.

Zehnder: Ich bin schon erstaunt über die Diskussion, die jetzt über das Taggeldobligatorium ausbricht, haben wir doch in der Kommission des langen und breiten darüber diskutiert und im Grunde genommen zu diesem Abschnitt den Konsens hergestellt. Es gibt zwei Artikel im ganzen Taggeldbereich, die zur Diskussion Anlass geben, nämlich der Versicherungsbeginn ab 3. Tag oder ab 31. Tag und die Karenzfrist bei Mutterschaft in der Taggeldversicherung. Das sind die beiden Fragen, die noch offen gewesen sind. Was mich aber jetzt vor allem bedrückt, ist das Votum von Kollege Basler. Wir wussten schon immer, dass sich die SVP nicht mit Begeisterung hinter dieses Obligatorium stellen wird, aber ich wusste nicht, dass sie es auf diese Art und Weise an den Tag bringen würde, nämlich dass es hier tatsächlich – wie ich es schon im Eintretensvotum gesagt habe – wiederum darum geht, den Teufel an die Wand zu malen und ganz offen zu erklären, die Wirtschaft ertrage das nicht mehr.

Die Wirtschaft erträgt bald überhaupt nichts mehr, wenn es nach der SVP geht! Das ist bedauerlich! Die Sicherheit des Menschen in diesem Lande steht wohl noch an vorderster Stelle. Ich habe auch darauf hingewiesen, dass wir in dieser Session einen fragwürdigen Beschluss in bezug auf die Landwirtschaft gefasst haben. Dort spielt es keine Rolle, dort dürfen die Millionen rollen. Wir beschliessen und beschliessen Kredite im Zusammenhang mit dem Militär. Auch dort spielt es keine Rolle. Dort kann man Geld ausgeben, aber hier, wo es um die Sicherheit des Menschen geht, wird man sehr knauserig.

Ich bedaure diese Art der Auseinandersetzung. Kollege Basler spricht so, als wären Krankheit und Lohnausfall eine gesuchte Sache der Betroffenen. Das trifft sicher nicht zu. Sicher wird niemand Krankengeld wollen und niemand die Krankenpflegeversicherung beanspruchen, wenn er nicht muss. Wir gehen von diesem Standpunkt aus. Die Taggeldversicherung muss heute noch als Lücke im sozialen Sicher-

heitssystem betrachtet werden! Es ist leider nicht so, dass alle Arbeitnehmer für genügend Taggeld versichert sind. Man kann sagen, dass gut die Hälfte aller Arbeitnehmer in diesem Land genügend versichert sind. Wir müssen feststellen, dass 20 Prozent der werktätigen Bevölkerung nur teilweise gegen Lohnausfall und die weiteren ungenügend versichert sind; wir können feststellen, dass es noch andere gibt, die nichts haben, wenn die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers aufhört. Das sind die Tatsachen.

Wir wollen ja das Taggeldobligatorium nicht wegen denen einführen, die es schon versichert haben, sondern wir müssen es tun, weil es immer noch solche gibt, die nichts machen, ohne dass sie dazu gezwungen werden. Das ist das Elend, das ist das Schlimme bei der ganzen Geschichte! Deshalb verstehe ich tatsächlich nicht, dass man hier nein sagen kann, wenn man die Situation kennt. Es geht auch darum, dass es in der gleichen Branche Firmen gibt, die ihre Arbeitnehmer sehr gut versichern, und andere, die überhaupt nichts getan haben. Auch aus Konkurrenzgründen ist es richtig, dass hier gleichgezogen wird und dass die Spiesse für alle Arbeitgeber gleich lang sind.

Kollege Allenspach war mit mir in der Subkommission, die die Aufgabe hatte, die Taggeldversicherung gemeinsam zu diskutieren. Als Sozialpartner sollten wir der Gesamtkommission einen Vorschlag unterbreiten. Wir haben uns gefunden. Der sogenannte willkommene Konsens wurde unter den Sozialpartnern hergestellt. Ich verstehe nicht, warum das heute nicht mehr gilt. Bei der Argumentation, das Ziel der FdP sei, die kostendämmenden Massnahmen so rasch als möglich durchzubringen, gehe ich mit Kollege Allenspach einig; auch wir sind dieser Auffassung. Das Ziel dieser Gesetzesrevision ist aber auch, Lücken zu schliessen, und zwar nur die schlimmsten Lücken! Eine solche Lücke ist eben dieses Taggeldobligatorium. Auch der Argumentation, man müsse dem Ständerat Zeit geben, damit er die ganze Taggeldangelegenheit reiflich überdenken könne, kann ich noch zustimmen. Der Ständerat nimmt sich dieses Recht sowieso heraus. Er wird so lange Zeit für sich beanspruchen, wie es ihm passt. Das ist sein Recht. Wir machen das für uns ja auch. Aber das sind doch keine Gründe, um jetzt Abstand zu nehmen von dem, was die Sozialpartner unter sich zuhänden dieser Kommission beschlossen haben.

Es war nur noch die Differenz ab 3. oder 31. Tag, die Karenzfrist, also aufgeschobene oder nicht aufgeschobene Taggeldversicherung. Über die Taggeldhöhe – 80 Prozent –, über die Dauer von 720 Tagen und über alle anderen Detailfragen waren wir uns einig. Warum kommt man jetzt und lässt diese Einigung fallen? Wir werden langsam skeptisch. Es gibt in dieser Gesetzesdiskussion noch einen andern Punkt – ich komme dann darauf zurück –, wo wir zusammen gesprochen und Vereinbarungen getroffen haben, die nun im nachhinein nicht mehr gültig sind. Es tut mir leid, dass so etwas passiert. Ich bitte nun die Herren Arbeitgebervertreter in diesem Parlament, insbesondere die Mitglieder der FdP-Fraktion, zu ihrem Wort zu stehen und nicht fahnenflüchtig zu werden. Der Antrag auf Korrektur, die in der Kommission in bezug auf die Karenzfrist vorgenommen wurde, wurde nicht von der SP und nicht von der CVP, sondern von Mitgliedern der FdP-Fraktion gestellt. Die Kommission ist auf Antrag der Freisinnigen weitergegangen! Deshalb sollte man jetzt diesen Antrag nicht fallenlassen.

Ich bitte Sie also, daran zu denken, dass es hier um die soziale Sicherheit der arbeitenden Menschen in diesem Lande geht und dass diese soziale Sicherheit nicht immer gewogen werden darf mit dem «Was kostet es?» oder mit anderen Argumenten.

Ich bitte die Ratsmitglieder, hier dem Bundesrat zu folgen und sich seine Argumentation in Erinnerung zu rufen. Ich hoffe, dass diese grundsätzliche Frage zu dieser Gesetzesvorlage positiv entschieden wird.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Frau Segmüller: Bitte vergessen wir bei der Frage Taggeldobligatorium nicht, dass es hier, bei diesem Artikel, um den Grundsatzentscheid geht, nicht um die Detailberatung. Vom

Grundsatz her gesehen vergessen wir wiederum nicht: Betroffen sind alle Arbeitnehmer und im besonderen, das ist unser Hauptanliegen, alle berufstätigen Mütter.

Wie ich bereits beim Eintreten gesagt habe: Es geht darum, eine Lücke zu schliessen, denn es ist nicht gerechtfertigt, dass man als Arbeitnehmer bei Krankheit schlechter gestellt ist als bei Unfall. Für die berufstätigen Mütter aber geht es schlichtweg um die Existenzsicherung während des Mutterschaftsurlaubes. Ohne diese Existenzsicherung, die Sie – hoffe ich – beschliessen, bleibt die Ausdehnung des Mutterschaftsurlaubes von 10 auf 16 Wochen Papier. Es gibt zwei zentrale Punkte in dieser Beziehung: den Kündigungsschutz und eben das Taggeldobligatorium als existenzsichernde Grundlage.

Ich weiss, neue Lohnprozente sind heutzutage unbeliebt. Vordringlich aber scheint mir, dass wir hier im Sinne des Mutterschutzes einen Schritt tun. Ich bitte Sie, wo bleibt denn eine Alternativlösung? Es liegt keine vor. Aus diesem Grunde bedenken wir die Grundsätze, um die es hier geht. Namens der CVP-Fraktion ersuche ich Sie, diesen Grundsatzentscheid in positivem Sinne zu fällen. Über die Detailregelungen, 3. Tag, 30. Tag und was dazu gehört, unterhalten wir uns dann wieder bei Artikel 40. Aber bitte zuerst hier vordringlich für den Schutz der Mütter und für die Gleichstellung von Unfall und Krankheit, ja zum Grundsatzentscheid, Obligatorium für die Taggeldversicherung.

Früh: Ich bedaure sehr, dass es uns nicht gelungen ist, Sie von der Nützlichkeit einer Zweiteilung zu überzeugen. Nun wird dieser zweite Satz des Absatzes 4 zu einem Schicksalsatz. Ich weiss nicht, Herr Zehnder, warum Sie sich so aufregen und so aufgebracht sind. Ich gehöre zwar nicht zur SVP, aber ich bin genauso wie Sie und wie Herr Basler um diese Sicherheit des Arbeitnehmers besorgt. Die Frage stellt sich doch einfach: wie?

Ich komme aus einem kleinen Detailhandelsverband. Die Krankengeldversicherung ist bei uns gesamtarbeitsvertraglich bestens gelöst. Herr Zehnder: Arbeitgeber, das ist nicht ein Eintopf. Da gibt es Grösste, Grosse und Kleine. Ich bin einfach der Meinung, dass für die Kleinen diese Lösung der Freiwilligkeit eine bessere Lösung darstellt.

Mit der Annahme dieses Satzes würde ohne Not den Sozialpartnern eben ein weiterer Bereich entzogen, der bisher wichtiger Bestandteil von Gesamtarbeitsverträgen war. Dieses Thema Krankengeld hat auch sehr viel mit den Grundgedanken zu tun, die ich in meinem Eintretensreferat äusserte, nämlich mit Eigenverantwortlichkeit und Kosteneindämmung. Ich meine, da hat Herr Basler einfach recht.

Wir sprechen so oft von den Soziallasten. Aber nicht nur die Arbeitgeber, auch die Arbeitnehmer sprechen von bald unerträglichen Soziallasten. Lohnprozente werden abgezogen bei AHV, ALV, BVG und jetzt im Rahmen des Sofortprogramms auch noch bei KMGV. Gemäss Schätzungen – ich entnehme sie einigen Papieren – wären das 3,2 Prozent, oder etwa 3 Milliarden Franken ab 3. Tag.

Herr Basler hat schon darauf hingewiesen: mindestens – ich glaube, da sind wir uns einig, Herr Zehnder – 55 Prozent der Arbeitnehmer sind gegenwärtig im Rahmen von Kollektivverträgen des Arbeitgebers für ein Krankengeld in der Höhe so zwischen 60 und 100 Prozent des Lohnes versichert. Etwa 5 Prozent haben sich individuell versichert. Aber die Versicherungsdichte nimmt laufend zu. Mit jeder Revision eines Gesamtarbeitsvertrages kann man feststellen, dass diesem Problem nun wirklich an den Kragen gegangen wird. Ein einziger kleiner Mangel besteht beim freiwilligen System, das will ich auch zugeben: die fehlende Freizügigkeit zwischen Privatversicherung und Krankenkassen, also Übertritt von einer Versicherung zur anderen ohne Nachteile.

Die freiwillige Regelung lässt den Sozialpartnern weitgehend Freiheit. Die im Entwurf vorgesehene Lösung birgt die Frage in sich, ob wir nicht wieder eine Regelung einführen, die erstens einmal schwer kontrollierbar ist und zudem wieder überflüssige administrative Kosten nach sich zieht. Ich bitte Sie, von einem Obligatorium in diesem Bereich

Krankengeldversicherung abzusehen, und ich möchte Sie bitten: Stimmen Sie dem Antrag von Herrn Basler zu.

Ammann-Bern: Es geht hier um die Frage des Obligatoriums der Krankengeldversicherung, also um den zweiten Satz. Durch das Obligationenrecht, ergänzt durch die von den Gerichten anerkannte Berner Skala, ist diese Frage gegenwärtig befriedigend gelöst. Es bedarf zum mindesten keiner Aufnahme in das Sofortprogramm.

Hier geht es um eine wesentliche, grundsätzliche Systemänderung, die nochmals sorgfältig überlegt werden muss, wollen wir nicht das ganze Sofortprogramm gefährden. Wir versuchen doch alle verzweifelt, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Sind sich denn die Befürworter dieses Projekts wirklich nicht bewusst, dass durch dieses Obligatorium unser Gesundheitswesen nochmals wesentlich verteuert wird? Jede Kollektivversicherung bringt weitgehend eine Flucht in die Anonymität, d. h. es ist niemand mehr direkt persönlich interessiert, die Kosten tief zu halten. Jeder versucht, für seine Beiträge das Maximum zurückzuerhalten, unbekümmert um die wirtschaftlichen Konsequenzen. Die Lohnprozente werden ganz einfach nach oben angepasst, mit allen Konsequenzen: ganz am Schluss auch der Verlust der Arbeitsplätze wegen mangelnder Konkurrenzfähigkeit. Es muss auch berücksichtigt werden, dass in der überwiegenden Mehrheit der Betriebe Arbeitsverhältnisse bestehen, welche noch sehr gut überblickbar sind. Zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber besteht ein direktes persönliches Verhältnis, welches durch eine obligatorische Versicherung höchstens gestört wird. Wo die Verhältnisse schwieriger überblickbar sind, steht es dem Arbeitgeber selbstverständlich frei, seinen Verpflichtungen über eine Versicherung nachzukommen.

Es ist doch bezeichnend, dass sowohl die Krankenkassen als auch die Privatassekuranz ein Obligatorium ablehnen. Bezeichnend ist auch, dass dieses Obligatorium Bestandteil der Initiative des Gewerkschaftsbundes darstellt. Dort wird es dann abschliessend zu behandeln sein.

Bereits in der Kommission wurde im allerletzten Moment von Kollege Spälti ein Antrag gestellt, das Krankengeld im Falle der Mutterschaft über das Obligationenrecht zu regeln. Leider wurde – wegen der beschlossenen Unterteilung der Vorlage in zwei Teile – dieser Antrag in der Kommission nicht ausdiskutiert. Es ist selbstverständlich, dass diese Frage bei der Beratung des Teiles B sorgfältig in diesem Sinn gelöst werden muss. Damit sind dann die Wechsel eingelöst, an welche uns Herr Bundesrat Egli durch das Zitieren der Voten Vetsch und Kopp erinnert hat.

Aus diesem Grunde bitte ich, dass gemäss Antrag Basler der zweite Satz in Absatz 4 gestrichen wird. Wir sind dann frei, im Teil B eine befriedigende Lösung für das Krankengeld im Falle der Mutterschaft zu finden.

M. Darbellay: Tout à l'heure, M. Früh nous a dit qu'il était préférable de régler le problème de l'obligation de s'assurer pour les pertes de gain par le biais des conventions collectives. Il faut rappeler – on l'a fait à maintes reprises – que ces dernières couvrent un nombre important de travailleurs, mais ce sont généralement les personnes ayant les moins bons salaires qui n'y sont pas soumises et il serait faux de les oublier. D'autre part, le projet qui nous est présenté, dans les articles 40 et suivants, respecte l'esprit des conventions collectives. En effet, il prévoit que si, d'une manière générale, l'obligation de s'assurer intervient dès le 31^e jour, il peut y avoir exception lorsque le problème est réglé différemment par des conventions collectives ou des dispositions légales. En outre, je rappelle que les assurés sont bien protégés contre les accidents. Par conséquent, pourquoi ne peut-on admettre que les personnes victimes d'une maladie aient la même protection? A mon sens, c'est une lacune grave de notre sécurité sociale et il est temps de la combler. En outre, pour pouvoir présenter notre texte comme un contre-projet valable à l'initiative pour la protection de la maternité, il est nécessaire que les indemnités journalières fassent partie du programme.

C'est la raison pour laquelle je vous invite instamment à accepter la deuxième phrase de l'alinéa 4 de l'article 1^{er}.

Reimann: Ich möchte betonen, dass es hier nur noch um das Obligatorium bei der Taggeldversicherung geht, also um die Sicherung des Einkommens bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Ich begreife einfach nicht, warum man sich dermassen gegen die Schliessung dieser sozialen Lücke wehrt. Wenn ich das Wort ergriffen habe, so vor allem deshalb, weil man einmal mehr den Gesamtarbeitsvertrag als Vorwand nehmen will, um eine sozialpolitische Forderung zu verhindern. Mit dem Gesamtarbeitsvertrag hat dieses Postulat nichts zu tun. In den Gesamtarbeitsverträgen und überall, wo solche bestehen, ist das Problem in der Regel gelöst; aber wir haben so und so viele Bereiche, wo es eben nicht gelöst ist. Und wozu führt es? Wir haben immer wieder Arbeitsgerichtsfälle, wenn Arbeitnehmer in die Situation kommen, bei Krankheit kein Einkommen mehr zu haben. Mit der Schliessung dieser Gesetzeslücke könnten wir viele solche Streitfälle verhindern. Ich möchte Sie bitten, dem Obligatorium der Taggeldversicherung endlich zuzustimmen.

M. Bonnard: Au nom du groupe libéral je vous invite à appuyer la proposition de M. Basler. Nous avons trois motifs de le faire.

Premièrement, que vous le vouliez ou non, l'introduction de l'obligation entraînera pour les autorités compétentes, le devoir de contrôler si elle est satisfaite. Ce contrôle implique une augmentation de l'infrastructure administrative aussi bien au sein de l'autorité que des caisses et par conséquent, indirectement, un accroissement des coûts. Deuxièmement l'introduction de l'obligation développera la tentation – déjà courante aujourd'hui chez les assurés – de vouloir récupérer sa mise, en utilisant l'assurance-maladie au-delà du nécessaire. Vous connaissez ce phénomène actuel de la surconsommation médicale. Troisièmement, l'introduction de l'obligation soustrait un domaine de plus aux négociations entre partenaires sociaux. Vous l'avez fait pour les vacances. Vous vous apprêtez à en faire de même pour la durée du travail. Vous êtes en train de le faire pour tout le secteur de la protection contre les licenciements. Chaque fois que vous restreignez le champ à disposition des partenaires sociaux, vous affaiblissez leur position. Nous n'y avons aucun intérêt.

Je vous demande donc de ne pas faire ce pas supplémentaire et de voter la proposition Basler.

Eggl-Winterthur, Berichterstatter: Ich gestatte mir vorausszuschicken, dass ich überrascht bin über die Begründung dieser Anträge; nicht über die Anträge an sich, denn auf diese musste man ja gefasst sein.

Einerseits macht Herr Basler den Vorwurf, dieses Problem sei in der Kommission nicht grundsätzlich behandelt worden. Andererseits widerspricht Herr Allenspach und stellt fest, dass man es über ein Jahr behandelt habe. Man hat es in der Subkommission nochmals behandelt. Ich habe die Protokolle konsultiert und festgestellt, dass schon Herr Basler Anträge gestellt hat. Man hat es also gründlich behandelt!

Es gibt einige generelle Bemerkungen dazu: Einerseits möchte ich ganz klar und deutlich sagen, dass in der ersten Lesung eine Subkommission eingesetzt wurde, bei der Arbeitgebervertreter und Arbeitnehmervertreter paritätisch vertreten waren. Diese Subkommission führte Vorbesprechungen durch mit den Sekretären des Zentralverbandes Schweizerischer Arbeitgeber und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes. Man hat sich dann auf eine Lösung geeinigt: Taggeld ab dem 3. Tag. Die Gesamtkommission hat mit allen gegen 1 Stimme – und das war nicht diejenige Herrn Baslers – dieser Lösung zugestimmt. Die einzige Stimme dagegen erfolgte – ich habe das auch im Protokoll konsultiert –, weil dem Antrag, das Taggeld ab dem 31. Tag zu gewähren, nicht entsprochen wurde. Die Kommission hat

also diesen Antrag praktisch einstimmig in erster Lesung zugestimmt. Ich möchte das einfach vorausschicken.

Es erstaunt nun heute schon, wenn ausgerechnet vier Kommissionsmitglieder an das Pult kommen und erklären, kein Obligatorium zu wollen. Es ist mir aber klar warum, und ich werde das im Namen der Kommissionsmehrheit auch ausführen. Wir lehnen ja diesen Antrag ab bzw. wir beantragen, dem Taggeld zuzustimmen.

Es wird argumentiert, es sei ja über Gesamtarbeitsverträge und Gesetzgebung geregelt. Zum Teil trifft das zu. Nicht geregelt ist es aber bei einem Stellenwechsel. Wir sind ja gegen die goldenen Fesseln – auch bei der Sozialversicherung. Es gibt Gesamtarbeitsverträge, bei denen die Krankheitslohnzahlung nach Dienstjahren festgelegt ist. Wenn ein Mitarbeiter den Betrieb wechselt, muss er im neuen Betrieb entsprechend den gesamtarbeitsvertraglichen Bestimmungen beginnen, die in diesem Betrieb gelten. Er kann im alten Betrieb sechs Monate den vollen Lohnanspruch haben und muss im neuen wieder mit zwei oder vier Wochen beginnen, je nach Vereinbarung. – Dann gibt es Betriebe, die eine Kollektivversicherung haben. Wenn man dort austritt, geht man dieser Kollektivversicherung verlustig und muss die neue Regelung beim neuen Arbeitgeber annehmen. – Weiter gibt es zahlreiche Betriebe, die überhaupt nichts Rechtes haben.

Zum Missbrauch: Wenn Sie die Fahne betrachten, stellen Sie fest, dass die Kommission in der letzten Sitzung das Taggeldobligatorium ab 31. Tag beschlossen hat. Sie überlässt es den Vertragspartnern, durch Gesamtarbeitsvertrag oder Normalarbeitsvertrag separate Regelungen zu treffen, dass das Obligatorium erst ab 91. Tag gilt, sofern der Arbeitgeber mindestens die gleichen Zahlungen erbringt, wie das Obligatorium vorsieht.

Nun muss mir Herr Basler schon näher erklären, wo der Missbrauch erfolgt. Der Missbrauch würde erst am 31. Tag erfolgen. Ein Grund für den 31. Tag war nämlich, dass der Arbeitnehmer nicht bereits vom 3. Tag an ein Zeugnis bringen muss; es geht also darum, den Arztbesuch bei einer einfachen Grippe zu verhindern. Der Arbeitgeber führt die Kontrolle in seinem Betrieb selber durch; er hat in diesem Fall ein Interesse daran, sie durchzuführen. Wenn die Versicherung bezahlt, ist dieses Interesse geringer.

2. Ich habe einen dringenden Verdacht, insbesondere gegen Herrn Allenspach – er wird das zwar bestreiten –: Er hat immer für das obligatorische Taggeld gestimmt und sich dafür eingesetzt, bis der Beschluss gefasst wurde, dass es erst vom 31. Tag an gewährt wird. Und hier hege ich nun den Verdacht, dass das, was unsere Leute uns immer wieder sagten, zutrifft: Wenn man die Taggeldversicherung vom 3. Tag an macht, bedeutet das – wie Herr Früh gesagt hat – eine Prämie von 3,2 Prozent des Monatslohns. Im Gesetz heisst es, mindestens die Hälfte davon bezahle der Arbeitgeber; der Arbeitnehmer müsste also 1,6 Prozent – im Maximum – bezahlen. In über 90 Prozent der Fälle ist die Krankheitsdauer nicht länger als 30 Tage. Wenn man das Taggeld erst vom 31. Tag an macht, muss der Arbeitgeber den Lohn im ersten Monat nach der bisherigen Berner Skala bezahlen. Die andere Lösung, bei der der Arbeitnehmer die Hälfte finanziert, bedingt eine Verteuerung des Betriebes. Und gerade hier – Herr Allenspach – stimmt Ihre Argumentation eben nicht. Sie erklären, dass die Taggeldversicherung die Betriebe zu Rationalisierungen zwingen werde. Die Taggeldversicherung vom 31. Tag an kostet den Arbeitgeber in personalintensiven Betrieben aber bedeutend weniger als vorher der volle Monatslohn. Da habe ich eben einen gewissen Verdacht . . . Das gilt übrigens auch für Herrn Ammann. Ich möchte noch auf den Missbrauch bei den Betagten (Votum Basler) hinweisen. Das ist auch ein Produkt der Subkommission. Die Subkommission wollte eben den Missbrauch verhindern: Wenn der Arbeitnehmer immer obligatorisch versichert war – gemäss den Vorschlägen des Bundesrates –, ist er auch über das 65. Altersjahr hinaus versichert. Das bedeutet, dass er dann ebenfalls während 540 respektive 720 Tagen das Taggeld erhalten würde. Aber, Herr Basler, wenn ein Arbeitgeber heute schon korrekt

handelt, dann bezahlt er – selbst für den Postboten – auf dem Stundenlohn einen Zuschlag für einen allfälligen krankheitsbedingten Lohnausfall, oder er bezahlt den Lohnausfall. Es entsteht also gar keine neue Last: Er bezahlt den Lohnausfall entsprechend der Arbeitsleistung oder die entsprechenden prozentualen Zuschläge zum Taggeld.

Ich möchte auf das Grundsätzliche zurückkommen. Es wurde ganz klar und deutlich in diesem Saal schon mehrmals gesagt, dass der Vorschlag für die Revision des KVMG ein Gegenvorschlag zur Mutterschaftsinitiative ist. Ohne eine klare Taggeldregelung in diesem Gesetz kann das nicht mehr als Gegenvorschlag, auch nicht als indirekter Gegenvorschlag, bezeichnet werden; den Müttern muss man dann erklären, warum man dies nicht macht und nicht mehr zu seinen früheren Versprechungen steht!

Ich möchte nicht mehr Frau Kopp zitieren, ich möchte auch nicht Frau Füg oder Herrn Vetsch zitieren. Aber ich zitiere Herrn Schnyder-Bern: «Die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei nimmt in ablehnendem Sinne zur Volksinitiative für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft Stellung.» Weiter sagt er: «Ganz abgesehen davon, dass die überwiegende Mehrheit unseres Volkes solche umfassende und viel zu weitgehende Massnahmen nicht für notwendig hält, dürfte sich namentlich der über die ganze Dauer der Schwangerschafts-, des Mutterschafts- und Elternurlaubs erstreckende Kündigungsschutz für junge Frauen positiv auswirken.» Ferner «Wenn der Bundesrat uns vorschlägt, das Problem der Mutterschaftsversicherung, des Mutterschaftsurlaubs und des Kündigungsschutzes während der Schwangerschaft im Rahmen der Teilrevision der Krankenversicherung zu lösen, so schliessen wir, also die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei, uns dieser Lösung an. Es ist vernünftig und rasch durchführbar, weil dadurch Bestehendes ausgebaut werden kann. Administrativ werden unerhebliche zusätzliche Vorkehrungen notwendig sein, was ebenfalls von Vorteil sein wird.»

Man kann nicht eine Initiative nicht behandeln mit dem Argument, man verwirkliche das Anliegen in der Krankenversicherung, und dann später die Regelung, die man damals befürwortet hat, bekämpfen. Ich möchte nicht urteilen. Aber ich möchte Sie bitten, sich bei der Abstimmung daran zu erinnern.

Ich bitte Sie, im Sinne der Kommission diesem Taggeldobligatorium zuzustimmen.

M. Dupont, rapporteur: La proposition de rendre obligatoire l'indemnité journalière comble, comme le dit le message, une lacune dans notre système de sécurité sociale. Nous avons accepté de rendre obligatoire l'assurance-chômage et depuis plus longtemps l'assurance-accidents. Nous savons aujourd'hui que la quasi-totalité des travailleurs de ce pays est assurée contre la maladie, soit par une assurance individuelle, soit par une assurance collective, avec toutefois des lacunes qui ont d'ailleurs été soulignées: l'impossibilité de libre-passage dans la plupart des cas et les différences sensibles de qualité de ces assurances qui pénalisent tout particulièrement les travailleurs les plus modestes.

M. Basler grossit les difficultés administratives qu'entraînerait l'institution de l'obligation. Tout cela a été examiné et nous savons parfaitement que, comme cela a été le cas pour d'autres obligations généralisées en matière d'assurances, rien n'a été changé au système mis en place. Il n'est pas question de porter atteinte à l'ensemble des caisses-maladie en préconisant cette solution. La consultation a parfaitement démontré qu'on pouvait éviter de telles embûches en prenant certaines précautions. M. Basler a tort également lorsqu'il dit que le Suisse est surassuré. Peut-être certains Suisses le sont-ils, mais ce n'est pas une généralité.

Quant à mes collègues de parti, MM. Allenspach, Früh et Ammann, ils noircissent également et inutilement le danger de surcharge financière pour nos entreprises et les rigueurs pour notre économie.

Il est assez curieux de constater qu'en 1939 déjà, des membres influents du groupe radical préconisaient l'institution

de l'obligation de l'assurance en matière d'indemnité journalière. Nous sommes en retard de deux générations. En ce qui concerne l'ensemble de cette question, je crois qu'il s'agit véritablement aujourd'hui d'un mauvais procès. Nous nous accrochons à un principe qui est dépassé en l'espèce. Je redis aussi à M. Bonnard que cela n'affaiblit pas les conventions collectives ni les associations patronales ni les syndicats ouvriers mais que cela affaiblit encore les plus modestes travailleurs de ce pays. Je vous demande donc de vous associer à la majorité de la commission, de vous rallier à la proposition du Conseil fédéral et de voter cette obligation.

Bundesrat Egli: Ich möchte Sie auch meinerseits bitten, den Vorschlägen des Bundesrates zuzustimmen.

Ich habe zwar meinen Katalog an Argumenten für die Taggeldversicherung bereits in meinem Eintretensvotum auf den Tisch gelegt; viel Neues gibt es also nicht mehr zu bemerken. Ich beschränke mich auf vier Punkte, die teilweise auch schon berührt wurden.

1. Es liegt mir daran, Ihnen klar und deutlich verstehen zu geben, dass diese Taggeldversicherung für den Bundesrat zu einem der Kernstücke dieser gesamten Vorlage geworden ist. Ich möchte sogar behaupten, dass diese Taggeldversicherung dem Bundesrat Anlass gab, überhaupt zu dieser Revisionsvorlage zu schreiten.

2. Auch ich muss Sie an die abgegebenen Versprechungen erinnern, welche hier in diesem Saale von verschiedener Seite fielen, als wir über die Mutterschaftsversicherung diskutierten. Gerade diese Taggeldversicherung war eines der Hauptmotive und eines der Hauptargumente, mit welchen man diese Mutterschaftsversicherung damals bekämpfte.

3. Herr Basler, Sie bezeichnen diese Taggeldversicherung als «Systemwidrigkeit». Ich glaube vielmehr, dass der heutige Zustand eine Systemwidrigkeit ist. Betrachten Sie doch die sozialpolitische Situation. Wir haben heute – ich habe es schon einmal gesagt – obligatorisch versicherte Risiken bei Tod, bei Unfall, bei Alter, bei Arbeitslosigkeit, beim Militärdienst, bei Invalidität. Alle möglichen Risiken sind versichert, nur das naheliegendste und das am wahrscheinlichsten eintretende Risiko, die Krankheit, wollen Sie nicht obligatorisch versichern. Das ist Systemwidrigkeit, und darum beharren wir so darauf, dass nun diese Lücke endlich gefüllt wird, und zwar mit diesem Sofortprogramm.

4. Ich muss Sie doch nochmals an das Agreement erinnern, von dem ich im Eintretensreferat sprach, das Agreement, das in einer Unterkommission zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern abgeschlossen wurde. Man wurde sich dort darüber einig, dass man diese Krankengeldversicherung wollte. Wohl – da haben Sie recht – sprach man von einer Wartezeit von drei Tagen. Das war die Konzession, die gemacht wurde, damit alle diesem Agreement zustimmen konnten, und es waren alle darüber erfreut, dass sie mit dieser Lösung vor die Gesamtkommission traten.

Diese Hypothese wurde während der ganzen Beratungen in der Kommission aufrechterhalten, bis am letzten Tag der Beratungen. Dort wurde ein Antrag gestellt, dass die Wartezeit von drei Tagen wieder auf 30 Tage ausgedehnt würde, und zwar aus einem Kreise – das wurde auch heute schon betont –, der heute nicht etwa zu den Befürwortern des Taggeldes gehört. Ausgerechnet aus diesem Kreise kam dieser Vorschlag. Man muss fast vermuten, dass dieser Vorschlag damals gemacht wurde, um heute einen Anlass zum Rücktritt von der früheren Vereinbarung vorschützen zu können. Aber das wäre keine loyale Politik.

Ich bitte Sie, in sich zu gehen, an die damalige Situation zu denken und dann nach Ihrem Gewissen zu entscheiden und dieser Taggeldversicherung zuzustimmen.

Le président: La majorité de la commission et le Conseil fédéral vous proposent que l'assurance d'une indemnité journalière soit obligatoire. M. Basler et la minorité mentionnée à l'arrêté B, s'y opposent.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 80 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit (Basler) 64 Stimmen

Art. 1 Abs. 5 (neu)

Antrag der Kommission

Mehrheit

Ablehnung des Antrages der Minderheit

Minderheit

(Günter)

Der Bund fördert im besonderen Versuche mit neuen Versicherungsmodellen, welche eine Dämpfung der Krankheitskosten auf einer sozialen Basis erwarten lassen.

Art. 1 al. 5 (nouveau)

Proposition de la commission

Majorité

Rejeter la proposition de la minorité

Minorité

(Günter)

La Confédération encourage en particulier des projets pour de nouveaux modèles d'assurance, qui doivent permettre, sur une base sociale, de réduire le coût des maladies.

Günter: Wir schlagen Ihnen einen neuen Artikel 1 Absatz 5 vor mit folgendem Wortlaut: «Der Bund fördert im besonderen Versuche mit neuen Versicherungsmodellen, welche eine Dämpfung der Krankheitskosten auf einer sozialen Basis erwarten lassen.» Zwar hat die Kommission auf Antrag der Arbeitsgruppe im bestehenden Gesetz eine Änderung in Artikel 16 Absatz 3 vorgenommen, welche neu eine Versicherung zum Beispiel im Sinne des amerikanischen HMO, also der Gesundheitskassen, gestattet. Gemäss früherem Gesetz wären unter Umständen derartige Versicherungsmodelle nicht möglich gewesen. Man hat damit einen Schritt in die richtige Richtung getan. Wir glauben aber, dass das nicht genügt. Wenn wir ein neues, besseres System entwickeln wollen, muss es in sozialer Hinsicht mindestens so gut sein, wie es heute ist, lieber noch besser. Es muss aber auch einen kostendämpfenden Effekt aufweisen, den das heutige System nicht kennt. Das heutige System hat kostentreibende und nicht kostendämpfende Effekte. Es ist natürlich schwierig, die beiden Postulate Kostendämpfung und soziale Ausgestaltung zu vereinen. Wir glauben aber, dass es Systeme gibt, die zumindest Anreize in die richtige Richtung schaffen können, die ein System gestatten, wo derjenige, der sich vernünftig verhält, besser wegkommt als derjenige, der das Falsche tut.

Ich habe es Ihnen schon gestern gesagt: In unserem heutigen System haben wir den umgekehrten Zustand. Je dümmer man sich verhält – auch als Anbieter, zum Beispiel als Arzt, oder als Mitglied der paramedizinischen Berufe –, je unverantwortlicher man sich verhält, desto grösser ist in der Regel das Einkommen. Da ist einfach etwas an unserem System, das nicht stimmt. Ich glaube, das spüren Sie alle. Der Drang nach einem neuen System, wenn man eines finden würde, ist doch einfach vorhanden. Die Frage ist natürlich: Finden wir eines? Wenn wir aber eines finden wollen, dann müssen wir auf die Suche gehen; und erfolgreich auf die Suche gehen können wir nur, wenn wir diesen Versuchen etwas nachhelfen. Wenn nämlich neue Versuche gemacht werden, ist das ein erhebliches Risiko für denjenigen, der die Versicherung einführt, aber vor allem natürlich für denjenigen, der diese Versicherung eingeht, also für den Kunden und Träger. Wir können noch hundert Jahre am grünen Tisch studieren, was gut und was schlecht ist für die Schweiz; herausfinden werden wir es erst dann, wenn wir es im Massstab 1 zu 1 ausprobieren und Versuche anstellen. Damit nun das Risiko – und weil wir alle Interesse an diesen Versuchen haben, müssen sie jetzt nun einfach stattfinden –

zumindest für die Patienten ausgeklammert werden kann, muss sich der Bund an diesen Versuchen beteiligen. Damit der Bund das auf ordentliche Art und Weise tun kann, müssen wir jetzt eine gesetzliche Grundlage schaffen. Mit diesem Artikel, den wir Ihnen vorschlagen, schaffen wir die gesetzliche Grundlage, dass der Bund mithelfen kann, zukunftsträchtige Modelle zu schaffen. Irgend etwas müssen wir uns ja einfallen lassen auf diesem Gebiet. Mit den bestehenden Möglichkeiten geht einfach zu wenig. Nur sagen: Ihr dürft schon, wenn Ihr wollt, und dann schauen wir von Staates wegen zu, genügt in der heutigen Situation nicht mehr.

Wir schaffen mit dem vorgeschlagenen neuen Artikel 1 Absatz 5 den Freiraum, der dringend notwendig ist, um neue Möglichkeiten zu suchen.

Ich bitte Sie daher und im Hinblick darauf, dass wir doch noch einen kleinen Punkt wieder in das Gesetz einbringen können, der die Zukunft regelt und nicht immer nur die Vergangenheit, hier zuzustimmen.

Hegg: Wir unterstützen den Antrag Günter, und ich möchte Sie alle bitten, ein gleiches zu tun. Es lässt sich nämlich absehen, dass mit der vorgeschlagenen Revision die Probleme der Krankenversicherung längerfristig nicht gelöst sein werden und dass der Kostenanstieg weitergehen wird. Das herkömmliche System hat im Hinblick auf eine Kostendämpfung einige grundlegende Fehler eingebaut. So bestraft es den Arzt, der seine Patienten rasch und mit verhältnismässig wenig Aufwand heilt, mit Einnahmenverlusten und umgekehrt; es belohnt also die gute und rationelle ärztliche Arbeit nicht. Besonders in Zeiten einer Ärzteschwemme hat dies für die Kostenentwicklung verheerende Wirkungen zur Folge. Auch auf Seiten der Patienten belohnt es ein Verhalten, das solidarisch und verantwortungsbewusst das Ganze im Auge behält, zu wenig.

Neue Versicherungssysteme, wie dasjenige der Gesundheitskassen oder der amerikanischen HMO, versuchen, diese Fehler auszumerzen. Nun meine ich zwar nicht, dass ein solches System, das man ohne Bedenken anstelle der herkömmlichen Kassen einfach übernehmen könnte, fixfertig vorliegt. Zum Beispiel betrachte ich ein Bonus-Malus-System auf Patientenseite als fragwürdig. Man muss sich aber doch die Frage stellen, ob es nicht wenigstens richtig wäre, zum Beispiel für Raucher oder Übergewichtige im Sinne des Verursacherprinzips höhere Versicherungsprämien zu verlangen und diejenigen mit einer Prämienreicherung zu belohnen, die durch eine gesunde Lebensweise und verantwortungsbewusstes Verhalten für das Ganze Kosten einsparen helfen.

Das sind Überlegungen zu einem neuen System. Ich betrachte es deshalb als äusserst dringlich, dass man in der Schweiz vorläufig wenigstens Erfahrungen mit neuen Systemen sammeln kann, damit man sie bei einer künftigen Revision, die wegen der Kostenentwicklung ganz sicher kommen wird, auswerten kann.

Ich bitte Sie dringend, dem Antrag Günter zuzustimmen. Wenigstens Erfahrungen sollte man vorläufig sammeln können.

Frau Grendelmeier: Ich möchte Sie dringend bitten, den Antrag Günter zu unterstützen. Wir haben doch bisher gesehen, dass sich im Krankenwesen – Gesundheitswesen wage ich hier nicht mehr zu sagen – nichts ändern wird. Wir haben gesehen, dass das Schwarzpeterspiel weitergeht. Jeder findet, der andere müsse sparen, und jeder findet, der andere sei der grösste Kostenverursacher.

Weshalb? Das ist ziemlich einfach. Weil es uninteressant ist, am bisherigen Versicherungssystem etwas zu ändern. Mit anderen Worten: Viel zu viele Kreise verdienen viel zuviel Geld mit der heutigen Situation. Deshalb glaube ich, wir können, wo immer wir wollen, versuchen, etwas zu ändern, es wird nichts bringen; wie wenn man versuchte, auf einen alten Rock einen neuen Flick aufzunähen: er wird immer wieder reissen. Deshalb müssen wir unseres Erachtens versuchen, ein neues Versicherungsmodell zu entwickeln. Es

besteht noch nicht in seiner Gänze, so dass man es einfach übernehmen könnte, aber es bestehen sehr viele mögliche Modelle, beispielsweise in Amerika; das HMO-System – es wurde vorhin angedeutet – wäre eine Möglichkeit, die es zu prüfen gälte.

Nur wenn es nicht mehr interessant ist, krank zu sein, die Krankheit zu behandeln und an der Krankheit zu verdienen, wird sich irgend etwas ändern. Erst dann werden wir von einem Gesundheitswesen reden können, das diesen Namen auch verdient. Mit anderen Worten: Krankheit darf nicht rentabel sein, für keinen der drei Hauptbeteiligten, und das sind der Patient, der Arzt und die Krankenkasse. Nur so, wenn wir alles auf den Kopf stellen und die Gesundheit honorieren, werden alle die Postulate, alle die Forderungen, die in dem Gesetz enthalten sind, auch durchführbar sein.

Eggl-Winterthur, Berichterstatter: Die Kommission wollte diesem Anliegen von Herrn Günter in Artikel 16 Absatz 3 Rechnung tragen. Er hatte ja auch in der Kommission diesen Antrag eingereicht, und die Subkommission hat ihn dann der Gesamtkommission unterbreitet. Von der Kommission aus möchte ich einfach sagen, dass wir aus dieser Frage keine Prestigeangelegenheit machen. Wir glaubten, dem Anliegen in Artikel 16 Absatz 3 Rechnung zu tragen, aber ich möchte schon jetzt die Erklärung auch zuhanden der Materialien abgeben, dass Versuche mit neuen Modellen nicht ohne Zustimmung der zuständigen Stellen im Bundesamt gemacht werden dürfen.

M. Dupont, rapporteur: La majorité de la commission vous prie de rejeter la proposition Günter. Nous estimons que, avec le 3^e alinéa (nouveau) de l'article 16, nous réglons cette question. Ceux qui s'y intéressent peuvent demander à l'Office fédéral des assurances sociales le rapport de juin 1984 intitulé: «Possibilité de nouvelles formes d'offres de prestations dans l'assurance-maladie». Il s'agit essentiellement d'une manière différente d'indemniser les fournisseurs de prestations: indemnisations fixes, fourniture de soins médicaux réservés à certains médecins, hôpitaux, etc. Il n'y a donc pas lieu d'aller plus loin.

Cependant, si la proposition de M. Günter devait être acceptée, elle ne serait pas trop dangereuse pour l'ensemble du projet présenté.

Bundesrat Egli: Herr Günter und Frau Grendelmeier, wenn wir diesen Vorschlag ablehnen, so nicht deshalb, weil wir neuen Ideen nicht zugänglich wären. Wir sind es durchaus; aber wir wehren uns gegen eine Überladung des Gesetzes mit Bestimmungen, die bereits darin enthalten sind, und wir wehren uns auch gegen eine zweideutige Sprache des Gesetzes. Die Kommission hat Artikel 16 Absatz 3 angenommen, und wir werden uns diesem Antrag auch anschliessen. Mit diesem Beschluss bestehen genügend Möglichkeiten, neue Experimente in einem Gesundheitssystem durchzuexperimentieren. Zweideutig ist das Wort «fördern». In der Sprache der Bundesgesetze heisst das meistens «Subventionen», und dazu können wir bei der heutigen Situation der Bundesfinanzen zum vornherein nicht unsere Zustimmung geben. Das sind die beiden Gründe, weshalb wir Sie bitten, diesen Antrag abzulehnen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit (Günter)	32 Stimmen
Für den Antrag der Mehrheit	61 Stimmen

Hier wird die Beratung dieses Geschäftes unterbrochen

Le débat sur cet objet est interrompu

Schluss der Sitzung um 12.45 Uhr

La séance est levée à 12 h 45

Krankenversicherung. Teilrevision

Assurance-maladie. Révision partielle

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1984
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Nationalrat
Conseil	Conseil national
Consiglio	Consiglio nazionale
Sitzung	12
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	83.044
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	03.10.1984 - 08:00
Date	
Data	
Seite	1337-1346
Page	
Pagina	
Ref. No	20 012 735

Dieses Dokument wurde digitalisiert durch den Dienst für das Amtliche Bulletin der Bundesversammlung.

Ce document a été numérisé par le Service du Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale.

Questo documento è stato digitalizzato dal Servizio del Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale.