

**M. Delamuraz**, conseiller fédéral: Ce n'est pas sans quelque arrière-pensée que le Conseil fédéral a présenté cet alinéa à votre approbation. Il l'a fait essentiellement pour disposer d'une arme éventuelle qui consisterait à frapper certains produits de transformation contenant du sucre et qui ne sont pas soumis à la fameuse «Schoggigesetz», si les circonstances internationales étaient délabrées au point que l'on ne puisse plus parler de libre-échange ou de flux normal du commerce international, et que l'on soit en présence d'une situation complètement faussée par un dumping caractérisé sur le prix du sucre. Bien qu'elle ne soit pas tout à fait normale, telle n'est toutefois pas la situation actuelle. Le prix du sucre a repris un cours un peu plus vrai que ce qu'il était précédemment. Assurément, le Conseil fédéral n'aurait pas l'idée, dans les circonstances actuelles, de faire usage d'une telle disposition. Cependant, il faut pouvoir en disposer si un jour la situation devait se détériorer.

Or, même face à cette situation, notre gouvernement devrait, pour faire réellement usage de la disposition potestative inscrite à cet alinéa, être personnellement saisi d'une requête de l'industrie de transformation et procéder à la mise en place d'une telle taxe. La requête serait soumise tout d'abord à une consultation selon l'article 19, alinéa premier, lettre d, et ensuite à une procédure de déconsolidation des positions douanières au sein du GATT. Cela ne se ferait pas automatiquement par décision hâtive du Conseil fédéral, mais par négociation avec nos fournisseurs principaux que sont l'Afrique du Sud et la Communauté européenne. Cela devrait certainement comprendre, après la négociation, des contre-prestations suisses pour des fruits frais ou du vin. Enfin, une mise en vigueur de l'ordonnance ne pourrait intervenir qu'après conclusion positive des négociations au sein du GATT.

Compte tenu de l'ambiance que vous avez signalée, Monsieur Miville, dans le cadre du GATT, vous devez constater que le nombre d'obstacles pour la mise en pratique éventuelle et momentanée de cette disposition est quasi décourageant. Cependant, il est tout de même bon de disposer de l'instrument légal qui nous permettrait, en situation extrême, de procéder à cette protection. L'exercice est compliqué et il impliquerait non pas une décision unilatérale de la Suisse, mais une décision négociée avec nos partenaires. Par conséquent, un usage désordonné d'une telle disposition est totalement exclu.

En conclusion, je vous prie de maintenir cette disposition dans l'arrêté. Les engagements que je prends ne sont pas notés ici mais figurent simplement au *Bulletin officiel*. Ils correspondent à la réalité profonde face à laquelle nous nous trouverions si nous voulions faire usage de cet instrument. Les garanties sont donc données que, lors d'un tel usage, nous ne transgresserions pas les dispositions qui nous lient, en commerce international, aux autres Etats.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission	30 Stimmen
Für den Antrag Miville	3 Stimmen

#### *Abs. 5 – Al. 5*

**M. Flückiger**, rapporteur: Nous avons motivé il y a un instant la position de la majorité de la commission. J'ajoute qu'il est vrai que le barème que nous vous proposons est légèrement plus favorable aux producteurs que celui contenu dans le projet du Conseil fédéral. Je ne reprendrai pas les arguments en faveur du revenu agricole, ils sont connus.

Je dirai simplement que la commission a le souci d'éviter d'introduire des normes légales qui pourraient devenir dissuasives, c'est-à-dire qui pourraient inciter certains planteurs à réduire leur surface de culture dès lors que l'on reprendrait d'une main ce que qu'on leur donne de l'autre pour payer leur production. Voilà en substance les motifs à l'origine de notre proposition que je vous invite à soutenir.

**M. Delamuraz**, conseiller fédéral: Il y a un vent de générosité agricole qui souffle sur le Palais fédéral aujourd'hui. Ce matin le Conseil national a allégrement ajouté 80 millions pour l'agriculture de montagne, vous venez de voter le troisième alinéa de l'article 4 avec le même élan. Cela contraste avec les rigueurs budgétaires qui ont été le fait des deux Chambres en matière agricole lors du début de la session. Maintenant, n'écoutez que son courage, la commission vous propose un barème beaucoup plus léger pour les gros producteurs et ainsi fait passer à la caisse un peu plus substantiellement Dame Helvetia, dont chacun sait que les richesses sont inépuisables. Je ne monterai pas aux barricades, mais je dirai tout de même que le Conseil fédéral en reste à sa proposition telle qu'elle est contenue dans le message, car il la trouve dans le partage des charges entre consommateurs, Confédération et producteurs de betteraves mieux équilibrée. A votre bon coeur, que cette période de Noël n'obscurcisse pas votre sens de la rigueur et vous fasse emboucher toutes les trompettes de la générosité. Restez dans la ligne du Conseil fédéral, cela vaudra mieux.

#### *Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Kommission	22 Stimmen
Für den Antrag des Bundesrates	16 Stimmen

#### *Abs. 6 und 7 – Al. 6 et 7*

#### *Angenommen – Adopté*

#### **Art. 10 – 20**

#### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### *Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

#### *Angenommen – Adopté*

#### *Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

Für Annahme des Beschlusssentwurfes	38 Stimmen
	(Einstimmigkeit)

#### *An den Nationalrat – Au Conseil national*

88.014

#### **Krankenkassen-Initiative**

#### **Initiative des caisses-maladie**

Botschaft und Beschlusssentwurf vom 24. Februar 1988 (BBI II, 247)  
Message et projet d'arrêté du 24 février 1988 (FF II, 256)

Bericht der Kommission des Ständerates über einen Gegenentwurf auf Gesetzesstufe (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung) vom 17. Oktober 1988 (BBI III, 1323)

Rapport de la commission du Conseil des Etats sur un contre-projet au niveau législatif (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie) du 17 octobre 1988 (FF III, 1262)

#### *Anträge siehe Detailberatung*

*Propositions voir discussion par articles*

**Huber**, Berichterstatter: Als Präsident der vorbereitenden Kommission des Ständerates zum Geschäft 88.014 (Botschaft über die Volksinitiative «für eine finanziell tragbare Krankenversicherung», Krankenkassen-Initiative) obliegt mir, Ihnen über die Beratungen der Kommission zu berichten und Ihnen unsere Anträge zu erläutern.

Entsprechend dem Wunsch des Herrn Präsidenten werde ich in meinem Referat gleichzeitig über die Haltung zur

Initiative wie auch zur Problematik und zum Inhalt eines allfälligen indirekten Gegenvorschlages auf der Stufe einer Revision des Krankenversicherungsgesetzes berichten. Ich darf feststellen, dass Ihnen die notwendigen Entscheidungsgrundlagen vorliegen.

Ihre Kommission tagte zeitweise im Beisein von Herrn Bundesrat Cotti in fünf zum Teil ganztägigen Sitzungen. Es ist mir ein Bedürfnis, den Damen und Herren des BSV, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, für die Mitarbeit herzlich zu danken. Ohne diese Mitarbeit, die auch durch die Sommerferien nicht unterbrochen wurde, wäre die Ausarbeitung eines Gegenvorschlages nicht möglich gewesen. Bemerkungen zur Krankenkassen-Initiative: Die Krankenkassen-Initiative will das Verfassungsrecht über die Krankenversicherung in drei Komponenten neu gestalten:

1. Es geht um die Beibehaltung des bisherigen einschlägigen Verfassungsrechtes, nämlich den Artikel 34bis mit seinen Absätzen 1 und 2. Er beinhaltet eine umfassende Bundeskompetenz zur Regelung der Kranken- und Unfallversicherung unter Berücksichtigung der Krankenkassen, ferner die Bundeskompetenz über die Statuierung von Teil- oder Ganzobligatorien.

2. Daran anschliessend sollen neu die Ziffern 3 bis 7 der Initiative angefügt werden.

3. Schliesslich soll der Bundesverfassung mit einer neuen Uebergangsbestimmung in Artikel 19 etwas hinzugefügt werden.

Der Botschaft des Bundesrates kann entnommen werden, dass alle Formalien erfüllt sind. Die Initiative ist rechtsgültig zustande gekommen. Die übrigen Formvorschriften wurden beachtet.

Es ist hervorzuheben, dass die Krankenkassen-Initiative, was man politisch im Laufe der Diskussion nie vergessen und nie übersehen darf, mit 390 273 gültigen Unterschriften ein mächtiges Unterstützungspotential hat.

Im übrigen spielt bei den Entscheiden, die wir heute und morgen zu fällen haben, der Faktor Zeit eine bedeutsame Rolle. Die Volksinitiative wurde am 30. April 1985 in der Form des ausgearbeiteten Entwurfs eingereicht. Laut Artikel 27 Absatz 1 des Geschäftsverkehrsgesetzes hat die Bundesversammlung in diesem Fall innert vier Jahren nach deren Einreichung darüber Beschluss zu fassen, ob sie der Initiative, so wie sie lautet, zustimmt oder nicht. Die Frist für Zustimmung oder Ablehnung der Initiative läuft somit am 30. April 1989 ab.

Sie wissen, dass die Bundesversammlung die Frist um ein Jahr verlängern kann, wenn mindestens ein Rat über einen direkten Gegenentwurf oder einen mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlass, also über einen indirekten Gegenentwurf, Beschluss gefasst hat. Damit lief die Frist bis 30. April 1990.

Da der Ständerat Erstrat ist und der Nationalrat dieses Geschäft anschliessend auch zu beraten hat, muss die Volksinitiative, mit oder ohne direkten Gegenvorschlag, spätestens in der Dezember-Session 1988 im Ständerat behandelt werden.

Sollte der Ständerat gleichzeitig einen Gegenvorschlag beschliessen, so könnte in der März-Session 1989 in beiden Räten die Fristverlängerung beschlossen werden, was für die Behandlung im Nationalrat und für eine allfällige Differenzbereinigung Zeit gäbe bis zum 30. April 1990. Auf die Vorlage ist – soweit es um die Behandlung der Krankenkassen-Initiative geht – zwingend einzutreten.

Was den Inhalt der Initiative angeht, darf ich vorweg auf die Botschaft des Bundesrates verweisen. Eine weitere Quelle der Erkenntnis waren für die Kommission die instruktiven Ausführungen einer Delegation des Konkordats der schweizerischen Krankenkassen. Den Initianten geht es um vier wesentliche Ziele:

1. Die Beibehaltung des bisherigen Verfassungsrechtes, wie ich es geschildert habe.

2. Die Initianten wollen neu die Absätze 3 bis 7 in der Verfassung verankert sehen. Auf Seite 7 der Botschaft finden Sie eine gute Zusammenfassung der Absichten der Initianten. Es handelt sich um die Umschreibung von politischen Zielen

im Bereiche der Krankenversicherung. Ich verzichte darauf, das hier zu wiederholen.

3. Die Initianten wollen in der Folge eine Bundesgesetzgebung, die mit dem neuen Verfassungsartikel übereinstimmt, und

4. wollen sie eine neue Uebergangsbestimmung, eben den Artikel 19 BV des Inhalts, dass ab dem 1. Januar nach der Annahme des neuen Verfassungsartikels die alte Subventionsordnung aus dem Jahre 1974 wieder aufheben soll, und zwar so lange, bis die Ausführungsgesetzgebung zu den neuen Verfassungsbestimmungen in Kraft getreten ist.

Die seit 1978 bestehenden Massnahmen zur Sanierung des Bundeshaushaltes, nämlich auch die Plafonierung der Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen, würden aufgehoben.

Der Bundesrat beziffert den Vorgang in der Botschaft Seite 6 so: «Die an die Krankenkassen auszuzahlenden Bundesbeiträge würden dann schlagartig auf mehr als das Zweieinhalbfache des plafonierten Beitrags emporschnellen, nämlich von 958 Millionen auf knapp 2,5 Milliarden Franken.»

Gleichzeitig aber würde durch die Aufhebung des Plafonierungsrechtes und die Rückkehr zu den Artikeln 35 bis 39 des Bundesgesetzes vom 13. Juli 1911 über die Krankenversicherung die automatische Anpassung des gesamten Subventionssystems an den Anstieg der Kosten in der Krankenpflegeversicherung Platz greifen. Im Anhang Ihrer Botschaft finden Sie den Mechanismus in Zahlen deutlich festgehalten.

Es ist wohl richtig, dass man den Gesetzgeber mit diesem System unter Zeitdruck setzen will. Andererseits wären die Kassen entsprechend der Uebergangsbestimmung im Falle einer Annahme der Initiative gut finanziert, und wenn die Ausführungsgesetzgebung nicht ihren Absichten entspräche, könnte man ruhig dagegen antreten.

Die Vertreter der Initianten haben allerdings in der Kommission derartige Szenarien deutlich von sich gewiesen und ausgeführt, dass die Krankenkassen nicht dauernd wesentlich höhere Bundesbeiträge beanspruchen wollten. Es gehe also nicht darum, dauernd mehr Bundesgelder zu erhalten, sondern nur darum, dass der Gesetzgeber insbesondere mit der Kosteneindämmung in der Krankenversicherung vorwärts macht.

So der Originalton der Initianten.

Wie schwer aber ohne Reduktion der Qualität und der sozialen Verfügbarkeit der Leistung das Ziel der Kosteneindämmung zu erreichen ist, das wissen wir alle. Es gehört doch zur feinen Ironie der Geschichte, dass die Kassen darlegen liessen, die 1985 eingereichte Initiative hätte eigentlich den Zweck gehabt, für das Sofortprogramm Dampf zu machen.

Nun ist seitens der Initianten ausgeführt worden, wenn man die bundesrätliche Botschaft lese, so habe man fast den Eindruck, es wäre in der sozialen Krankenversicherung alles zum Besten bestellt. Dem ist entgegenzuhalten, dass der Bundesrat die Reformbedürftigkeit der sozialen Krankenversicherung nicht bestreitet, das schwere Problem des massiven Kostenauftriebes sehr genau kennt, insbesondere auch die Auswirkungen auf sozial Schwächere.

Unter dem Titel «Weiteres Vorgehen» legt der Bundesrat in der Botschaft dar, wie er in der Sache vorgehen will. Gegenüber der Initiative beantragt er Verwerfung ohne Gegenvorschlag. Was die Begründung für den Antrag auf Verwerfung der Initiative angeht, so enthält die Botschaft zwei Schlüsseltex-te. Der eine findet sich auf Seite 15 und lautet lapidar: «Der geltende Verfassungsartikel erlaubt insbesondere auch die Verwirklichung aller Anliegen der Initiative.»

Den anderen zentralen Text finde ich auf Seite 21 unter dem Titel «Schlussfolgerungen». Das Zitat lautet: «Die Initiative bringt ausser der Forderung nach einer massiven Erhöhung der Bundesbeiträge keine neuen konkreten Ansätze zur Lösung der in der Krankenversicherung anstehenden Probleme. Wir lehnen» – so der Bundesrat – «die angebehrte Erhöhung ab, denn sie ist überzogen, für den Bundeshaushalt nicht tragbar und setzt mit Blick auf die Kosteneindäm-

mung den falschen Akzent. Die Probleme der Krankenversicherung können und müssen auf dem Weg der Gesetzgebung gelöst werden.»

Was die Frage des Gegenvorschlages angeht, stellt der Bundesrat fest, dass es keinen Sinn hätte, umgehend eine neue Vorlage zu unterbreiten, die sich in der Substanz am KVMG-Sofortprogramm orientieren würde. Besonders gestattet dies aber das unmissverständliche Nein des Volkes nicht.

Ihre Kommission beantragt mit 8 zu 0 Stimmen bei 3 Enthaltungen die Verwerfung der Krankenkasseninitiative. Die Kommission teilt die Auffassung des Bundesrates, dass das geltende Verfassungsrecht des Bundes in Artikel 34bis BV sehr offen formuliert ist und als Rechtsgrundlage für die soziale Krankenversicherung durchaus genügt. Die Grundsätze der Initiative sind unter diesem Titel zum Teil bereits erfüllt, zum Teil erfüllbar.

Zu diesen strafrechtlichen Argumenten tritt das finanzpolitische Argument. Die finanziellen Folgen, die bei einer Annahme der Initiative sehr kurzfristig eintreten würden, sind nicht verkraftbar. Die Kommission schliesst sich bezüglich der finanziellen Konsequenzen der Beurteilung des Bundesrates an. Es geht nicht nur darum, in einer Uebergangsbestimmung zu einer Volksinitiative vom Bund Milliarden zu fordern, ohne auch nur andeutungsweise klar zu machen, wie das finanziert werden soll. Etwa durch Ausgabenkürzung bei anderen Ausgaben, durch Steuererhöhungen oder durch zusätzliche Verschuldung des Bundes?

Zum staatsrechtlichen und finanzpolitischen tritt das gesundheitspolitische Argument. Es geht nicht an, in ein soziales Krankenversicherungssystem, wenn Kosteneindämmung verschrieben werden muss, zusätzliche Milliarden hineinzupumpen und so die Leistungserbringer an einen noch grösseren Markt zu verweisen. Die Angewöhnung an das süsse Gift der Subvention auf einer derartigen Höhe und ohne Ueberprüfung des geltenden Finanzierungssystems ist falsch.

Dabei verkennt die Kommission die schwierige Lage der sozialen Krankenversicherung nicht, die durch verschiedenste Probleme gekennzeichnet ist: das zunehmende Angebot medizinischer Leistung durch neue Praxen und durch den Ausbau von Spitälern, die laufende Technisierung und Erweiterung des medizinisch Machbaren, die Probleme der Demographie mit der zunehmenden Zahl von alten Menschen, die von den Kassen hohe Leistungen fordern. Wir müssen auch bedenken, dass Prämien erhöhungen bei kinderreichen Familien und sozial Schwachen nicht mehr verkraftet werden können und sich eine gewisse Desolidarisierung bei den Kassen bemerkbar macht.

In Abwägung aller Argumente, wie ich sie hier nur ansatzweise aufzeigte, ist die Kommission bezüglich der Initiative zur Hauptsache dem Bundesrat gefolgt und hat den erwähnten Antrag an das Plenum des Ständerates beschlossen.

Wie ich Ihnen eingangs gesagt habe, begründe ich Ihnen nachfolgend, wieso eine Mehrheit der Kommission – zusammen mit der Verwaltung – einen Gegenvorschlag auf der Stufe des Gesetzes ausarbeitete.

Ein erster Grund besteht in folgender Ueberlegung: Die Opposition anlässlich der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1987 galt zu einem überwiegenden Mass der obligatorischen Taggeldversicherung bei Mutterschaft. Herr Nationalrat Früh, Präsident des gegnerischen Aktionskomitees, führte am 29. Juni 1987 aus: «Unbestritten sind hingegen die Parlamentsbeschlüsse zur eigentlichen Krankenversicherungsrevision, die vom Bund finanzierte Pflegeleistungen zugunsten von Mutter und Kind bei der Geburt einschliesst. Das Referendum will den Weg freimachen, damit zu diesen ursprünglichen und von uns befürworteten Zielen der Krankenversicherungsrevision zurückgefunden werden kann.»

2. Nach der Abstimmung vom 6. Dezember 1987 deponierte Nationalrat Basler am 7. Dezember 1987 eine vornehmlich von Mitgliedern der FDP und der SVP unterzeichnete Motion, die den Bundesrat aufforderte, das Krankenversicherungsgesetz – den Mutterschaftsteil ausgenommen –

ohne erneute parlamentarische Beratung der Details vorzulegen. In der Begründung ist wörtlich zu lesen: «Ein erneutes Referendum ist nicht anzunehmen.» Damit ist offenbar auch ausgesagt, dass die rund 200 Millionen Mehrkosten des Sofortprogramms akzeptiert würden.

3. Die Mehrheit ist für einen Gegenvorschlag auf der Stufe des Gesetzes, weil Rechtsänderungen im Recht der Krankenversicherung unverzichtbar notwendig sind. Seit 1964 wird motioniert und postuliert. Alle Versuche zu einer Reform sind an den zementierten Interessenlagen im Gesundheitswesen – nicht zugunsten der Patienten – gescheitert. Die Ausgaben von Bund, Kanton und Gemeinden sind seit 1965 bis 1985 von 1,2 Milliarden auf 8,1 Milliarden gestiegen. Das besagt viel, nicht alles.

4. Weiter ist der Gegenvorschlag nach unserer Ueberzeugung geeignet, die Initianten zu bewegen, ihre Initiative zurückzuziehen, da sie vielleicht – auch jene der weiteren anstehenden Initiative mit dem Modell der Lohnprozentfinanzierung – jetzt eine Gelegenheit hätten, ihre Initiative unauffällig zurückzuziehen. Wird sie nicht zurückgezogen, aber das Gesetz teilrevidiert, wie wir das vorschlagen, so sind wir mit dem dazumaligen Rechtszustand in einer nicht leichten Volksabstimmung in einer guten argumentativen Lage.

Ein Gegenvorschlag ist kein Gegensatz zum Vorhaben des Bundesrates auf Totalrevision des KVMG, im Gegenteil. Wir sind der Meinung, dass die Totalrevision ohne jeden Zeitdruck ruhig mit der Möglichkeit der Prüfung von Varianten mit einer breiten und schwierigen Konsensfindung über längere Zeit vor sich gehen kann. Schliesslich geben wir uns Rechenschaft, dass wir politisch in einer Zeit leben, die den grossen Konzeptionen und Wörtern abgeneigt ist. Gegenüber 400 000 Unterschriften darf man aber als Alternative nicht nichts machen. Die Philosophie der kleinen Schritte, des pragmatischen Anpassens ist richtig. Aus diesen Gründen haben wir uns auf den gewiss nicht leichten und arbeitsintensiven Weg der Vorlage eines Gegenentwurfes auf der Stufe des Gesetzes gemacht.

Die Minderheit argumentiert auf zwei Ebenen. Ich hoffe, dass auch das deutlich wird. Einerseits gibt es eine fühlbare Tendenz, die den zusätzlichen Finanzbedarf der Kassen mit der Mehrheit bejaht und den Kassen zusätzliche Mittel zukommen lassen will. Aber nur das und nicht mehr. Eine andere Tendenz übernimmt die Linie des Bundesrates, wie er sie in der Botschaft klar darlegt. Die zielüberschiessende Initiative findet und verdient keine Mehrheit. Ein Gegenvorschlag erfolgt zu nahe am 6. Dezember 1987. Die politische «Schamfrist» – das ist keine Formulierung des Bundesrats – wurde nicht innegehalten. Dazu tritt, dass die Minderheit meint, dass eine seriöse Arbeit mehr Zeit braucht. Auch ist das Argument zu hören, mit der Abstimmung vom 6. Dezember 1987 habe der Souverän zu erkennen gegeben, dass das System so schlecht nicht sei und dass man ruhig zur Tagesordnung übergehen könne.

Der Gegenvorschlag auf Stufe des Gesetzes ist über weite Strecken identisch mit Anliegen des Sofortprogramms und Ihnen daher bekannt. Es sind überreife Früchte vom Baum der Erkenntnis, die an sich nicht bestritten sind. Wir haben sie unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit und der Konsensfähigkeit heute ausgelesen. Damit gibt es neue Vorschläge, die den Entwicklungen Rechnung tragen, vor allem im Bereich der Demographie.

Wir dürfen nicht vergessen, dass die Kosten der Krankenversicherung auch deswegen jährlich beträchtlich steigen, weil zunehmend ältere und betagte Menschen ihre Leistungen beanspruchen. Dieses Wachstum einfach den Krankenkassen und den anderen Prämienzahlern zu belasten, ist nach meinem Empfinden sozial ungerecht. Es führt auch zu Desolidarisierungen innerhalb und unterhalb der Kassen. Hier, so unsere Meinung, haben wir Akzente gesetzt, die für die Zukunft richtig, aber auch offen sind.

Unter dem Stichwort «Leistung» bringt der Gegenvorschlag die Ausdehnung der Pflichtleistung im ambulanten Bereich, bei Spitex und Prävention, die Aufhebung der Aussteuerung, ein neues System für die Vergütung im stationären

Bereich, neu gegenüber dem alten Gesetz, nicht gegenüber dem Sofortprogramm. Was die Finanzierung anbelangt, versuchen wir das Prämiengefälle zwischen den Kollektivversicherungen und den Einzelversicherungen zu mildern. Die Kostenbeteiligung des Patienten beinhaltet Jahresfranchise und prozentualen Selbstbehalt von 15 Prozent mit einem jährlichen Höchstbetrag. Die Kostenbeteiligung wird auch in stationären Verhältnissen erhoben, kann aber mit einer Zusatzversicherung aufgefangen werden.

Vergessen wir nicht, dass die Krankenversicherung das Sozialwerk mit der höchsten Eigenleistung der Beteiligten ist! 1986 betrug der Anteil der Versicherten an den Einnahmen der Krankenkassen über Prämienkostenbeteiligung und Krankenscheingebühren 83,3 Prozent von 9,349 Milliarden Franken, 1970 waren es noch 72,7 Prozent von lediglich 2,035 Milliarden Franken.

Was die Subventionierung angeht, so legen wir drei Stossrichtungen für eine Neuverteilung der Bundesbeiträge fest: stärkere Berücksichtigung der Personen im AHV-Alter, Erhebung eines Solidaritätsbeitrages von Kassen mit günstigen Risiken zugunsten von Kassen mit schlechten Risiken, Subventionen an Pflegeleistungen bei Mutterschaft von 40 Prozent, volle Vergütung der Pflegeleistungen an nicht versicherte Mütter.

Schliesslich möchten wir bei den Kindersubventionen Bundesbeiträge für die Ermässigung nur dann beliebt machen, wenn die Krankenkassen keine Beiträge ab dem dritten Kind erhebe. Die übrigen Bestimmungen unterliegen dem entsprechenden Sofortprogramm, eingeschlossen – das dürfen wir nicht vergessen – die 50prozentige Beteiligung der Kantone an den Bundesbeiträgen gemäss der Vorlage über die Aufgabenteilung.

Auch in unserer Kommission haben die Bemühungen um die Kosteneindämmung, die allerdings nicht mit Kostenverlagerung verwechselt werden darf, viel Sympathie gewonnen. Sparen im Gesundheitswesen heisst ja nicht, die Qualität der Versorgung reduzieren, sondern die Mittel effizient einsetzen. Wir lassen die Möglichkeit offen, neue Formen der Krankenversicherung einzuführen, seien es V-Pauschalen oder HMU.

Wir möchten eine intensivere, systematische Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den Leistungserbringern durchsetzen. Die Kostentransparenz und -kontrolle bei den Spitälern wird vorgeschrieben. Der Heilanstaltsbegriff soll im Gesetz neu gefasst werden, und der Planungsartikel der Kantone soll Einzug halten.

Mein letztes Kapitel steht, getreu der Devise der kleinen Schritte, unter der Ueberschrift «Verschiedene Massnahmen»:

Ich hebe einen bedeutenden Massnahmenblock heraus: die erhöhte Transparenz zwischen der Grundversicherung und der Zusatzversicherung sowie deren unabhängige Finanzierung.

Für einige unter uns befindet sich das *pièce de résistance* in der Tabelle, in der wir ausweisen, dass wir gegenüber dem Sofortprogramm im ersten Jahr einen Mehrbedarf von rund 100 Millionen in Rechnung gestellt haben, die den AHV- und IV-Rentnern zugute kommen.

Wenn Sie sich an den zusätzlichen 100 Millionen stossen, so denken Sie daran, dass das Gesundheitswesen in den Jahren 1986, 1987 und 1988 – nach meinen Schätzungen – etwa um 2,5 Milliarden Franken teurer geworden ist. Wenn man die heute übliche Globalargumentation hört, so stehen wir 1988 bereits bei über 20 Milliarden Franken, 1984 waren es noch 16,5 Milliarden.

Zum Schluss: Das Gesundheitswesen und die soziale Krankenversicherung sind heute zentrale politische Fragen. Das Gut Gesundheit hat in unserer Gesellschaft einen überragenden Stellenwert. Für die finanzielle Abgeltung der daraus entstehenden Kosten verlagern die Kassen mit der Initiative überhöhte Beiträge. Dazu sagt Ihre Kommission deutlich nein. Sie lässt es aber in ihrer Mehrheit nicht dabei bewenden. Sie nutzt die Chance der grossen Vorarbeit der Räte beim Sofortprogramm und will die deutlich erkannten Nöte und Mängel beheben. Die dafür zusätzlich aufgewen-

deten Mittel – vielleicht erinnert Sie das an das Votum von Herrn Bundesrat Delamuraz zum Zuckerbeschluss – stehen in keinem Verhältnis zu dem, was andere Gebiete der Bundespolitik für sich abrufen und was die Initiative will.

Ich empfehle Ihnen daher, namens der einstimmigen Kommission bei drei Enthaltungen, die Initiative dem Souverän zur Ablehnung zu empfehlen und mit einer deutlichen Mehrheit der Kommission auf den Gegenvorschlag auf der Stufe des Gesetzes einzutreten.

**Hänsenberger**, Sprecher der Minderheit: Zum Beschluss A: Die Initiative des Konkordates der Krankenkassen ist für mich unannehmbar. Sie bringt unnötigerweise einen neuen Verfassungsartikel. Der Bund ist bereits zuständig auf diesem Gebiet. Sie setzt, und dies ist sicher nicht unbegreiflich, in den Uebergangsbestimmungen eine sehr kurze Frist, die den Gesetzgeber zu raschem Handeln zwingen soll. Eigentlich – Herr Huber hat das bereits gesagt; er hat auch alle Schwächen der Initiative aufgezählt – will die Initiative nur eines: Sie will mehr öffentliche Mittel, ohne die strukturellen Probleme der Krankenversicherungen lösen zu helfen. Ein direkter Gegenvorschlag auf Verfassungsstufe kommt sicher nicht in Frage und ist unnötig. Die Bundeskompetenz ist genügend umschrieben.

Warum nun aber ein indirekter Gegenvorschlag? Ich erläutere Ihnen den Nichteintretensantrag der Kommissionsminderheit auf diesen indirekten Gegenvorschlag. Ich gehe von den folgenden drei Sätzen aus:

1. Der einzige Grund, eine hastige Teilrevision des KVMVG vorzunehmen, ist die Angst, die Initiative des Konkordates könnte vom Volk angenommen werden.
2. Eine Sicherheit, dass diese Initiative nicht in Kraft tritt, bietet offenbar nur deren Rückzug.
3. Eine Frage: Wäre ein Rückzug der Initiative möglich, wenn mit einer Teilrevision des Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes das Konkordat der Krankenkassen zufriedengestellt werden kann?

Diese drei Thesen liegen dem Vorschlag zugrunde, nicht nur zur Initiative Stellung zu nehmen, sondern unter Zeitdruck eine sehr rasche Teilrevision des Gesetzes in Angriff zu nehmen.

Die Kommissionsminderheit möchte lieber mit leeren Händen der Initiative gegenüberstehen als nochmals eine Ablehnung der Teilrevision des Gesetzes zu riskieren. Wir sind der Meinung, dass ein Rückzug der Initiative auf diesem Wege schwerlich erreichbar ist.

Der Bundesrat hat nach Verwerfung der Vorlage im Dezember 1987 keinen sofortigen Neubeginn der Beratungen vorgesehen, sondern vier Expertenvorschläge ausarbeiten lassen. Die liegen nun beim Bundesamt für Sozialversicherung, das sie zuhanden des Bundesrates auswerten soll. Erst nachher will der Bundesrat über eine Vorlage beraten.

Wir haben somit keine Botschaft des Bundesrates zu dieser hastigen Teilrevision, keine Vernehmlassung irgendwelcher interessierter Kreise. Die Idee dieses indirekten Gegenvorschlages ist in der Kommission des Ständerates entstanden, vom Bundesamt für Sozialversicherung unterstützt, vom zuständigen Departementschef geduldet.

Der Ständerat ist also im Begriff, eine Vorlage zu beraten, zu der vom Bundesrat keine Stellungnahme vorliegt, ja nicht einmal die Meinung des Departementvorstehers, um dann mit dieser Vorlage von uns an den Nationalrat zu gelangen. Können Sie annehmen, dass eine solche hastige Teilrevision so befriedigend ausfällt, dass dann alle Kreise, die am Gesundheitswesen interessiert sind, sie akzeptieren, danke schön sagen und die bisherigen Streitpunkte vergessen – eigentlich nur aus Angst, weil diese Konkordatsinitiative auf uns lastet? Glauben Sie daran, dass diese Gefahr von allen Beteiligten als so gross empfunden wird und alle Differenzen sachlicher Art quasi vergessen werden? Die Briefe, die Sie sicher alle von verschiedenen Organisationen erhalten haben, zeigen, dass das nicht der Fall ist. Die sachlichen Differenzen bleiben bestehen.

Zur zweiten Ueberlegung: Sicher wäre die grösste Sicherheit, damit die Initiative nicht angenommen würde, deren

Rückzug. Aber wann sollten die Initianten zurückziehen? Ich habe mir zwei Fälle überlegt:

1. Falls die Teilrevision in Kraft träte: Wir dürften uns alle darüber einig sein, dass ein Rückzug erst möglich ist, wenn entweder die Referendumsfrist abgelaufen oder der Volksentscheid gefallen ist. Keine noch so grosse Mehrheit in unseren Räten böte den Initianten genug Sicherheit, dass die Gesetzesänderung wirklich rechtskräftig wird. Das Beispiel der letzten KVMG-Revision liegt noch nahe genug, um sich daran zu erinnern: sie wurde beschlossen im einstimmigen Ständerat, mit einer überwältigenden Mehrheit im Nationalrat; Krankenkassen, Aerzte, Apotheker, Spitäler haben mit grossen Mehrheiten zugestimmt, aber Volk und Stände halt doch massiv abgelehnt.

Auch wenn die neue Vorlage bei Mutterschaft kein Taggeld mehr enthielte, Gründe für demagogische Plakate und Slogans wären sicher auch jetzt zu finden. Es wird sich bei diesem Gegevoranschlag herausstellen, dass es keine unbestrittenen Punkte gibt auf dem Gebiet der Krankenversicherung. Wenn die Krankenkassen das Referendum jetzt nicht ergreifen würden – sie haben es letztes Mal nur deshalb nicht unterstützt, weil die Vorlage mit dem Mutterschafttaggeld gekoppelt war –, so könnten es nun die Aerzte sein. Der damalige Zentralvorstand der Schweizer Aerzte hat personelle Änderungen erfahren. Ob in der jetzigen Zusammensetzung Bestimmungen über Vertrauensärzte, Bundeskompetenzen bei Tarifen, Planungsvorschriften noch akzeptiert würden, ist fraglich. Auch andere Gegner jeglicher Aenderung, die sich im Dezember 1987 hinter der Gewerbeverband-Opposition verstecken konnten, würden nun hervortreten.

Wenn aber nun das Gesetz ohne Volksabstimmung angenommen und in Kraft ist, wieso sollte dann die Initiative zurückgezogen werden? Zu riskieren wäre nichts mehr. Die beschlossenen zusätzlichen öffentlichen Mittel an die Krankenkassen wären gesichert. Wieso sollte jetzt nicht die Möglichkeit ergriffen werden, für die 400 000 Unterzeichner für mehrere Jahre noch bedeutend mehr Mittel zu erreichen? Es mag sein – wie der Kommissionspräsident sich ausdrückt hat –, dass unsere argumentative Lage besser wäre. Aber nützen würde es wahrscheinlich nichts. Ueber die Initiative hätten wir trotzdem abzustimmen.

2. Falls die Teilrevision nicht in Kraft träte, wenn die Vorlage vom Volk abgelehnt würde, wieso sollte dann die Initiative zurückgezogen werden? Das ist noch weniger denkbar. Wir stünden mit genau gleichen leeren Händen der Initiative gegenüber, nur in einer schlechteren Position. Die Initianten könnten erklären, dass nur ihr Vorschlag zu einer Aenderung führt. Die Auslegung des Entscheides wäre noch schwieriger, weil man dann wirklich nicht wüsste: Will das Volk eigentlich wirklich nur mehr öffentliche Mittel und sonst keine Aenderungen?

Sie sehen, meine Begründungen zur Ablehnung dieser raschen Teilrevision liegen darin, dass ich keinen Zusammenhang zwischen Initiative und Gesetz schaffen will. Wir haben es auch bei der Beratung der letzten Vorlage ausdrücklich abgelehnt, auf die beiden hängigen Initiativen Rücksicht zu nehmen. Die Gegner der KVMG-Lösung waren sich – wie wir Anhänger – bewusst, dass wir dann mit leeren Händen gegenüber den Initiativen dastünden. Das haben wir in Kauf genommen. Ich bin dagegen, die nötigen – auch von mir aus gesehen wirklich nötigen – grundlegenden Ueberprüfungen der Krankenversicherung unter zeitlichem Druck vorzunehmen und uns Termine durch irgendwelche Initiativen vorschreiben zu lassen.

Die Räte sind es auch ihrem Ansehen schuldig, nicht wie hechelnde Hunde mit hängender Zunge einem Volksbegehren nachzurennen, um sogenanntes Unglück zu verhindern. Die Stadt-Land-Initiative hat gezeigt und hat mich in der Idee bestätigt: Unmöglichkeiten haben bei Abstimmungen vor Volk und Ständen schwerlich Bestand. Vertrauen wir auch hier dem Volk. Es kommen noch so viele Initiativen auf uns zu, zu denen wir nicht mehr als ein Nein sagen und dann vertrauensvoll zur Volksabstimmung gelangen sollten. Es stört mich – Herr Huber hat das auch gesagt –, so kurze Zeit

nach einem verwerfenden Volksentscheid mit denselben Begehren – wenn auch in verringerter Anzahl –, aber ohne Einbettung in neue, grundsätzliche Ueberlegungen gesetzgeberisch tätig zu werden.

Ich habe noch eine persönliche Bemerkung anzubringen: Meine Stellung zum materiellen Inhalt des Entwurfes ist klar. Fast alle Artikel des Ihnen vorgelegten Textes – als Gegenentwurf bezeichnet – stimmen mit den seinerzeitigen, im KVMG enthaltenen Vorschriften überein. Ich war damals materiell mit ihnen einverstanden, ich bin es auch heute. Es würde mir schlecht anstehen, diese Bestimmungen nicht als richtig und wünschbar zu bezeichnen. Ich stehe also da als einer, der zwar formell gegen einen solchen rasch zusammengebastelten Revisionstext ist, aber materiell weitaus den meisten Bestimmungen ohne weiteres zustimmen könnte, wenn sie eingebettet wären in eine Revision, die – ohne Zeitdruck – unter Einbezug der Prüfung anderer Finanzierungsmöglichkeiten vorgenommen wird.

Unsere Sozialgesetzgebung ist nicht abgeschlossen, sie wird es nie sein, so wenig wie alle anderen gesetzgeberischen Bemühungen unseres Landes in einer sich rasch ändernden Umwelt. Ich glaube nicht, dass wir einfach – um den schönen Ausdruck von Herrn Huber zu benützen – überreife Früchte vom Baume der Erkenntnis pflücken können.

Wir brauchen weitere Beratungen ohne Zeitdruck, unter Einbezug weiterer Meinungen des Bundesrates und der Experten. Ich beantrage Ihnen deshalb für die Minderheit der Kommission, auf diese hastige Teilrevision nicht einzutreten. Wenn sie die Beratung in beiden Räten und ein Referendum überstehen sollte und in Kraft träte, wäre gegenüber der Initiative, über die wir trotzdem abstimmen müssen, doch nichts gewonnen. Sollte die Vorlage vor dem Volk scheitern, ist die dringend nötige grundsätzliche Revision des KVMG nochmals hinausgeschoben und steht unter schlechten Vorzeichen. Die Leidensfrist wird verlängert, die Revision verzögert.

**Seiler:** Die Erkenntnis, dass unser Gesundheitswesen aus allen Nähten platzt und jede Kontrolle über seine Entwicklung verlorengegangen ist, scheint weit verbreitet zu sein. Die Reaktionen auf politischer Ebene sind denn auch nicht ausgeblieben, wie verschiedene Vorstösse, auch diese Initiative, belegen.

Die vorliegende Krankenkassen-Initiative verfolgt zwei Ziele: erstens sollen die Subventionen an die Krankenkassen in der Verfassung garantiert werden; zweitens wird mit der Elimination der Privatversicherer nichts geringeres angestrebt, als sich selbst zum Krankenversicherungsmonopol zu verhelfen. Massnahmen zur Kostendämpfung sucht man im Initiativtext vergebens. Hinzu kommt eine Uebergangsbestimmung mit folgenschweren Auswirkungen für die Bundesfinanzen.

Ich lehne deshalb diesen Initiativtext mit Ueberzeugung ab. Mit ebensolcher Ueberzeugung stehe ich auch hinter dem von der Kommission ausgearbeiteten Gegenentwurf auf Gesetzesstufe.

Den Hauptproblemen – wie jährlich massiv steigende Prämienerhöhungen, Zerfall der Solidarität unter den Mitgliedern und Unmöglichkeit, mit dem geltenden Gesetz die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu bremsen – muss meiner Ansicht nach rasch etwas gegenübergestellt werden. Auf ein revidiertes neues Gesundheitsgesetz können wir nicht warten. Deshalb ist die Teilrevision ein taugliches Mittel, gewisse Problemkreise im Gesundheitswesen innert nützlicher Frist in den Griff zu bekommen. Auch wenn der vorliegende Gesetzestext noch nicht in allerletzter Perfektion formuliert ist, bitte ich Sie, diesem Gegenentwurf zuzustimmen.

**M. Delalay:** Je souhaite m'exprimer au sujet de l'initiative des caisses-maladie pour brièvement m'associer à ceux qui la rejettent, ayant pris position dans ce sens lors des travaux de la commission.

Cette initiative ne résout en rien les problèmes actuels posés dans le secteur de l'assurance-maladie. Tout ce qu'elle propose pourrait aujourd'hui déjà être exécuté sans cette nouvelle base constitutionnelle. En revanche, elle entraîne des conséquences financières importantes par ses dispositions transitoires. Elle augmente, en effet, massivement les subventions de la Confédération qui passeraient en 1992 à 2,5 milliards et à plus de 3 milliards en 1994. Cette initiative vise donc uniquement à faire pression pour qu'une solution soit rapidement trouvée au problème actuel en matière d'assurance-maladie. Elle ne propose, par contre, aucun moyen réel destiné à maîtriser les coûts de la santé mais veut par la pression financière qu'elle exerce forcer les Chambres et le peuple à légiférer.

C'est donc essentiellement parce que les idées proposées par le concordat des caisses-maladie peuvent être mises à exécution, avec les dispositions constitutionnelles actuelles, que nous pouvons considérer l'initiative comme inutile et que nous pouvons nous y opposer. Mais ce rejet de l'initiative n'apporte pas de solution au problème qui se pose réellement à l'assurance-maladie et auquel on tente de porter remède depuis près de vingt ans.

C'est pour cette raison que si, à long terme, une révision complète de la LAMA est nécessaire, un projet moins ambitieux se justifie dans le court terme. Ceci est d'autant plus souhaitable que l'initiative des caisses-maladie est dangereuse par son caractère excessif et généreusement démagogique et que nous serions bien mal placés si elle devait être acceptée par le peuple.

Plusieurs objections peuvent être formulées à l'égard du contre-projet indirect de la commission. Il faut en être conscient. Les principales d'entre elles portent sur son caractère hâtif, sur le fait qu'il se base sur une loi refusée par le peuple, il y a tout juste une année, et sur l'impossibilité de procéder à une consultation des milieux intéressés. Ces critiques sont à prendre au sérieux car elles sont réelles et justifiées mais il faut les mettre dans la balance avec le fait que ce contre-projet a l'avantage de contrer efficacement une initiative dont nous ne voulons pas et de régler des problèmes qui attendent une solution depuis longtemps. Songeons, par exemple, à l'extension des prestations du domaine ambulatoire, à la suppression de la limite de durée des prestations, au nouveau système de remboursement du séjour hospitalier, à l'extension des versements en cas de maternité sans l'assurance contestée d'indemnité journalière, à la modification du système de participation aux frais, aux subventions pour tenir compte de la structure d'âge des assurés, à l'introduction de mesures cohérentes pour une meilleure maîtrise des coûts et à l'amélioration des règles d'admission.

Tous ces éléments trouvent une solution dans ce contre-projet. Cette alternative que nous proposons n'empêche nullement d'explorer des voies nouvelles, modernes et mieux adaptées dans le cadre d'une révision totale de la loi basée sur les avis des experts commis par le Conseil fédéral. Pour ces diverses raisons, je vous invite à suivre la commission et à rejeter l'initiative des caisses-maladie tout en acceptant le contre-projet indirect présenté.

**Miville:** Das Volk hat im Dezember das KMSG-Sofortprogramm abgelehnt. Damit wurde kein Problem gelöst. Die Gesundheitskosten steigen. Sie steigen weit über das, was die allgemeine Teuerung ausmacht. Die Ausgaben für Kranken- und Spitalpflege, ärztliche Behandlung und Medikamente haben in den letzten 10 Jahren doppelt so rasch zugenommen wie die Durchschnittslöhne und beinahe dreimal so schnell wie die Konsumentenpreise. Soeben mussten die Kassen wieder eine Erhöhung der Prämien um 10 Prozent in Aussicht stellen, während die Jahresteuern nur 1,8 Prozent beträgt. Dieses Problem muss uns beschäftigen. Es belastet mit dem Kopfprämienystem, das wir immer noch bei der Krankenversicherung haben, viele Familien in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen in ganz enormer Art und Weise.

Die Kostendämpfung erweist sich als ein schwieriges Problem. Die Materie ist durch eine Vielzahl von Interessen und Ursachen gekennzeichnet. Die einen sagen, die Patienten wollten zuviel, die anderen sagen, wir hätten zu viele Ärzte, die den Bedarf in einer ungeschickten Weise steuern – auch den Bedarf an zu teuren Medikamenten. Andere meinen, die Pharmaproduktion komme uns zu teuer zu stehen; wieder andere behaupten, die Spitäler arbeiteten zu teuer und weisen mit einem gewissen Recht, wenn ich an meine Region denke, auf eine übermässige apparative Ausstattung hin usw. Jeder sucht die Ursachen anderwärts. So sind die Verhältnisse auf einem Markt geordnet, auf dem in unserem Lande immerhin jährlich 20 Milliarden Franken umgesetzt werden.

Der Bundesrat hat vier Experten eingesetzt. Interessanterweise sind drei davon für ein Obligatorium, wie es die SP/SGB-Initiative vorsieht. Wir haben es aber zunächst mit der Initiative des Krankenkassenkonkordates mit fast 400 000 Unterschriften zu tun. Diese Initiative will vor allem die Plafonierung der Bundesbeiträge durchbrechen. Diese Plafonierung gilt seit 1977; sie stellt meiner Ansicht nach eine unglückselige Massnahme dar. Sie hat dafür gesorgt, dass die Krankenkassen vom Bund weniger als eine Milliarde Franken Subventionen pro Jahr erhalten.

Aber andererseits muss ich bei aller Sympathie für viele Anliegen dieser Krankenkassen-Konkordatsinitiative sagen: Wenn man diese Summe im Zeitraum bis 1990 auf 2,5 Milliarden erhöhen will – aus guten Gründen, um beispielsweise den durch die «Alterslawine» ausgelösten Kosten zu begegnen –, muss ich gleichwohl sagen, dass diese Belastung zu weit geht und der Bund dieses Geld nicht flüssig machen kann.

Nun hat die Initiative Chancen, angenommen zu werden. Wer fast 400 000 Unterschriften sammelt, ist auch in der Lage, einen Abstimmungskampf zu führen und verfügt offenbar über die nötigen Finanzen und die nötige administrative Infrastruktur. Zudem bringt die Initiative den Versicherten etwas, nämlich die Aussicht darauf, dass die Prämien eine Zeitlang nicht mehr erhöht werden. Partiiell hat sie Recht.

Dem Kommissionspräsidenten kommt ein grosses Verdienst um die rasche Ausarbeitung eines Gegenvorschlags zu. Der Bundesrat ist dazu immer ein wenig auf eine vorsichtige Distanz gegangen – von seinem Standpunkt aus verständlich. Immerhin will ich anerkennen, dass sein Bundesamt loyal bei der Ausarbeitung des Gegenvorschlags mitgearbeitet hat, was nicht ohne die Einwilligung von Bundesrat Cotti geschehen konnte.

Der Entwurf zu einem Gegenentwurf, mit dem wir uns nun zu befassen haben, enthält Elemente der verworfenen Sofortprogramm-Vorlage und Vorschläge betreffend Leistungsverbesserungen, Kostendämpfung und Subventionserhöhung – Subventionserhöhung im Ausmass von 300 Millionen Franken mehr als in der jetzigen Lösung und 100 Millionen Franken mehr als das Sofortprogramm.

Ob das den Krankenkassen genügen wird? Ich will jedenfalls noch 200 Millionen für die Betagten zulegen, weil bei den Betagten – darauf komme ich in der Detailberatung besonders zu sprechen – das grosse Problem für viele Kassen liegt; im Sachverhalt, den ich vorhin etwas burschikos mit «Alterslawine» bezeichnet habe.

Alter ist keine Krankheit. Das muss man sich einmal vor Augen führen, wenn man die Lage der Krankenkassen in Betracht zieht. Alter hat viele Krankheiten zur Folge. Aber Alter ist eine Erscheinung, welche unsere Krankenkassen – mehr als alles andere – in die prekäre Situation hineingetrieben hat, in der sie sich heute weitgehend befinden. Man hat ausgerechnet, dass wir Menschen – in den Industrieländern jedenfalls – in den letzten anderthalb bis zwei Jahren unseres Lebens durchschnittlich mindestens so viele Gesundheitsleistungen beanspruchen müssen, als vorher während der ganzen Lebensdauer.

Man beantragt uns Nichteintreten. Was dann? Dann geschieht nichts. Dann geht die Entsolidarisierung zwischen selektions- und kostenmässig günstig gelagerten Kollektiv-

krankenversicherungen – immer neue treten auf den Markt – einerseits und der sozialen Krankenversicherung andererseits weiter. Dann werden die Prämien in sieben Jahren doppelt so hoch sein wie heute.

Eine Totalrevision braucht nach allen Erfahrungen angesichts der kontroversen Situation, wie ich sie geschildert habe, wieder zehn Jahre, wenn nicht mehr, bis wir damit vors Volk treten können. Es muss jetzt etwas geschehen. Der Entwurf bringt ganz erhebliche Leistungsverbesserungen: Massnahmen zur Kostendämmung und Vorschläge in bezug auf die Finanzierung. Ich gehe nicht auf die Details ein. Sie sind in den bisherigen Voten erwähnt worden.

Der Gegenentwurf hält den Grundgedanken der sozialen Krankenversicherung aufrecht, auch wenn da und dort weitergehende Wünsche denkbar sind und sicher auch noch angemeldet werden. Der Bund wird gemäss Gegenvorschlag den Kassen ihre gesetzlichen Auflagen abgelten: die Aufnahme bereits Kranker, die Aufnahme aller bis zum AHV-Alter, die Vorbehalte nur auf fünf Jahre, die zeitlich unbeschränkte Leistungsdauer in Spitälern, kein Prämienzuschlag für schlechte Risiken, der Ausgleich der höheren Frauenkosten, wozu ich allerdings einen Antrag gestellt habe.

Ganz wichtig ist die Pool-Lösung in bezug auf den hohen Anteil an Betagten, den viele Kassen aufweisen – die Pool-Lösung aus Mitteln der Kasse (Artikel 35 Absatz 2) – und die Berücksichtigung des Betagtenanteils im Mitgliederbestand bei der Subventionierung (Artikel 35 Absatz 1).

Ein Problem bleiben die Kollektivkrankenversicherungen. Ich habe in der Kommission den weitgehenden Antrag gestellt, diese aus der Krankenpflegeversicherung überhaupt auszuschliessen, sie auf Taggeld und derlei zu beschränken. Das ist natürlich abgelehnt worden. Jetzt haben wir wenigstens in Artikel 6bis Absatz 3 ein Pflasterchen gegen die Entsolidarisierung.

Bei Artikel 38ter geht es mir darum, die Kantone mit hohem Betagtenbestand bei den Kantonsbeiträgen nicht schlechter zu stellen. Und mir geht es – wie gesagt – um vermehrte Mittel zur Hilfe an jene Kassen, die einen besonders hohen Bestand an Betagten aufweisen.

Ich bin für Eintreten. Es geht jetzt wirklich darum, einen Konsens zu finden. Es geht nicht um die Durchsetzung all dessen, was jeder Seite als wünschbar erscheint. Daran sind alle bisherigen Versuche einer Sanierung gescheitert. Ich denke dabei im Hintergrund auch an die Initiative der SP und des Gewerkschaftsbundes. Vorderhand aber bin ich aus voller Ueberzeugung dafür, dass wir auf diesen Gegenvorschlag eintreten.

*Hier wird die Beratung dieses Geschäftes unterbrochen  
Le débat sur cet objet est interrompu*

*Schluss der Sitzung um 19.30 Uhr  
La séance est levée à 19 h 30*

## Zehnte Sitzung – Dixième séance

**Mittwoch, 14. Dezember 1988, Vormittag  
Mercredi 14 décembre 1988, matin**

09.00 h

*Vorsitz – Présidence: M. Reymond*

88.014

### Krankenkassen-Initiative Initiative des caisses-maladie

*Fortsetzung – Suite*

Siehe Seite 892 hiervoor – Voir page 892 ci-devant

Frau **Simmen**: Beinahe 400 000 Unterschriften trägt die Initiative der Krankenkassen – eine stolze Zahl. Und doch habe ich das Gefühl, es sei leichter gefallen, diese vielen Unterschriften zu sammeln als eine viel kleinere Anzahl für eine andere Initiative. Die Organisation, die diese Unterschriften gesammelt hat, umfasst nämlich 98,5 Prozent der Bevölkerung. Es besteht kein Zweifel, dass die Krankenkassen auch bei einer Abstimmung über ihre Initiative grosse Teile der Bevölkerung mobilisieren können und es selbstverständlich in ihrem Sinne auch tun werden.

Aus finanziellen Gründen, wie sie der Herr Kommissionspräsident formuliert hat, aber auch weil diese Initiative nichts, wirklich gar nichts zur Lösung der Probleme beiträgt, bin ich für Ablehnung der Initiative. Vor einer Volksabstimmung ist es mir jedoch wohler, wenn ich nicht mit leeren Händen vor die Stimmbürger treten muss, sondern einen Gegenvorschlag vertreten kann. Sollten die Kassen gar ihre Initiative, in der Meinung, dass der Gegenvorschlag ihren berechtigten Anliegen entgegenkommt, zurückziehen, sind wir sicher alle hoch erfreut, nicht zuletzt auch über das eingesparte Geld, wenn keine Abstimmung stattfindet.

Allein schon aus diesen taktischen Gründen bin ich für Eintreten auf einen Gegenvorschlag. Es gibt aber auch materielle Gründe für ein Eintreten. Stellvertretend für viele andere möchte ich hier nur auf einen eingehen:

Die Initiative ist nicht ohne Grund entstanden. Die Bundesbeiträge an die Krankenkassen wurden 1976 eingefroren. Die gesetzlichen Bedingungen an die Krankenkassen aber sind die gleichen geblieben, z. B. diejenigen der Alterseintrittsprämien. Die Kosten, vor allem bei alten Patienten, steigen dauernd überproportional an.

Die letzten 18 Monate eines Lebens sind in medizinischer Hinsicht die teuersten, das hörten wir bereits gestern. Aber wir wissen nicht, welches die letzten 18 Monate sind! Wenn wir nicht auf ganz unmenschliche Lösungen dieses Problems verfallen wollen, dass z. B. vom Alter X an keine Herzschrittmacher mehr implantiert werden, müssen wir akzeptieren, dass langes Leben auch hohe Gesundheitskosten bedeutet. Es ist nur folgerichtig, dass Kassen mit vielen alten Mitgliedern in eine schwierige Situation kommen und dass die zusätzlich stattfindende Entflechtung von guten und schlechten Risiken diese Schwierigkeiten vergrössert. In diesem Punkt bringt der Gegenvorschlag einen ersten Lösungsansatz, indem die Bundesbeiträge gezielter zur Deckung der Alterskosten ausgerichtet werden, indem ferner zwischen den Kassen ein Ausgleichsfonds errichtet wird – das ist eine neue und eine sehr gute Idee – und indem dem Bundesrat die Möglichkeit gegeben wird, bei den grossen Prämienunterschieden zwischen Einzel- und Kollektivverträgen mässigend einzuwirken.

## **Krankenkassen-Initiative**

### **Initiative des caisses-maladie**

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1988
Année	
Anno	
Band	IV
Volume	
Volume	
Session	Wintersession
Session	Session d'hiver
Sessione	Sessione invernale
Rat	Ständerat
Conseil	Conseil des Etats
Consiglio	Consiglio degli Stati
Sitzung	09
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	88.014
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	13.12.1988 - 17:00
Date	
Data	
Seite	892-898
Page	
Pagina	
Ref. No	20 017 114

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.