

Vor allem die ausländischen Arbeitnehmer hatten beim Bekanntwerden dieser Gesetzesanpassung, bei dieser Grenzverschiebung der Freizügigkeit von der Schweizergrenze auf die EWR-Grenze, aufbegehrt, weil offenbar viele ihre Lebenspläne so eingerichtet hatten, dass sie planten, vor unserem Pensionierungsalter zurückzutreten, in ihre Heimat zurückzukehren und von der Barauszahlung der Freizügigkeit des Obligatoriums zu profitieren.

Nun kann man sagen, dass der Wechsel wegen des Eurolex-Verfahrens möglicherweise tatsächlich etwas abrupt wäre, und im Moment herrscht wegen des sich im Gange befindlichen Differenzbereinigungsverfahrens einige Unsicherheit. Viele Arbeitnehmer fragen sich offenbar: Muss oder soll man noch vor Ende des Jahres kündigen, um von dieser Freizügigkeitsleistung profitieren zu können? Es ist deshalb wichtig – das sage ich im Namen der Kommission ganz deutlich –, dass für die ausländischen Arbeitnehmer sobald wie möglich Klarheit herrscht.

Die Kommission hat mit 9 zu 2 Stimmen und bei einer Enthaltung beschlossen, dem Nationalrat zu folgen, der seinerseits mit 109 zu 21 Stimmen die Uebergangsbestimmung beschloss.

Wir haben uns versichern lassen, dass Brüssel Bereitschaft zum Einlenken signalisiert hat oder – diplomatisch ausgedrückt – dass begründete Hoffnung besteht, dass Brüssel einlenken wird. Es liegen nämlich auch von anderen Ländern solche Begehren vor, die aber alle noch ausdiskutiert werden müssen.

Die Kommission beantragt Ihnen, sich dem Nationalrat anzuschließen, d. h. einer Uebergangsbestimmung für etwa fünf Jahre zuzustimmen.

M. Coutau: Je suis très satisfait que la majorité de la commission, qui vous propose de vous rallier à la solution du Conseil national, soit aussi forte. Lors de notre premier examen en plénum, nous avions débattu, vous vous en souvenez, sur la base d'une proposition de M. Onken. Après le succès que cette proposition a rencontré au Conseil national et après l'intérêt plutôt bienveillant rencontré à Bruxelles, lors des contacts qui ont été pris par l'Administration fédérale ces derniers jours, je serais très heureux que notre décision soit positive. Elle serait le signe manifeste qui permettra d'apaiser les inquiétudes qui avaient surgi dans les entreprises et chez les personnels en raison du caractère extrêmement abrupt du changement de réglementation qui aurait pu intervenir d'ici la fin de l'année.

Il n'empêche que, si cette solution règle le problème pour les cinq prochaines années, la question de fond – qui consiste à savoir à quelles directives le 2e pilier et les institutions analogues d'autres pays de la Communauté sont assujettis – n'en demeure pas moins. Je ne reviendrai pas sur ce dilemme aujourd'hui ici, mais la Communauté européenne devra régler cette question prochainement. On connaîtra alors, et ce certainement d'ici la fin du délai transitoire, la solution définitive qui aura été trouvée à ce problème, qui est loin de ne concerner que notre pays.

M. Cotti, conseiller fédéral: Après des discussions plutôt tendues lors de la précédente réunion au Conseil des Etats, je tiens à déclarer, au nom du Conseil fédéral, que j'accepte les propositions de la commission. Celles-ci, en l'occurrence, avaient plutôt trait à l'aspect général des problèmes. En effet, concernant la question d'une solution transitoire, les avantages qu'elles auraient apportés, au plan d'un certain apaisement, étaient évidents – M. Coutau y a d'ailleurs fait allusion.

J'avais déclaré au Conseil national que des contacts de la part de l'Administration fédérale étant à ce moment-là imminents à Bruxelles, je me serais réservé la faculté de confirmer l'approbation à la solution du Conseil fédéral – dont j'avais témoigné au Conseil national – si, de la part de Bruxelles, des signes – j'avais parlé de signaux – concrets et effectifs s'étaient manifestés lors de ces mêmes contacts. Or, c'est le 14 septembre de cette année que des représentants de l'Office fédéral des assurances sociales ont eu ces premiers contacts, à Bruxelles. C'est à partir de là que se sont manifestés lesdits signaux, non pas encore sanctionnés au plan formel et juridique, mais

exprimés très clairement au plan politique. J'ai alors demandé que ces contacts soient intensifiés et, hier, M. l'ambassadeur Von Tscharner, représentant suisse à la mission auprès de la Communauté européenne, m'a communiqué que d'importants contacts, ultérieurs à la date précitée, lui permettaient d'affirmer sans doute aucun que la Communauté avait pris note de la décision du Conseil national – et bientôt, je le souhaite, aussi du Parlement – et qu'elle s'était déclarée disposée à trouver une solution pragmatique qui tienne compte de l'intérêt des travailleurs ressortissants de pays membres de la Communauté et travaillant en Suisse.

Dans sa lettre du 23 septembre 1992, M. Norbert Blüm, mon collègue allemand, m'écrivait: «Ich werde mich – Ihr Einverständnis voraussetzend – dafür einsetzen, dass im Rahmen der weiteren Verhandlungen zum Europäischen Wirtschaftsraum eine Uebergangsregelung eingeführt wird, die es den ausländischen Arbeitnehmern erlaubt, ihren Anspruch auf Beitragserstattung für eine grosszügig bemessene Uebergangszeit nach dem 1. Januar 1993 zu realisieren. Meine Mitarbeiter haben für die nächste Verhandlungsrunde am 24. September 1992 eine entsprechende Weisung erhalten.»

Comme vous pouvez le constater, même les pays comme l'Allemagne, qui n'ont pas d'intérêts directs ou, en tout cas, d'intérêts importants en jeu, se déclarent favorables du moment que le consentement des Etats les plus directement intéressés est donné. Il ne devrait donc pas y avoir de difficulté à trouver une solution au niveau de la Communauté.

En tant que personne respectueuse des engagements internationaux, je dois dire que la solution formelle n'est pas encore trouvée. En ce sens, la décision que vous prenez maintenant, si elle est politiquement absolument justifiable – et je la soutiens – ne signifie pas que vous ne commettez pas une infraction au droit européen. Mais notre engagement réside en la possibilité de corriger dans les délais les plus brefs cette infraction que, pour une fois, nous pouvons considérer avec beaucoup d'indulgence.

Donc, je déclare que le Conseil fédéral accepte la solution retenue.

Angenommen – Adopté

92.067

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993–1994. Bundesbeschluss

Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993–1994. Arrêté fédéral

Botschaft und Beschlussentwurf vom 19. August 1992 (BBi V 933)
Message et projet d'arrêté du 19 août 1992 (FF V 885)

Antrag der Kommission

Eintreten

Proposition de la commission

Entrer en matière

Frau Simmen, Berichterstatterin: Die Vorlage 92.067 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung ist eine weitere Folge in der unendlichen Geschichte mit dem Titel «Kostensteigerung im Gesundheitswesen».

Die höchst unerwünschte Entwicklung, dass die Kosten, die uns das Gesundheitswesen verursacht, ständig überproportional steigen, ist allen Industriestaaten gemeinsam. Und noch kein Land hat eine wirkliche Lösung für dieses Problem gefunden.

Das kann allerdings nicht heissen, dass wir uns davon dispensieren können, nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, denn Kostensteigerungen von mehr als 12 Prozent pro Jahr, wie sie sich auch für 1992 wieder abzeichnen, die sich dann in entsprechenden Prämienhöhungen in der Krankenversicherung niederschlagen, können von vielen Versicherten nur noch mit grösster Mühe verkraftet werden. Es ist diesen Versicherten kein Trost, dass wir mit unseren Gesundheitskosten, gemessen am Bruttosozialprodukt, im Mittelfeld der Industriestaaten liegen.

Unser Hauptanliegen ist nach wie vor die Totalrevision des Gesetzes über die Krankenversicherung. Das kann nicht genug betont werden. Die Behandlung dieser Vorlage in der Kommission ist weit vorangeschritten, und der Ständerat als Erstrat wird in der Dezembersession mit der Beratung beginnen können.

Eine wirkliche Sanierung der Verhältnisse wird nur im umfassenden Rahmen einer Gesetzesrevision möglich sein, und daher ist es höchste Priorität, diese Revision so rasch und so sicher wie möglich durchzuführen. Doch sie wird so oder so nicht vor dem 1. Januar 1995 in Kraft treten können, so dass angesichts der Situation bei den Krankenkassenprämien für die Zwischenzeit ein Handlungsbedarf besteht. Diese Zwischenzeit zu überbrücken, ohne die Revision zu gefährden, das ist in kurzen Worten das Ziel sowohl des bundesrätlichen Vorschlages als auch der Modifikationen, welche die ständerätliche Kommission daran angebracht hat.

Wir sind uns bewusst, dass diese Massnahmen unvollkommen sind. Vor allem das Grundübel, dass Kosten nicht gleichbedeutend sind mit Tarifen und Preisen, sondern das Produkt aus Preis mal Menge darstellen, ist auch durch diesen Beschluss nicht aus der Welt zu schaffen. Wir wissen aber auch, dass es keine durchwegs zufriedenstellenden Interimslösungen geben kann.

Um einen Schritt auf dem Weg zur Totalrevision ging es schon im vergangenen Dezember, als das Parlament neben einem Bundesbeschluss gegen die Entsolidarisierung auch einem solchen über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung zustimmte, diesen aber auf ein Jahr befristete und dem Bundesrat den Auftrag erteilte, vor Ablauf der Gültigkeitsdauer des Beschlusses ein weiteres Paket von Massnahmen gegen die Kostensteigerung zu unterbreiten.

Dieses Paket liegt nun heute vor uns. In der bundesrätlichen Fassung sieht es für den ambulanten Sektor einen rigorosen Tarif- und Preisstopp vor. Für den stationären Sektor wurde auf einen Stopp verzichtet; statt dessen wurde die maximal zulässige Erhöhung der Tarife aufgrund der Preis- und Lohnentwicklung errechnet. Damit wurde dem Artikel 4 des Bundesbeschlusses von 1991 Rechnung getragen, welcher eine bessere Berücksichtigung der Interessen der Kantone fordert, welche ja den stationären Sektor zu einem beträchtlichen Teil mittragen. Neben den Tarifen und Preisen unterliegen auch die Prämien weiterhin gewissen Beschränkungen. Ausgangspunkt für eine allfällige Erhöhung der Prämien ist aber nicht mehr der Mitgliederbeitrag der einzelnen Kasse, sondern die durchschnittliche Prämie aller Kassen eines Kantons. Das ist eine Folge des Risikoausgleichs, den wir beschlossen haben.

Die Reaktionen in der Vernehmlassung auf die bundesrätliche Botschaft waren ausserordentlich heftig und ablehnend, und zwar sowohl von Leistungserbringern als auch Krankenkassen und Kantonen. Die Kommission führte mit Vertretern der Betroffenen und dem Preisüberwacher ein Hearing durch. Dabei kam die Ablehnung der Massnahmen deutlich zum Ausdruck, was zumindest darauf hindeutet, dass sie nicht als unwirksam eingestuft werden.

Es wurden aber auch Signale sichtbar, die ein Einschwenken auf eine etwas flexiblere Version nicht unmöglich erscheinen liessen.

Die Kommission hat deshalb die bundesrätliche Fassung etwas flexibilisiert und erweitert, allerdings nicht aufs Geratewohl, sondern sie hat gezielt Akzente in Richtung kostengünstigeren Verhaltens gesetzt.

Die Fassung der ständerätlichen Kommission präsentiert sich im Ueberblick wie folgt:

Für die Leistungserbringer: im ambulanten Sektor gilt ein Tarif- und Preisstopp für ein Jahr, mit der Möglichkeit einer Lockerung im zweiten Jahr, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, verbunden mit der Möglichkeit, dass jene Kantone, die ihre Taxpunktweite das letzte Mal vor 1990 angepasst haben, mit den übrigen Kantonen gleichziehen können.

Im stationären Sektor schlägt Ihnen auch die Kommission die Fassung des Bundesrates vor, also die Bindung der Tarife und Preise an den Landesindex der Konsumentenpreise und den Lohnkostenindex des Biga.

Der Vorschlag der Kommission sieht eine Kostenbeteiligung der Versicherten vor, auch im stationären Bereich und unter Beachtung einer gemeinsamen Franchise und gemeinsamen Obergrenze der Beteiligten für den ambulanten und stationären Bereich. Das ist neu. Bis heute war eine Beteiligung nur im ambulanten Bereich vorgesehen.

Für die Krankenkassen: Hier geht es um eine Beibehaltung der Richtprämie, wie der Bundesrat sie vorschlägt, jedoch mit der Möglichkeit einer gewissen Erhöhung der Prämien, sofern die Kasse sonst auf ihre Reserven zurückgreifen muss.

Für die Versicherungsleistungen: Hier schlägt die Kommission eine Beschränkung der Leistungen auf die Pflichtleistungen in der Krankenpflege-Grundversicherung vor sowie eine Vergütung für Arzneimittel nur dann, wenn sie in der Arzneimittelliste aufgeführt sind.

Für die Kantone: Es gilt die ausdrückliche Verpflichtung zu interdisziplinärer inner- und interkantonalen Planung im Gesundheitswesen.

Zum Inkrafttreten und zur Geltungsdauer des Bundesbeschlusses: In der Schlussbestimmung schlagen wir Ihnen Dringlichkeit vor – ich werde im entsprechenden Artikel darauf zurückkommen – sowie eine Befristung bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz), längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1994. Soweit ein Ueberblick über die Fassung der Kommission.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen, dass die Gefährdung der Totalrevision durch irgendwelche Uebergangsmassnahmen wie ein Damoklesschwert über uns hängt und dass wir nicht mit dem Messer fuchteln dürfen, wenn wir nicht riskieren wollen, dass der seidene Faden plötzlich durchschnitten ist.

Die Vorlage verlangt Opfer von allen Beteiligten, von den Leistungserbringern, von den Kassen und von den Patienten, wenn auch hier nur in sehr begrenztem Umfang. Sie setzt aber auch Anreize zu kostengünstigerer Behandlung und trägt den Einwänden der Kantone Rechnung.

Der vorliegende Bundesbeschluss ist im Zusammenhang mit jenem von 1991 zu sehen. Dieser stellt den Kantonen eine Summe von jährlich 100 Millionen Franken an Prämienverbilligungen zur Verfügung. Er bringt aber auch als Folge der Wiederherstellung der Solidarität, die 1991 unbestritten war, Prämienhöhungen für einen Teil der Versicherten, so dass für alle neuen Beschlüsse der sozialpolitische Handlungsspielraum sehr eng ist.

Der heutige Entwurf respektiert die grossen Leitlinien der Totalrevision und trägt den Einwänden der Vernehmlasser soweit wie möglich Rechnung. Er stellt eine tragbare Lösung in einem äusserst schwierigen Umfeld dar.

Wenn alle Angesprochenen mitziehen und ihre Innovationskraft mehr darauf verwenden, die aufgezeigten Wege sinnvoll zu beschreiten, als nach Umgehungsmöglichkeiten zu suchen, können diese behelfsmässigen und ungeliebten Massnahmen einen wirkungsvollen Uebergang zur Totalrevision darstellen. Andernfalls sind diese Massnahmen nicht mehr als ein weiterer unnützer Schritt auf einem dornenvollen Weg, und das können wir uns alle angesichts der dramatischen Situation bei den Prämien einfach nicht leisten.

Die Kommission hat mit 8 zu 0 Stimmen bei 4 Enthaltungen Eintreten beschlossen und der Kommissionsfassung in der Gesamtabstimmung mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung zugestimmt.

Ich bitte Sie, auf das Geschäft einzutreten.

M. Roth: Cet arrêté dont nous discutons doit être replacé dans sa juste perspective, c'est-à-dire celle des mesures que nous avons prises contre la désolidarisation et contre l'augmentation des coûts. Nous ne devons pas oublier en effet que, dans l'attente de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, c'est le Parlement lui-même qui a limité la validité du second arrêté en priant le Conseil fédéral de prendre de nouvelles mesures qui tiendraient mieux compte de l'intérêt des cantons. Ces mesures s'inscrivent par conséquent dans une continuité, absolument indispensable si l'on veut, d'une part, ne pas perdre le bénéfice des premières mesures qui ont déjà été difficiles et, d'autre part, soulager les cotisants qui se retrouveraient aujourd'hui devant des échéances particulièrement pénibles si rien n'était fait.

Au fond, il est indéniable que, dans le domaine de l'assurance-maladie, la situation se détériore à un rythme affolant. Le représentant du Conseil fédéral nous a déclaré en commission que l'évolution actuelle des coûts risquait de faire augmenter les primes des caisses-maladie de 100 pour cent entre 1991 et 1994. Il s'agit donc d'une augmentation de 25 pour cent en moyenne par année. Avec un optimisme de bon aloi, on peut certes admettre qu'on ne parviendra pas à une révision totale de la loi sur l'assurance-maladie avant 1995, mais, d'ici là, je pense que personne ne comprendrait que le législateur demeure inactif face à cette perspective de l'augmentation des cotisations aux caisses-maladie.

Les mesures prises l'an passé ont pour la plupart porté leurs fruits puisqu'une frange importante des assurés ont vu les augmentations contenues dans cette limite des 10 pour cent prévue dans l'arrêté. Cependant, malgré ce résultat positif, ce premier arrêté n'a pas eu d'effet sur les coûts. C'est pourquoi on entend maintenant se saisir d'un autre levier pour contenir ces coûts, celui de la pression vers le bas sur les prestations des fournisseurs de soins. Je suis parmi les premiers à convenir qu'une telle mesure a quelque chose de rigide et de schématique, surtout lorsque l'on sait la qualité des soins, qui est d'ailleurs généralement reconnue dans notre pays. Mais les recettes pour remédier à ce mal par des mesures à prendre rapidement ne sont guère nombreuses. Dans le fond, il reste surtout à examiner maintenant, dans l'arrêté qui nous est soumis ce matin, la dose de blocage qu'il s'agit d'introduire dans ces mesures, notamment dans les tarifs et les prix applicables aux prestations de l'assurance-maladie dans le domaine ambulatoire.

La commission a déjà assoupli les propositions du Conseil fédéral. Je crois qu'elle est allée aussi loin qu'elle le pouvait, du moins dans sa majorité, si l'on veut lui conserver, malgré les effets de blocage de l'arrêté, une efficacité à la mesure du but que l'on cherche à atteindre. C'est pourquoi je suis d'avis qu'il faut entrer en matière et, sous réserve d'avoir entendu des arguments nouveaux de la part du Conseil fédéral, je soutiendrai quant à moi les propositions de la majorité de la commission, dont je fais partie, sauf en ce qui concerne la participation de l'assuré aux coûts à l'hôpital, position de la commission à laquelle je ne peux pas me rallier et sur laquelle je m'expliquerai dans la discussion de détail à l'article 3.

Frau Beerli: Der uns heute zur Behandlung vorliegende Bundesbeschluss ist eine ungefreute Sache. Als ich die Vorlage des Bundesrates zum ersten Mal durchgelesen hatte, war ich stark der Meinung, einen Nichteintretensantrag stellen zu müssen. Das Durchlesen der Vernehmlassungen und das Anhören der Hearings in der Kommission bestärkten mich in dieser Meinung.

Der Bundesrat schlägt einen strikten Preis-, Tarif- und Prämienstopp vor und erhofft sich so eine Beruhigung der Lage an der Prämienfront. Welch eine Illusion! Preise künstlich durch Vorschriften tief zu halten, hat noch nie die Lösung eines Problems gebracht. Es entsteht lediglich ein Rückstau, ein Nachholbedarf, der sich irgendwann zu entladen droht.

Was wir im Gesundheitswesen in den Griff bekommen müssen, sind die Kosten, und Kosten sind Menge mal Preis. Ein einseitiger Preisstopp bringt daher keine Besserung, sondern setzt lediglich falsche Signale. Vordringlich muss für uns wichtig sein, die Revision des Krankenversicherungsgesetzes zu

realisieren und das revidierte Gesetz so rasch als möglich in Kraft zu setzen. Dieses Ziel dürfen wir nicht aus den Augen verlieren und durch nichts gefährden.

Durch den vorliegenden Bundesbeschluss werden jedoch so viele Zielgruppen aufgebracht und verärgert, dass die grosse Gefahr besteht, das sich verhärtende Klima werde sich auch negativ auf die Akzeptanz des revidierten Krankenversicherungsgesetzes auswirken.

Und doch, Sie sehen: Trotz all meiner grundsätzlichen Bedenken habe ich keinen Nichteintretensantrag gestellt. Wieso? Auch wenn die parlamentarische Arbeit am Krankenversicherungsgesetz so rasch als möglich vorangetrieben wird, kann das Gesetz mit aller Wahrscheinlichkeit nicht vor dem 1. Januar 1995 in Kraft gesetzt werden. Wenn wir bis dahin nichts tun, werden die Kosten mit Sicherheit ansteigen und die steigenden Prämien das Budget vieler Familien in grossem Masse belasten. Um dieser Entwicklung zu begegnen, hat Ihre Kommission versucht, auch in dieser Uebergangszeit bereits Einfluss auf die Kosten zu nehmen.

Die Ihnen vorliegenden Anträge der Kommission beziehen sich somit auf Preise und Mengen. Leistungserbringer, Krankenkassen und Konsumenten müssen ihren Teil beitragen, und wie bei jedem guten Kompromiss sind alle Beteiligten unzufrieden. An Gegnern mangelt es der vorgeschlagenen Lösung beileibe nicht. Wie bei jedem hart errungenen Kompromiss ist das Gleichgewicht zudem sehr fragil und der Schritt zwischen Zustimmung und Ablehnung sehr klein.

Für mich liegt die Schmerzschwelle bei Artikel 1, dem Tarif- und Preisstopp im ambulanten Bereich. Sollte dort der Antrag der Mehrheit der Kommission obsiegen und ein Tarifstopp verfügt werden, so würden die Leistungserbringer im ambulanten Bereich (Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten usw.) unverhältnismässig stark betroffen. Man stelle sich vor: Diese Leistungserbringer haben ihrem Personal Teuerungsausgleich auszurichten. Sie haben Mieten zu bezahlen, die höher werden, und gleichzeitig werden ihre Tarife absolut begrenzt, absolut stabilisiert. Dies bedeutet einen realen Lohnabbau.

Sollte also bei Artikel 1 der Antrag der Mehrheit obsiegen, so muss ich mir trotz der in den nachfolgenden Artikeln beigefügten Verbesserungen vorbehalten, den Beschlussentwurf in der Schlussabstimmung abzulehnen.

M. Coutau: Le 3 septembre de cette année, j'ai passé un après-midi qui, dans ma mémoire d'homme politique, a rarement été aussi déprimant. Réunis en commission chargée d'examiner le présent projet, nous devions entendre toute une série de représentants autorisés à nous donner leur avis sur les propositions du Conseil fédéral. Il y avait là notamment les représentants de la Conférence des directeurs cantonaux de la prévoyance sociale, de la Conférence des directeurs cantonaux des finances, des représentants des hôpitaux, des médecins, des pharmaciens, des caisses-maladie, des producteurs de médicaments, etc. Tous ces gens, qui avaient été consultés extrêmement rapidement dans une procédure accélérée, qui avaient déjà eu l'occasion de donner une première réaction majoritairement négative, et même très négative, nous ont répété, à tête un peu plus reposée parce qu'ils avaient eu le temps d'y repenser, à quel point ils étaient opposés aux propositions du Conseil fédéral. C'était effectivement pour la commission assez déprimant de se rendre compte de cette opposition et on pouvait douter que cet arrêté, se heurtant à une opposition aussi massive, puisse aboutir à quelque chose de satisfaisant dans son application, au cas où il serait adopté tel quel par le Parlement.

On peut comprendre d'ailleurs l'attitude des cantons car, je vous le rappelle, le mandat qui avait été donné au Conseil fédéral de nous présenter de nouvelles mesures pour l'échéance de l'arrêté B que nous avions décidée l'année dernière était assez évident et intéressant pour eux. Je rappelle que le Conseil fédéral était chargé de nous soumettre un nouveau programme de mesures urgentes contre la hausse des coûts qui prenne mieux en compte les intérêts des cantons.

Or, au chapitre 42 du message, quand il s'agit d'examiner les conséquences pour les cantons, le Conseil fédéral a le courage de le dire – car il fallait un certain courage pour le dire –

mais c'est la réalité: «La limitation de l'augmentation des tarifs hospitaliers pourra entraîner, à court terme, des déficits plus importants dans la gestion des hôpitaux. Cela imposera aux cantons une charge accrue s'agissant des hôpitaux publics et de ceux qui sont co-financés par les pouvoirs publics. L'arrêté fédéral doit cependant inciter les cantons et les hôpitaux à faire de réelles économies». Il est évident que par rapport au mandat que nous avions confié au Conseil fédéral, on peut constater une certaine distance. Et on peut comprendre que les cantons aient été assez déçus des propositions que le Conseil fédéral nous a présentées à cet égard.

Je dirai que les réactions des autres personnes qui nous ont donné leur avis sont également compréhensibles. En fait, bloquer des tarifs et des prix est une mesure injuste, simpliste, qui provoque des distorsions ultérieures entre les différents intéressés et qui provoque surtout des reports de charges soit dans le temps, soit, dans le cas particulier, sur les contribuables. Par conséquent, on pouvait bien imaginer que ces propositions ne pourraient pas rencontrer une très grande faveur auprès de ceux à qui, finalement, elles s'adressaient.

Après ces auditions, nous étions, en commission, dans la perplexité, car nous sommes tenus par le temps. L'échéance nous oblige à prendre des mesures qui relayeront celles qui arrivent à terme à la fin de l'année. Par conséquent, comme certains y songeaient et je l'avais imaginé également – ce projet au Conseil fédéral ne permettait pas de tenir l'horaire. Nous étions obligés de trouver une autre procédure pour permettre au Conseil des Etats, puis au Conseil national, de se mettre d'accord avant l'échéance de la fin de l'année. C'est la raison pour laquelle, sur proposition du président de la commission, une sous-commission a été désignée, qui propose effectivement les mesures que vous avez sous les yeux. Ces mesures sont le résultat d'un travail intense qui n'a pu être possible que parce que nous sommes en train par ailleurs d'examiner la révision totale de la loi sur l'assurance-maladie et que, par conséquent, nous connaissons à peu près le fond de la matière.

Cela a permis à la sous-commission en particulier de faire un travail que je considère comme important. Il a consisté, d'une part, à assouplir les blocages proposés par le Conseil fédéral et considérés comme excessifs par tous les interlocuteurs et, d'autre part, à envisager un certain nombre de mesures qui ne s'en prennent pas seulement aux prix, c'est-à-dire aux symptômes, mais également à la racine du mal, c'est-à-dire au développement du volume des prestations. Et c'est finalement en raison de ces modifications – mais, je dois le reconnaître, après de très longues hésitations – que je me suis rallié finalement à l'entrée en matière et que je vous invite à en faire autant. Je l'ai fait en raison des modifications apportées par la commission, essentiellement en raison de la contrainte imposée par le calendrier et surtout en raison de la dégradation objective de la situation dans le domaine de l'assurance-maladie. Cette dégradation fait que des cercles de plus en plus importants de cotisants, de membres des caisses d'assurances ne sont pratiquement plus en mesure de supporter le gonflement des cotisations qu'ils subissent.

Je crois que les mesures que nous avons prises ne sont certes pas des panacées, mais elles permettront – d'ici l'entrée en vigueur au 1er janvier 1995 de la loi révisée que j'appelle de mes vœux les plus ardents – tout en faisant mal aux différents intéressés et en leur faisant subir un certain nombre d'inconvénients, aussi bien aux cotisants qui ne verront pas la totalité de leurs soucis évacuée qu'aux médecins, aux hôpitaux et aux cantons, d'apporter quelque soulagement provisoire, pour une période que j'espère aussi limitée que possible, à cette catégorie de plus en plus importante de notre population.

Schoch: Ich meine, es sei notwendig, zunächst das Umfeld nochmals abzustecken, in das die bundesrätliche Vorlage, über die wir jetzt diskutieren, gestellt werden muss.

In diesem Umfeld sind die folgenden Fakten von Bedeutung: Zunächst und vor allem besteht überall absolute Einigkeit über die Tatsache, dass die geltende Krankenversicherungsgesetzgebung effektiv untauglich ist und dass damit eine Totalrevision dieser Gesetzgebung sehr dringend ist. Frau Sim-

men hat es bereits gesagt: Das ist unser Hauptanliegen, es kann nicht genug betont werden; und weil es nicht genug betont werden kann, wollte ich es jetzt noch einmal sagen und noch einmal unterstreichen. Im Hinblick auf diese Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes ist es mit Mühe und Not gelungen, alle Partner im Gesundheitswesen, also die Leistungserbringer, die Versicherer, die Kantone usw., mehr oder weniger auf die Linie der durch den Bundesrat Anfang November letzten Jahres präsentierten Revisionsvorlage zu bringen und – ich wäre fast versucht zu sagen – zu verpflichten. Aber ich habe bewusst mit «Mühe und Not» gesagt. Von Begeisterung für diese Revisionsvorlage kann leider keine Rede sein. Sie wäre die Begeisterung wert, denn ich empfinde sie als ausgesprochen gut, aber verschiedene der Beteiligten tun sich mit der Vorlage immer noch schwer.

Trotzdem hat die Revisionsvorlage eine konkrete Chance durchzukommen und akzeptiert zu werden. In zeitlicher Hinsicht sieht das wie folgt aus: Es war schon bei der Präsentation des bundesrätlichen Revisionsentwurfes, also im November 1991, klar, dass bis zur Inkraftsetzung des neuen Rechtes mindestens drei Jahre verstreichen würden. Mittlerweile ist der Fahrplan noch überblickbarer geworden, die ständerätliche Kommission beschäftigt sich jetzt seit einigen Monaten mit der Vorlage und beabsichtigt – ich möchte sogar sagen, sie ist wild entschlossen; diese wilde Entschlossenheit ist wenigstens bei mir persönlich vorhanden –, die Vorlage bis zur Wintersession dieses Jahres für unseren Rat behandlungsfähig zu machen. Lässt sich das durchziehen, dann kommt der Nationalrat im nächsten Jahr an die Reihe. Seine Kommission wird voraussichtlich ebenfalls ungefähr ein Jahr benötigen, so dass Ende nächsten Jahres, also in der Wintersession 1993, das Geschäft im Plenum des Nationalrates behandelt werden kann. Ein weiteres Jahr wird für das Differenzbereinigungsverfahren notwendig sein. Wir können also damit rechnen, Ende 1994 ein fertig ausgelegenes Gesetz in die Schlussabstimmung zu bringen.

Dem Bundesrat schien nun diese Frist, also drei Jahre seit der Präsentation der Revisionsvorlage, angesichts der bestehenden prekären Situation im Krankenversicherungsbereich zu lang. Der Bundesrat wollte dem Volk nicht zumuten, noch drei Jahre unter dem unbefriedigenden alten Regime weitermachen zu müssen und damit den Prämienhöhungen der Krankenkassen auf der einen Seite und den Tarifierhöhungen der Leistungserbringer auf der anderen Seite während drei weiteren Jahren Schutz- und wehrlos ausgeliefert zu sein. Deshalb hat der Bundesrat vor einem Jahr einen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung vorgeschlagen. Die Räte haben diesem Bundesbeschluss dann schliesslich nach mühsamem Hin und Her in modifizierter und aufgesplitteter Form zugestimmt. Das, worüber wir uns jetzt unterhalten, ist auf die Gültigkeitsdauer von einem Jahr beschränkt worden.

Heute geht es nun um die Frage der Fortsetzung dieses vor Jahresfrist erlassenen, während eines Jahres gültigen Beschlusses, wobei durchaus darauf hinzuweisen ist, dass das Parlament dem Bundesrat im letzten Dezember einen Auftrag erteilt hat, diesen Herbst ein Anschlussprogramm zu präsentieren. Es ist also richtig, dass der Bundesrat handeln musste. Er hat in der Weise gehandelt, dass er davon ausging, ein System der Opfersymmetrie sei richtig; ein System also, bei dem, nach dem erklärten Willen des Bundesrates, alle Beteiligten etwa in gleichem Ausmass dazu beitragen sollten, die Kosten des Gesundheitswesens beziehungsweise den Kostenanstieg in erträglichem Rahmen zu halten. Der Bundesrat hatte dabei, entsprechend dem Auftrag des Parlamentes, die Interessen der Kantone noch besser zu berücksichtigen, als er das in seinem ersten Entwurf letztes Jahr getan hatte. Soviel zur Ausgangslage.

Was der Bundesrat uns heute in Erfüllung seines Auftrages präsentiert, empfinde ich als nicht unproblematisch, und zwar, wenn ich mich nur auf die wesentlichen Aspekte beschränken will, primär in dreierlei Hinsicht:

1. Es ist generell immer fragwürdig, im Schnellschussverfahren Massnahmen zu erlassen, die weitreichende Eingriffe in bestehende Ordnungen bringen und ausgesprochen dirigiert

stisch sind. Die bundesrätlichen Massnahmen sind in dem Sinne mit dem Versuch verglichen worden, einen Deckel auf eine Pfanne zu pressen, in der die Suppe brodelt, und die Suppe auf diese Art und Weise am Ueberkochen zu hindern. Ich will aber zugeben, dass ich vor Jahresfrist dem damals ausgehandelten Kompromiss zwischen National- und Ständerat schliesslich ebenfalls zugestimmt habe. Ich habe also vor Jahresfrist die Problematik dieses Schnellschussverfahrens oder dieses Deckels auf der brodelnden Pfanne in Kauf genommen.

2. Der Bundesrat spricht von Opfersymmetrie, verteilt aber nach meinem Verständnis – das mag jetzt subjektiv sein – die Opfer nicht gleichmässig auf alle Beteiligten. Der jetzt zur Diskussion stehende Beschlussentwurf trifft insbesondere die Leistungserbringer im ambulanten Bereich und damit im wesentlichen die Aerzte in einem Ausmass, das mir nicht mehr vertretbar erscheint. Ich werde darauf zurückkommen.

3. Auf die Hauptproblematik haben bereits Frau Simmen und Frau Beerli hingewiesen: Dadurch, dass allen Betroffenen Opfer zugemutet werden und dass natürlich jeder meint, gerade er sei derjenige, der weitaus am meisten Haare lassen müsse, besteht die manifeste Gefahr, dass der brüchige Konsens zur KVG-Totalrevisionsvorlage wieder zunichte gemacht wird. Dieser Gesichtspunkt beunruhigt mich echt und tief.

Ich beschäftige mich seit den letzten Wochen und Monaten weitgehend als Wanderprediger und referiere in Aerztesellschaften da und Aerztesellschaften dort, in Delegiertenversammlungen der einen und Delegiertenversammlungen der anderen Krankenkasse und an weiteren Veranstaltungen jeder Art zum neuen Krankenversicherungsrecht. Ich habe im Zuge dieser Tätigkeit fast wöchentlich und gelegentlich vier-, fünf- oder sechsmal in einer einzigen Woche Gelegenheit, hautnah zu erleben, wie dünn das Eis des Konsenses über dieser Gesetzesvorlage ist und wie gross die Gefahr ist, dass wegen der jetzt zur Diskussion stehenden Uebergangsmassnahmen die Stimmung gegenüber der KVG-Gesetzesvorlage ins Negative umschlägt.

Der Bundesrat hat sich mit den vorgeschlagenen Massnahmen auf eine Gratwanderung begeben, und wenn ich von Gratwanderung spreche, bin ich als Hobby-Alpinist sicher legitimiert, darauf hinzuweisen, dass man von einem Grat manchmal viel schneller abstürzen kann, als einem lieb ist. Ich hoffe inständig, dass der Bundesrat den Weg unter seinen Füssen und das Gleichgewicht auf seiner Gratwanderung nicht verliert. Es wäre überaus bedauerlich, wenn der Konsens zur Krankenversicherungsvorlage wieder in die Brüche gehen würde.

Immerhin will sich die Kommission dem Bundesrat nicht verschliessen und ist bereit, bei der Suche nach einer angemessenen Lösung mitzuwirken, um nicht wieder zur Stunde Null zurückkehren zu müssen – auch wenn man sich heute fragen muss, ob es nicht vielleicht besser gewesen wäre, vor Jahresfrist bei der Stunde Null zu bleiben und mit dem, was wir jetzt weiterführen müssen, gar nicht erst anzufangen.

Die Kommission hat in diesem Sinne das, was der Bundesrat präsentiert hat, durch zahlreiche Ergänzungen angereichert, Ergänzungen, die in der Kommission mehr oder weniger einhellig akzeptiert worden sind, die aber für mich conditiones sine quae non darstellen; hier bewege ich mich auf der gleichen Linie wie Herr Coutau. Wenn das wieder herausgestrichen würde, was die Kommission in den Vorschlag hineingebracht hat, dann könnte ich dem, was der Bundesrat präsentiert hat, nicht mehr zustimmen.

Nicht durchgekommen ist eine Kommissionsminderheit mit einem neuen Antrag zu Artikel 1. Wenn ich jetzt schon am Referieren bin, möchte ich mich auch dazu kurz äussern, um nachher bei Artikel 1 das Wort nicht nochmals ergreifen zu müssen.

Ich möchte Ihnen jetzt schon empfehlen, dem Minderheitsantrag zu Artikel 1 zuzustimmen, und zwar aus zwei zentralen Gründen:

Zum einen ist der Minderheitsantrag genau das, was der Bundesrat – und niemand anderes als der Bundesrat – vor Jahresfrist für richtig und angemessen hielt. Wir haben genau die bundesrätliche Fassung übernommen. Es ist allein schon aus

Gründen der Rechtssicherheit ein Gebot der Stunde, jetzt bei dieser Fassung zu bleiben. Wir können doch nicht Jahr für Jahr neue Formulierungen in dringliche Massnahmenpakete hineinschreiben, Formulierungen, die jedesmal noch komplexer und noch unverständlicher werden.

Zum zweiten: Was die Minderheit zu Artikel 1 vorschlägt – damit bin ich jetzt wieder bei der Frage der Opfersymmetrie und bei der «Bestrafung» der Aerzte –, ist gegenüber den Aerzten und gegenüber den Leistungserbringern im ambulanten Bereich milder als das, was der Bundesrat in sehr kompromissloser und massiver Art und Weise vorschlägt. Der Bundesrat will nämlich im ambulanten Bereich einen Tarifstopp verfügen, aber die Aerzte können auch nicht einen Zinsstopp bei ihren Hypothekarkrediten oder einen Lohnstopp bei ihren Arbeitnehmern oder einen Mietzinsstopp bei ihren Vermietern verfügen. Auch der Bundesrat wird nicht bereit sein, das zugunsten der Aerzte zu tun.

Stimmt der Rat bei Artikel 1 der Minderheit zu, dann gefährdet er die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes weniger, als wenn er der Mehrheit zustimmt und damit den verständlichen und nachvollziehbaren Willen der Aerzte heraufbeschwört. Stimmt der Rat bei Artikel 1 der Minderheit zu, dann ist der Bundesbeschluss so, dass meines Erachtens alle Betroffenen damit leben können sollten.

Huber: Lassen Sie mich am Anfang etwas Aussergewöhnliches tun. Ich möchte als Kommissionspräsident meinen Kolleginnen und Kollegen in der Kommission für ihren Einsatz danken, der allein dazu geführt hat, dass wir uns hier und heute mit diesen Fragen auseinandersetzen können. Dazu kommt die gute Arbeit der in diesen Tagen so sehr gescholtenen Parlamentsdienste. Ich möchte ihre Effizienz, ihr Engagement, ja ihren Enthusiasmus für die Zusammenarbeit mit unserer Kommission hervorheben und ihnen dafür herzlich danken.

1. Es darf doch in der Tat nicht übersehen werden, dass wir die Botschaft, datiert vom 19. August 1992, am 3., am 4., am 9. und am 17. September 1992 behandelt haben. Meine Damen und Herren, Herr Bundesrat: Mehr können Sie vom Milizparlament nicht verlangen; dies um so mehr, als das Gesundheitswesen – Gegenstand unserer Kommissionsarbeit, zusammen mit den Bereichen der sozialen Sicherheit – unter dem reduzierten Aspekt der Krankenversicherung und nicht als Ganzes angesehen, verstanden, berücksichtigt und betrachtet wird.

2. Ich bedaure ausserordentlich, dass Sie, meine Kolleginnen und Kollegen, die nicht in der Kommission sind, eine sprachlich und thematisch sehr differenzierte, schwer verständliche, schwer verdauliche Vorlage auf der Stufe der Gesetzgebung vor sich haben. Was da steht, würde bei einem anderen als beim Gesundheitssystem, wo man sich generell gegenseitig misstraut und nicht vertraut, in eine Verordnung gehören, nicht aber in ein Gesetz, und noch weniger in ein zeitlich limitiertes Gesetz.

3. Das Gesundheitswesen ist ein in sich zerstrittenes System mit hochentwickelten Egoisten. Ich habe heute morgen schon Anzeichen von hochentwickelten Egoisten akzentuiert gehört und hoffe, dass wir sie in etwa zurückführen können. Lesen Sie die Zusatzpost, die Sie heute morgen erhalten haben, dann wissen Sie, was ich meine! Es ist andererseits ein System, in welchem mit Anstrengungen bis an die Grenzen des Menschenmöglichen grossartige menschliche und fachliche Leistungen erbracht werden.

Das Gesundheitswesen – so sehr es gewissen Leuten weh tut, weil sie bewusst nur den Sektor Kosten ansehen und ihre politischen Ziele unter Ausklammerung anderer Betrachtungen anstreben – ist mehr als die Krankenversicherung. Ich möchte auch meinen, dass die – sagen wir es einmal milde – in der Öffentlichkeit gegenwärtig betriebene Betrachtungsweise bezüglich der Spitäler auf ihren richtigen Inhalt zurückgeführt werden muss. Niemand verkennet, dass die Grundversorgung durch die praktizierenden Aerzte vorgenommen wird und dass von hundert Patienten weniger als zehn in ein Spital der Grundversorgung eingeliefert werden und etwa ein Patient in ein Spital der Spitzenmedizin zur Behandlung transferiert wird. Ueberlegen Sie sich, dass diese Spitäler spezifische Aufträge haben, von der Grundversorgung über die regionale Versor-

gung bis hin zur Spitzenmedizin! Vergessen Sie nicht, dass in diesen Spitälern nicht nur untersucht, behandelt, gepflegt wird, sondern dass ohne diese Spitäler die Ausbildung im Gesundheitswesen nicht machbar wäre!

Ich gehöre nicht zu denen, die sagen: Es braucht Patienten, damit ausgebildet werden kann. Aber ich gehöre zu denen, die meinen: Ausbildung hat auch am Patienten zu geschehen, und das ist vornehmlich eine Aufgabe der Spitäler.

Ich möchte die Vorlage in dieses Umfeld hineingestellt haben: in eine richtige Situierung der Krankenversicherung in der Kompetenz des Bundes, in das Schwergewicht, das im ambulanten Sektor ausgeübt wird, und in das Schwergewicht, das im Bereiche der Spitäler ausgeübt wird.

Mein Vorredner hat nun im Bereich der Krankenversicherung den bisherigen Hergang sehr zutreffend geschildert. Der Ausgangspunkt der Vorlage ist ein doppelter: einerseits die weiter-schreitende Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und andererseits unser Trennungsbeschluss und der Auftrag in Artikel 4 des Bundesbeschlusses 1991 – Kostensteigerung –, die Lage der Kantone durch eine neue Gesetzgebung nach einem Jahr zu verbessern. Niemand kann behaupten, dass dieser Auftrag obsolet geworden ist, und niemand kann behaupten, dass sich die Kosten – ich rede von den Kosten, nicht von den Tarifen, nicht von den Preisen – unterdessen stabilisiert hätten oder gesunken wären.

Wer da von Nichteintreten spricht und schreibt, hat meines Erachtens den Puls der Gesellschaft zu wenig gegriffen und sieht nicht ein, dass gehandelt werden muss. Vor einem Jahr wurde eine Begrenzung von Tarifen, Preisen und Prämien eingeführt. Es wurde und wird erwartet, dass das auf die Kosten durchschlägt.

Sehen Sie, wenn in diesen Tagen der Vorsteher eines kantonalen Gesundheitsdepartementes in einem Artikel die Umwelt wissen lässt, er sei aus verfassungsrechtlichen Gründen empört über den Eingriff in die Kompetenz der Kantone, dann frage ich ihn: Was hat er getan, um die Kosten zu drücken, nachdem wir die Prämien und die Preise arretiert haben – mit einigen Anstrengungen, mit einigen Lasten und mit manchmal wenig angenehmen Auseinandersetzungen?

Ich attestiere: Der Bundesrat hat entsprechend gehandelt. Alle haben ihm daraufhin widersprochen und dabei den in Kraft stehenden Teil der ursprünglichen Vorlage übersehen. Ehrlich, ganz ehrlich wäre es gewesen zu sagen: Wir heben nicht nur den Bundesbeschluss auf, der nur ein Jahr gültig ist, sondern wir wahren die Chancengleichheit und heben den anderen, der auf drei Jahre angelegt ist, auch gerade auf. Dann hätten wir die Situation pro ante wieder – mit dem Dschungel der Kassen, mit der Gründung von Billigkassen, mit dem Unterlaufen der Solidarität. Ich glaube, das sollte gesehen werden.

Der Bundesrat hat seinen Auftrag erfüllt. Er ist darüber hinausgegangen. Er hat nach meiner Vorstellung eine zu starre Vorlage vorgelegt, die für die weiteren Entwicklungen der kommenden Jahre zuwenig Spielraum lässt.

Mit welchen Ueberlegungen ist die Kommission an die Dinge herangetreten? Ich teile hier die Auffassung von Kollege Schoch absolut. Wir sind mit der ersten Priorität an die Vorlage herangegangen, günstige Voraussetzungen für die Totalrevision des Gesetzes zu behalten und die Totalrevision so rasch wie möglich unter Dach und Fach zu bringen. Das ist aber nicht der Fall, wenn Sie für wesentliche Leistungserbringer ein zu starres Konzept und ein zu starres Korsett bauen: wenn Sie keine psychologischen Signale aussenden – diese sind manchmal in der Politik ebenso wichtig wie die Handlungen –, um die Mitarbeit dieser Gruppen für die Totalrevision zu erwirken.

Ich warne auf der anderen Seite alle: Die Totalrevision wird nicht das Gelobte Land sein, in das weiland Moses die Hebräer nach vierzig Jahren Wüstenaufenthalt geführt hat. Wer diesen Eindruck erweckt, erweckt einen falschen Eindruck, der will etwas Besseres sein. Aber das Gelobte Land wird es nicht sein.

Die Kommission hat nach dieser Grundüberlegung bei den Leistungserbringern und bei den Kassen Flexibilität eingeführt. Sie hat aus der Vorlage Totalrevision wenige Punkte herausgenommen, die die Kosten angehen.

Ich bin im Gegensatz zu Herrn Schoch der Meinung, dass es sich nicht um Schnellschüsse handelt. Es handelt sich um die Lösung von Problemen, die wir seit zwanzig Jahren herumtrölen und die uns in allen Verästelungen bekannt sind. Dass sie vielleicht jetzt an die Hand genommen werden, dezisiv und entschlossen, das mag neu sein.

Ich bin der Meinung, Frau Kollegin Beerli, dass die Kommission dabei nicht übertrieben hat und den Ueberlegungen treu geblieben ist, dass Mass zu halten ist. Das Mass ist neben der Gerechtigkeit, der Klugheit und der Tapferkeit gerade bei der Gesetzgebung auch eine Tugend. Wir haben vor allem deswegen auch dort Mass gehalten, wo wir jetzt gescholten werden, nämlich dort, wo wir den Patienten direkt einbeziehen. Wir haben dort Mass gehalten, weil wir gewusst haben, dass das neue Finanzierungsmodell für sozial Schwache nicht greift und die Kantone nicht in dem Ausmass von der Prämienverbilligung Gebrauch machen, wie wir es erwarten.

Ich glaube auch, das möchte ich jetzt schon sagen, dass der Artikel 1 durchaus diesem Mass verpflichtet ist. Gesamthaft gesehen ist meines Erachtens eine Vorlage entstanden, die nach einer Phase der Negierung eine relative Akzeptanz gefunden hat. Eine Vorlage, die den Patienten nicht zu sehr belastet und die einige gute Elemente vor der Totalrevision realisiert. Eine Vorlage, die all jenen, die auf ein Problem, das die Schweizer sehr stark bedrückt, nicht eintreten wollen, den Wind aus den Segeln nimmt. Eine Vorlage, die das Wort, man treibe nur Symptomtherapie, doch etwas abblättern lässt.

Schliesslich haben wir uns dazu entschlossen, Ihnen vorzuschlagen, einen Dringlichkeitsentwurf zu erlassen, damit der Zweitrat die Zeit und die Musse erhält, die wir nicht gehabt haben, um vielleicht noch Besseres zu finden. Wir haben uns schliesslich für eine Laufzeit entschieden, die die Totalrevision möglichst früh ermöglicht.

Das ist das Ziel, das wir uns gesetzt haben, und das ist der Zwang, unter den wir uns selber gestellt haben.

Onken: Wir haben es gehört: Der geltende Bundesbeschluss läuft am 31. Dezember 1992 aus. Bis zum Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes geht es, wenn alles rund läuft, noch gut zwei Jahre, also bis zum 1. Januar 1995. Das wäre aber ein optimaler Fahrplan; dazwischen liegen nun zwei Jahre, und es sind zwei entscheidende Jahre, um die es hier geht. Wir haben vor einem Jahr, im Dezember 1991, zu Massnahmen gegen die Kostensteigerung ja gesagt. Wir haben erkannt – und das war das Hauptmotiv –, dass die Versicherten nicht länger schutzlos einem nicht nur unaufhaltsamen, sondern immer mehr an die Substanz gehenden Prämienanstieg ausgesetzt werden dürfen. Der Bundesrat hat uns schon damals einen Bundesbeschluss vorgelegt, der drei Jahre gedauert hätte, und wir haben ihn eigentlich nur deshalb auf ein Jahr begrenzt, weil wir den Kantonen noch in besonderer Weise entgegenkommen wollten.

Allen gegenteiligen Behauptungen zum Trotz muss man heute feststellen, dass der Bundesbeschluss, den wir damals in Kraft gesetzt haben, durchaus etwas gebracht hat. Die kostendämpfenden Massnahmen haben gegriffen. Sie haben die Kostenentwicklung nicht zum Stillstand gebracht, aber sie haben sie verlangsamt, haben sie gebremst. Es braucht auf diesem Gebiet natürlich etwas mehr Geduld, es braucht einen längeren Atem, bis der Bremseffekt wirklich sichtbar wird. Die Versicherten sind bei der Erhöhung der Prämien geschont worden, wie wir es beabsichtigt haben. Die Prämien sind zwar auch gestiegen; es ist nicht so, dass hier ein Stopp eingetreten wäre – die Versicherten sind mehr belastet worden, aber im Rahmen des Zumutbaren. Insgesamt 95 Prozent der Versicherten haben von diesem Beschluss profitiert; 67 Prozent haben eine Erhöhung von 10 Prozent in Kauf nehmen müssen, aber eben nicht die 20 bis 30 Prozent, die damals angesagt waren. Wenn wir nach diesen Massnahmen von damals jetzt den Deckel wegnehmen, schlittern wir in eine absolut verhängnisvolle Situation. Dann öffnen wir Tür und Tor für ein Laisser-faire, Laisser-aller, das unweigerlich auf dem Rücken der Versicherten, der Prämienzahler ausgetragen wird. Es drohen, so ist jetzt schon wieder angekündigt worden, erneut Erhöhungen der Prämien von 20 bis 40 Prozent, und das in einer

Situation, die sich mitnichten von derjenigen von vor einem Jahr unterscheidet – ganz im Gegenteil: Sie hat sich für viele Menschen in diesem Lande noch zugespitzt. Wir haben heute eine höhere Arbeitslosenzahl, wir haben die voll durchschlagende Hypothekarzinslast auf allen Haushalten, wir haben eine ganz deutlich gedrosselte Lohnentwicklung.

Auch ich sage freimütig, dass mir ein sorgfältig beratenes, ausgewogenes, kohärentes Krankenversicherungsgesetz lieber wäre als diese dringlichen Massnahmen, Massnahmen – das räume ich ebenfalls ein –, die gewisse Schwierigkeiten, gewisse Unflexibilitäten enthalten. Es wundert mich nicht, dass sie in der Vernehmlassung auf Widerstand gestossen sind.

Das Hearing, das wir veranstaltet haben, war in dieser Beziehung recht eindeutig, wobei hier freilich anzufügen ist, dass die Besetzung auch in hohem Masse einseitig war, denn es waren nur die direkt Interessierten vertreten, nicht aber diejenigen, die das Ganze vorab berappen müssen, nicht die Patienten, nicht die Konsumenten, nicht die Versicherten. Diese sind nicht angehört worden, es sei denn mittelbar über den Preisüberwacher, der ihre Interessen vertreten hat.

Es wäre für die Betroffenen also absolut unzumutbar, wenn wir hier nun ein Vakuum entstehen liessen und es billigten, dass die Folgen eindeutig zu deren Lasten gingen. Sie sind es, die schliesslich dann die Kosten zu zahlen haben; sie sind das letzte und meist eben auch schwächste Glied in der Kette.

Es wäre obendrein, muss ich sagen, ein parlamentarisches Possenspiel erster Güte, wollte man hier nach einem besonnenen und einsichtigen A, das man im letzten Jahr gesprochen hat, ein B nicht folgen lassen, das die Kontinuität sichert und diesen Uebergang bis zum Inkrafttreten des revidierten Krankenversicherungsgesetzes ermöglicht.

Ich glaube im übrigen, dass die Kommission auch den Zweifelnden, den Zögernden die Zustimmung und das Eintreten auf diesen vorgelegten Beschlussentwurfes jetzt erleichtert. Der Kommissionspräsident, Herr Huber, hat uns, der Kommission, ein Kompliment gemacht. Ich möchte hier – ich darf das sicher auch im Namen der Kommission tun – dieses Kompliment an ihn zurückgeben, denn es war seine Umsicht und Kompetenz, die sehr wesentlich zu dieser Lösung beigetragen haben. Ich kann mich mit einigen Einschränkungen hinter diese Lösung stellen.

Ich befürworte namentlich die in Artikel 1 vorgesehene Flexibilisierung, die nicht alle Leistungserbringer über einen Kamm schert, sondern jenen entgegenkommt, die in den letzten Jahren Zurückhaltung geübt, die die Preise nicht erhöht haben; diese sollen für diese Zurückhaltung nicht bestraft werden. Hier eine gewisse Flexibilisierung der doch sehr strikten Vorschläge des Bundesrates vorzusehen, war bestimmt richtig.

Auf der anderen Seite muss ich hier meinerseits sagen, Herr Kollege Schoch, dass jeder Schritt darüber hinaus das Fuder auf die andere Seite zum Kippen brächte. Ihr von der Minderheit seid wirklich hart und unzweifelhaft im Hineinposten von *Conditiones sine quae non*, die Ihr dann gleich gar nicht mehr zur Diskussion stellen wollt. Ihr verlangt den Fünfer und das Weggli, indem Ihr hier mit dem Minderheitsantrag nun noch einmal eine weitere Lockerung zugunsten der Ärzteschaft durchsetzen wollt. Das geht meines Erachtens zu weit. Auch die Ärzte sind zu einem Opfer angehalten; auch sie sollen ihren Beitrag leisten – das kann in guten Treuen von ihnen erwartet werden.

Ich bin zweitens einverstanden mit dem Entgegenkommen in Richtung Krankenkassen. Dass man also zulässt, dass die Krankenkassen die Prämien erhöhen für den Fall, wenn sie sonst ihre gesetzlich vorgeschriebenen Reserven angreifen müssten. Wenn sie diesen Nachweis erbringen, kann dort ein Zugeständnis gemacht werden. Ich befürworte auch die eher deklamatorische Bestimmung, wonach die Kantone Planungen im Gesundheitswesen durchführen sollten – sie hätten diese längst machen sollen und haben es teilweise auch versucht –, sowie jene Bestimmung, die festlegt, dass für Frauen und Männer gleiche Prämien gelten sollten; eine Neuerung, die wir ja im Eurolex-Verfahren bereits gutgeheissen haben und die auch im Krankenversicherungsgesetz vorgesehen ist. Schwerer fällt es mir, den Einbezug der Versicherten in diesen Bundesbeschluss zu billigen. Es ist ja ein Beschluss, der die

Prämienzahler entlasten sollte. Das war die ursprüngliche Absicht, der Grund für die Vorlage. Jetzt wird plötzlich gesagt, auch die Prämienzahler, auch die Versicherten, müssten in die Opfersymmetrie dieses Beschlusses einbezogen werden.

Diese Opfersymmetrie ist aber überhaupt aus dem Lot! Es geht nicht an, sie jetzt im Rahmen dieses Beschlusses herzustellen zu wollen. Ich lese in der Zeitschrift «Schweizer Versicherung» 4/92, also höchst aktuell, dass bei siebzehn untersuchten Ländern in keinem anderen Land punkto Gesundheitskosten eine so hohe Belastung für den privaten Haushalt herrscht wie in der Schweiz. Kein Land überwälzt soviel an den privaten Prämienzahler, an den Versicherten, wie unser Land. Das muss man sehen. Wer hier noch weitere Korrekturen und Verschiebungen durchsetzen will, verstärkt dieses Gefälle zu Lasten der Versicherten.

Das geschieht in diesem Beschlussentwurf gleich an drei Orten:

Erstens bei der Eingrenzung der Grundversicherung auf die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen, mit Ausnahme von ein paar Bereichen, wo Ausweitungen möglich sind. Das bedeutet eine Einschränkung; damit werden Leistungen, die bisher im Rahmen der Grundversicherung erbracht worden sind, nicht mehr ausgerichtet. Das heisst nichts anderes, als dass sie entweder aus eigener Tasche berappt werden oder aber über den Abschluss von Zusatzversicherungen mit entsprechenden Prämien. Das lässt sich nicht beziffern, aber es dürfte einige Millionen Franken Kostenverlagerung bedeuten.

Ein zweiter Bereich: Die Abgeltung von Arzneimitteln ist auf die Spezialitätenliste beschränkt worden. Bisher wurden alle Arzneimittel, alle Heilmittel, von den Versicherungen übernommen, jetzt nur noch jene, die auf dieser Spezialitätenliste stehen. Auch das bedeutet, dass der einzelne entweder aus eigener Tasche zahlen oder aber eine Zusatzversicherung abschliessen muss.

Es bedeutet noch einiges mehr: Ganz bestimmte Heilmittel werden nun nicht mehr berücksichtigt, weil sie nicht auf die Spezialitätenliste kommen. Wenn das durchgeht, müsste hier zu allermindest die zuständige Kommission erweitert werden, denn ein sehr einseitiger «Klub» entscheidet bisher über Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Medikaments auf die Spezialitätenliste. Es müssten z. B. Vertreter der Alternativmedizin, der Homöopathie und anderer Bereiche einbezogen werden, damit die Spiesse wenigstens gleich lang sind.

Die dritte Kostenverlagerung betrifft die Kostenbeteiligung im stationären Bereich, also den Einbezug der Franchise und das Taggeld, das bei einem Spitalaufenthalt entrichtet werden soll. Ursprünglich waren so 300 bis 400 Millionen Franken Ueberwälzung vorgesehen; ich nehme an, dass durch die Begrenzung des Höchstbetrages der Eigenbeteiligung auf 500 Franken eine Reduktion erfolgt ist. Aber 200 bis 300 Millionen Franken sind es allemal, die auch hier wieder auf die Versicherten überwälzt werden.

Es ist also eine dreifache Mehrbelastung in diesem Beschluss vorgesehen. Sie ist so nicht annehmbar. Das Fuder ist überladen; es gilt hier eine Korrektur vorzunehmen. Herr Roth und ich schlagen Ihnen vor, auf diese Kostenbeteiligung im stationären Bereich zu verzichten, es bei den anderen beiden, die schon schmerzlich genug sind, zu belassen, aber nicht darüber hinauszugehen.

Ich fasse zusammen: Ich bin für Eintreten auf die Vorlage. Ich bin dafür, dass wir Kontinuität schaffen und dass der Bundesbeschluss, der Ende dieses Jahres ausläuft, verlängert wird. Ich bin aber nicht dafür, dass die Opfersymmetrie zu Lasten der Versicherten einseitig interpretiert wird, und bitte Sie, bei der Kostenbeteiligung im stationären Bereich eine Korrektur vorzunehmen. Und ich bin gegen jede weitere Aufweichung des Artikels 1, wie sie in Minderheitsanträgen vorgeschlagen wird.

On. Morniroli: Nel mio intervento del dicembre 1991, avevo messo in dubbio la presenza di basi costituzionali per l'emanazione di un decreto urgente a proposito dei costi della salute.

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen ist seit zwanzig Jahren bekannt, womit die zeitlichen Voraussetzungen fehlen.

Auch die materiellen Voraussetzungen sind nicht gegeben, da die Gesamtausgaben mit rund 7 Prozent des Bruttosozialproduktes absolut im Mittel derjenigen aller Industrienationen liegen.

Ich knüpfe an die Aussage von Herrn Schoch an und muss, was das revidierte KVG anbelangt, festhalten, dass – das muss ganz klar gesagt werden – die Kosten im Gesundheitswesen nicht wesentlich reduziert werden können, auch nicht wesentlich gebremst; es sei denn, man limitiere die Leistungen wie in anderen Ländern, wo über 65jährige Patienten einfach nicht mehr in Intensivstationen aufgenommen werden, um nur ein Beispiel zu nennen.

Angesetzt werden muss bei der Finanzierung. Ich sehe zwei Hauptpfeiler: erstens eine reelle, für alle gleiche Prämie, wobei für die finanzschwachen Versicherten eine direkte Subventionierung erfolgt, indem z. B. der zugestandene Betrag direkt bei der Steuerrechnung abgezogen wird – kein Problem in der Computerära, denke ich –; zweitens progressive, den finanziellen Verhältnissen des einzelnen angepasste Kostenbeteiligungen. Der Selbstbehalt pro Jahr darf für gewisse Leute ruhig bei 10 000 oder auch mehr Franken liegen. Nur mit einer angemessenen Kostenbeteiligung kann eine Dämpfung des «Konsumismus», der im Bereich der Medizin existiert, erreicht werden.

Um auf die Verfassungsmässigkeit zurückzukommen: Ich will mich nicht auf juristische und verfassungsrechtliche Aeste hinauslassen, frage mich aber, ob die Ueberlegungen von Professor Thomas Fleiner von der Universität Freiburg auch auf den Bereich der Tarifplafonierung zutreffen. In einem Rechtsgutachten hat er die Prämienplafonierung im Bereich der Krankenversicherung als verfassungswidrig beurteilt. Ich überlasse es den Rechtsgelahrten, diesen Punkt zu klären.

Considération générale. Les efforts du corps médical pour contribuer à freiner la hausse des coûts n'ont jamais été reconnus.

Die Kostensteigerung sei eine Folge der Mengenausweitung, wird von Seiten der Krankenkassen und Behörden gesagt. Nun gut. Allerdings kann der einzelne Arzt über die Menge nur die Kosten pro Fall beeinflussen, nicht aber die pro Jahr anfallenden Gesamtkosten, welche ja auch durch die vom Arzt nicht beeinflussbare Anzahl der Fälle entstehen.

Es lohnt sich, einen Blick in die letzte vom Bundesamt für Sozialversicherung veröffentlichte Statistik über die soziale Krankenversicherung zu werfen: Zwischen 1989 und 1990 – in der letzten statistisch erfassten Jahresentwicklung – ist der LIKP (Landesindex der Konsumentenpreise) um 5,4 Prozent, der Lohnindex um 5,8 Prozent, der Teilindex ärztliche Leistungen um 2 Prozent – inklusive Mengenausweitung – angestiegen. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen sind in der gleichen Zeitspanne um 12 Prozent gestiegen.

Sozusagen einem «Geschenk des Himmels» ist die bescheidene Zunahme bei den ärztlichen Behandlungskosten nicht zuzuschreiben. Sie ist zumindest teilweise Ausdruck und Resultat der Bemühungen der Aerzte um ein kostenbewusstes Praktizieren und einer restriktiven Tarifpolitik. Dieses stete Bemühen ist denn auch nicht spurlos am durchschnittlichen Aerzteeinkommen vorübergegangen. Ein realer Einkommensverlust von rund 25 Prozent – gegenüber einer Steigerung der Angestelltegehälter und Arbeiterlöhne um nahezu 40 Prozent – innerhalb von zwanzig Jahren war die Folge. Wachsende wirtschaftliche Schwierigkeiten bis hin zu derzeit noch vereinzelt – ich frage mich wie lange noch – Konkursanmeldungen sind die logische Konsequenz dieser Sparbemühungen.

Zusammenfassend: Warum will man eigentlich die Tarife stoppen, wenn doch ihr Anstieg schon seit Jahren unter dem Anstieg der Konsumentenpreise und noch deutlicher unter demjenigen der Löhne liegt? Warum überhaupt ein Tarifstopp, wenn man zugibt, dass das Problem gar nicht dort liegt?

Hierbei ist noch zu bemerken, dass die Tarife, die bei der Krankenversicherung zur Anwendung gelangen, ausgehandelt zwischen kantonalen Aerztesgesellschaften und Krankenkassenverbänden, den Kantonsregierungen zur Genehmigung unterbreitet, seit neuestem auch dem eidgenössischen Preisüberwacher vorgelegt werden müssen.

Zu meinen Anträgen: Der Zentralvorstand der FMH lehnt den Tarifstopp generell ab. Als Parlamentarier schlage ich eine sicherlich annehmbare Kompromisslösung vor. Gut, die Aerzte sollen nochmals ein Opfer erbringen, aber auch andere sollen an der Kostendämpfung mitwirken. Für einen Arzt mit freier Praxis kommt ein Tarifstopp ja nicht einer Stabilisierung seines Einkommens gleich, sondern einer Reduktion seines Realeinkommens. Rund 50 Prozent der Bruttoeinnahmen werden anerkannter Weise durch die Praxiskosten aufgebraucht, und diese machen vor der Teuerung nicht halt.

Da es letzten Endes um eine Einsparung im Bereiche des Bundeshaushaltes geht, werde ich eine Motion einreichen – gewissermassen als flankierende Massnahme, oder um die Opfersymmetrie von Herrn Onken ein bisschen auszudehnen –, welche Begrenzungen, wie ich sie in meinem Antrag für das Personal im stationären Bereich vorsehe, analog für den Teuerungsausgleich des Bundespersonals fordert.

Alle sollen ein bisschen mithelfen dürfen, auch die Bundesräte und die hohen Beamten, inklusive der Preisüberwacher, der ja sowieso mit dem guten Beispiel vorausgehen sollte. In diesem Sinne werde ich für Eintreten stimmen und dann in der Detailberatung meinen Antrag erläutern.

Les efforts du corps médical pour contribuer à freiner la hausse des coûts n'ont jamais été reconnus à leur juste valeur par le public. C'est pourquoi, nous autres médecins, avons appris à vivre avec cette réalité et nous nous sommes efforcés, pour la bonne cause, de satisfaire aux préceptes de l'économie avec des moyens de plus en plus restreints, et de maintenir malgré tout le haut niveau des prestations. Les statistiques en sont la preuve. Sur la base de l'indice de cent pour le mois de décembre 1982, les prestations médicales ont atteint 127,4 au mois d'avril 1992, alors que l'indice général des soins de santé est passé à 143,4 et l'indice suisse des prix à la consommation (ISPC) à 133,3 au cours de la même période.

La progression des dépenses de la santé dans le domaine des soins ambulatoires, laquelle dépasse celle de l'ISPC, s'explique par le phénomène de l'extension du volume des prestations. Ce facteur de coût a lui-même des origines complexes et ne peut être simplement imputé au corps médical en le qualifiant de solution de facilité pour obtenir une compensation du renchérissement. Bien que sur un plan purement théorique pour le moment, ce point de vue a été admis de manière générale, les implications pratiques se font encore attendre.

Dans ce contexte, le Conseil fédéral présente son programme de mesures urgentes pour 1993–1994 contre l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie, programme dont il est déjà reconnu qu'il ne résout rien. Il ne fait que remettre à plus tard la résolution de problèmes qui seront alors devenus encore plus brûlants.

Cédant à la pression des cantons, le gouvernement nous propose de desserrer quelque peu le frein imposé aux dépenses des hôpitaux, responsables à eux seuls de la moitié des coûts, et pour cela d'imposer un gel absolu des tarifs aux médecins en pratiques privées qui ne représentent, quant à eux, que le sixième des coûts de la santé. Lorsque M. Cotti, conseiller fédéral, affirme que ce blocage des tarifs ne demande qu'un petit effort de la part des médecins, il oublie volontairement les sacrifices que ceux-ci font, année après année, depuis plus de vingt ans, sous la forme d'adaptations tarifaires tronquées et généralement retardées de plusieurs années, à l'exemple du canton de Soleure, où la dernière adaptation a eu lieu le 1er janvier 1985, sur un indice de 1984.

Bundesrat Cotti: Man muss feststellen, dass Sie trotz der ungewohnten Stunde, und nachdem Sie Ihre Blicke in diesen Wochen eher über die Grenzen richteten, noch in der Lage sind, über die landesinternen Probleme sehr vertiefte und interessante Diskussionen zu führen.

Ich möchte Herrn Kommissionspräsident Huber auch ein Wort der Anerkennung aussprechen. Es war wirklich nicht leicht, in wenigen Wochen eine so schwierige Thematik anzupacken und besonders innerhalb eines relativ reduzierten Bundesbeschlusses doch die wesentlichen Probleme, die mit unserem Gesundheits- und Krankenversicherungssystem verbunden

sind, noch einmal herauszustreichen. Dies ist Ihnen gelungen, und ich möchte der Kommission für ihre Arbeit danken.

Einige von Ihnen haben ihr Votum mit einem Blick auf das Umfeld begonnen, in welchem man sich im Krankenversicherungsbereich bewegt. Ich gestatte mir, dasselbe zu tun.

Ich wiederhole einfach die Zahl, die hier schon genannt worden ist. Es sind natürlich nur Schätzungen, aber wir wissen ja, dass in diesen Bereichen die Schätzungen eher zu tief als zu hoch ausfallen. Es sind die Schätzungen des Bundesamtes für Sozialversicherung bezüglich der Kosten- und Prämienentwicklungen bis 1994.

Warum 1994? Weil man sehr optimistisch damit rechnet, dass die Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes bis dann in Kraft tritt. Diese Schätzungen gehen von einem durchschnittlichen Prämienwachstum zwischen 20 und 30 Prozent aus, dem ein Kostenwachstum von 12 bis 15 Prozent vorangeht.

Wenn Sie sich die Prämienentwicklung der letzten Jahre ansehen und sie mit der Entwicklung der Teuerung vergleichen, dann verstehen Sie mindestens zweierlei: erstens, dass diese Entwicklung für eine immer breitere Schicht unserer Bevölkerung untragbar wird; und zweitens, dass die Behauptung, die ich schon oft aufgestellt habe – die Krankenversicherung sei im ganzen Sozialversicherungsbereich der Schweiz bei weitem der am wenigsten soziale Sektor –, nicht nur stimmt, sondern je länger, je mehr stimmt. Das soll gleichsam das Umfeld der heutigen Debatte sein.

Das bedeutet, dass nach meiner persönlichen Auffassung dieser Trend nicht mehr viele Jahre so wird anhalten können. Man gelangt in die Nähe eines Bruchs, welcher unser heutiges Gesundheitssystem und die entsprechenden Versicherungen in irgendeiner Form ins Wanken geraten lässt. Ich wage diese Behauptung und wünsche mir, dass mir die künftige Entwicklung widersprechen wird.

Wenn es zu diesem Bruch kommen würde, wäre das besonders schmerzhaft; denn wir haben ein gutes System. Wenn wir es mit den Systemen im Ausland vergleichen, ist es sogar ausgezeichnet. Wir wollen nicht lange darüber diskutieren, ob wir erste und zweite Klassen haben. Wir wissen, dass man in unserem System auch in der zweiten Klasse ausgezeichnet behandelt wird, im medizinischen und im wissenschaftlichen Bereich wie auch im Betreuungsbereich. Wir möchten deshalb an diesem System festhalten. Das hat Ihnen der Bundesrat einige Male gesagt.

Aber ich betone noch einmal: Der Bruch nähert sich, wenn nichts getan wird. Wie soll ich das erklären, damit Sie nicht lange eine Interpretation des Bruchs verlangen müssen? Es wird natürlich keine Revolution entstehen. Aber das Schweizervolk könnte gefährliche Änderungen am System veranlassen, die dann die Qualitäten des Systems wesentlich gefährden könnten. Auch das muss eine Rahmenbedingung für die heutige Diskussion sein.

Die Totalrevision ist angesprochen worden. Sie ist das «Allheilmittel», wenn Sie mir das Wort in der Diskussion über das Gesundheitswesen gestatten. Die Totalrevision wird sogar gleichsam als Wundermittel betrachtet. Wir sollten bis dahin warten und uns durchkämpfen, wurde gesagt.

Frau Beerli, Herr Schoch, wem sagen Sie das? Ich kämpfe seit Jahren für die Totalrevision, und wir wollen sie so schnell wie möglich durchberaten haben. Wenn Sie mir gestatten, das zu sagen: Es liegt auch ein bisschen an Ihnen; denn der Revisionsentwurf ist ja jetzt bei Ihnen.

Wir möchten also die Totalrevision erstens rasch durchberaten haben und sie zweitens intakt durchbekommen. Bei diesen Problemen ist es sehr leicht, die Zähne herauszubringen, die wirklich greifen; denn wenn man Totalrevision sagt, kennt man ja die Inhalte noch nicht.

Ich wünsche genau wie Sie, dass die Totalrevision schnell, sehr schnell über die Bühne des Parlamentes geht. Ich bin ja auch ein wenig daran beteiligt.

Doch sage ich Ihnen jetzt schon: Diese Totalrevision wird nicht so leicht durchkommen, wenn sie eine Totalrevision bleiben soll. Das sage ich heute nicht zum ersten Mal. In den verschiedenen Diskussionen zur Volksinitiative der Krankenkassen habe ich oft gesagt: Es ist sehr schön zu sagen: Kämpfen wir

gegen die Initiative der Krankenkassen, wir haben die Totalrevision.

Diese Totalrevision wird nicht leicht durchkommen. Ich sage Ihnen auch warum, Herr Schoch: Nicht etwa, weil wir jetzt über kurzfristige Massnahmen diskutieren, die dem einen passen und dem anderen nicht, sondern weil die Philosophie, die wir hier bei diesen kurzfristigen Massnahmen im Kleinen haben, auch die Totalrevision kennzeichnet.

Herr Huber hat es schön gesagt: Wir leben in einem System der hochentwickelten Egoisten. Ich möchte Sie bitten, Herr Schoch: Wenden Sie sich an diese Egoisten, sollte die Totalrevision unglücklicherweise scheitern, und fragen Sie nicht, ob jetzt für eine Ueberbrückung gewisse Massnahmen notwendig sind oder nicht.

Ich möchte schon heute davor warnen, die Proportionen aus den Augen zu verlieren. Wir haben in der Krankenversicherung seit Jahrzehnten keine kleine und keine grosse Revision erreicht, auch wenn keine mittelfristigen und kurzfristigen Massnahmen bevorstanden. Es sind eben die hochentwickelten Egoisten, die das verhindert haben. Und wenn heute jemand in dieser Saale meinen sollte, die heutige Diskussion der kurzfristigen Massnahmen verhindere die künftige Totalrevision, dann muss ich ihm antworten: So ist es nicht.

Forschen wir nach den Gründen für ein mögliches Scheitern der Totalrevision: Sie wird – das muss ich sagen – allen Beteiligten grössere Opfer abverlangen als die kleinen Revisionen, die der Bundesrat heute für ein Jahr zu verlangen wagt.

Wir stehen weiterhin für eine Totalrevision ein, und ich bin Ihrer Kommission dankbar, dass sie so schnell vorangeht. Ich hoffe, dass der Nationalrat ein ähnliches Tempo anschlagen wird. Ob es bis zur Totalrevision noch ein oder zwei Jahre dauert, so lautet doch die Frage: Wie sollen wir diese Zeit angesichts der Kosten- und Prämienentwicklung überbrücken?

Der Bundesrat hat Ihnen einige Vorschläge unterbreitet. Frau Beerli, ich sage Ihnen gleich – damit wir uns im klaren sind –, dass der Bundesrat auch keine Freude an diesen Vorschlägen hatte. Der Bundesrat ist nicht froh, hier gewisse Opfer verlangen zu müssen. Wir hätten lieber ein System, welches auch in der Kosten- und in der Prämienfrage funktionieren würde. Aber wir mussten handeln. Es kam eine Vernehmlassung mit einem total negativen Resultat. Zwar waren einige welsche Kantone dafür. Einige Vernehmlasser waren dafür; ich komme nachher darauf zurück. Aber die meisten anderen waren dagegen.

Kurz eine Klammerbemerkung: Die Patientenorganisationen, Frau Beerli, und die Konsumentenorganisationen waren natürlich dafür. Das muss man selbstverständlich sagen. Sie haben wahrscheinlich ein kleineres Gewicht, aber auf alle Fälle weniger Möglichkeiten, sich bemerkbar zu machen, als andere, ebenfalls bedeutungsvolle Organisationen. Wie ich vernommen habe, wurden in den Hearings mehr Vertreter von Leistungserbringern angehört als von Organisationen, die sich positiv aussprachen.

Aber gehen wir von der Voraussetzung aus, dass die Vernehmlassung negativ war. Die Frage lautete dann für den Bundesrat: Wollen wir es wagen, dem Parlament trotz der allgemein negativen Haltung unsere Vorschläge zu unterbreiten, oder wollen wir den meisten Vernehmlassern folgen und einfach auf kurzfristige Ueberbrückungsmassnahmen verzichten?

Ich glaube, der Bundesrat hat hier seine politische Verantwortung wahrgenommen.

Wer in guten Treuen meint, er dürfe nicht eintreten, soll es tun. Wir waren der Meinung, dass trotz der grossen Opposition der Versuch gemacht werden muss. Wir haben das im echten, substantiellen Sinne getan und in der Meinung, dass am Schluss jeder seine Verantwortung übernehmen müsse. Beim Bundesrat liegt sie nicht mehr. Beim Parlament könnte die Verantwortung liegen, wenn Sie nicht eintreten.

Welches sind die Ziele unserer kurzfristigen Ueberbrückungsmassnahmen? Das erste Ziel ist – wie letztes Jahr –, Massnahmen zu beschliessen, die besonders bei den Versicherten und den Kranken eine Ueberbrückung gestatten. Ich betone: besonders bei den Versicherten und den Kranken. Denn wenn man von Opfersymmetrie spricht, darf man nicht vergessen,

dass in den vergangenen Jahren die Opfer besonders von ihnen getragen worden sind.

Schauen Sie einmal, wie die Entwicklung bei den Prämien war, und vergleichen Sie die Entwicklung in den anderen Sektoren. Sie werden dann feststellen, dass ohne Zweifel dort die grössten Opfer gebracht worden sind. Deshalb möchte ich mich dagegen wehren, hier eine neue Opfersymmetrie herzustellen, die die Zeit schon hergestellt hat. Unser Hauptziel war, eine Ueberbrückung zu finden, die die Versicherten und Kranken in diesem Lande möglichst schont.

Ein zweites Ziel ist dasselbe, das wir schon letztes Jahr im Entwurf hatten, den Sie leider auf ein Jahr beschränkt haben. Es entspricht dem Mandat des Parlamentes: Sie haben gesagt, besonders die Interessen der Kantone seien zu wahren. Ich muss hinzufügen: Das war für uns verbindlich; deshalb schlägt Ihnen der Bundesrat eine Lösung vor, die den Kantonen eindeutig besser entgegenkommt als diejenige des letzten Jahres.

Die dritte Zielsetzung war es, aufgrund der letztjährigen Erfahrungen diejenigen noch etwas mehr zu schonen, die letztes Jahr etwas schlecht davongekommen sind – ich meine die Krankenkassen.

Lassen Sie mich noch ein Wort über die Resultate der letztjährigen Beschlüsse für 1992 sagen. Es ist vielleicht dem Schweizer Volk zu wenig bekannt, aber wir sind in der Lage zu sagen, dass bis heute 67 Prozent aller Versicherten in der Schweiz ihre Prämien nicht über 10 Prozent haben anwachsen sehen. 67 Prozent haben also profitiert. Für weitere 28 Prozent der Versicherten liegen noch drei Beschwerden beim Bundesrat vor. Sollten diese auch abgewiesen werden, wie es das EDI in erster Instanz schon gemacht hat, dann lägen wir bei 95 Prozent. Das BSV hat den Krankenkassen nur bei 5 Prozent aller Versicherten Ausnahmen gewährt, die über 10 Prozent hinausgingen. Das soll Ihnen doch beweisen, dass die Massnahmen gegriffen haben, denn Sie wissen es: Es lagen Prämien erhöhungen in der Grössenordnung von 23 bis 30 Prozent in der Luft.

Die Massnahmen des letzten Jahres haben also eindeutig gegriffen, aber die Lasten wurden leider zum grössten Teil von den Krankenkassen getragen. Die Massnahmen auf der Kostenseite, die wir vorgesehen hatten, konnten noch nicht greifen – wir hatten das letztes Jahr vorausgesagt. Sie haben es gestoppt, und so ist es so herausgekommen, dass die Kassen eindeutig die Leidtragenden waren. Deshalb ist es unser drittes Ziel, auch die Krankenkassen hier etwas mehr zu schonen. Wenn das gesagt wird, dann sehen Sie, wie unsere Vorschläge sich ausgestaltet haben. Wir haben eine Erhöhung der Tarife für ein Jahr von vornherein ausgeschlossen, und für das folgende Jahr ist die Frage noch offen, und zwar nicht nur für die Aerzte, sondern auch für die anderen Leistungserbringer. Ist es zuviel, ist es zuwenig? Wir werden in der Diskussion zu Artikel 1 darauf zu sprechen kommen.

Ich sage das, auch wenn ich weiss, dass die Aerzteschaft in diesem Lande das nicht gern hört. Ich sage, dass dies für ein Jahr zumutbar ist. Es ist – trotz Ihrer Bemerkungen, Herr Schoch – zumutbar. Natürlich gibt es für gewisse Aerzte in diesem Jahr einen kleinen Gewinneinbruch. Aber betrachten Sie doch die Entwicklung, die es in den letzten Jahren gegeben hat, und vergleichen Sie sie noch einmal mit derjenigen hinsichtlich der Patienten und der Versicherten. Es tut mir leid, das sagen zu müssen: aber es gibt doch gewisse Ungleichgewichte, die wir wieder ausgleichen sollten. Niemals hätten wir es gewagt, das für eine lange Zeit zu machen. Aber für ein Jahr schien uns das objektiv vertretbar.

Dazu eine Klammerbemerkung: Sie wissen, diese Probleme betreffen ja nicht nur die Schweiz. Die Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einer ähnlichen Situation; ich könnte sogar sagen, in einer noch verfahreneren Situation, als es die unsrige ist. Jetzt lese ich in Zeitungen aus der Bundesrepublik Deutschland Vorschläge dieser Art.

Ich erwähne einen anderen Sektor, der hier involviert ist: Von der Chemie wird gesagt – ich zitiere den Chef einer Grossfirma aus der Bundesrepublik Deutschland –: «Wir haben von uns aus angeboten, zwei Jahre lang auf Preiserhöhungen für Arzneimittel zu verzichten.» Ich wäre froh, wenn man einmal frei-

willig in zumutbarer Art und Weise auch bei uns in diese Richtung gehen könnte. Man würde wahrscheinlich nicht mehr dem Bundesrat vorwerfen, er komme mit starren, unzumutbaren Massnahmen und Vorschlägen.

Aber so weit sind wir nicht gekommen; wir hätten auch unserer Aerzteschaft für ein Jahr diese Geduld zugemutet, die nicht zu sehr schmerzt. Wenn das nicht möglich ist, muss man sich halt damit abfinden.

Ich möchte jetzt noch kurz über die Frage berichten, wie sich der Bundesrat zu den Anträgen der Kommission stellt. Die Anträge der Kommission haben – wie Herr Huber gesagt hat – eine gewisse Flexibilität gebracht. Zum Teil wird sie der Bundesrat nicht bestreiten. Ich werde bei der Behandlung der entsprechenden Artikel darauf zurückkommen.

Bereits hier möchte ich sagen, dass die Ausnahmen bei Artikel 1, die – wenn die heutigen Informationen stimmen – potentiell für die Aerzteschaft in fünf Kantonen vorgesehen werden, sofern die anderen Bedingungen von Artikel 1 Absatz 2 erfüllt sind, mich nicht begeistern. Ich sage das einmal mit dieser Formulierung.

Es ist wahr, dass die Aerzteschaft dieser fünf Kantone ein Jahr länger oder ein paar Jahre länger mit Anpassungen des Taxpunktwertes gewartet hat. Aber es wäre möglicherweise zumutbar, dass man auch ein Jahr weiter zurückgeht. Es kommt bei mir keine Begeisterung für diesen Vorschlag auf.

Dann komme ich aber auf das Hauptthema zurück, nämlich auf das Thema der Kranken und der Versicherten, um Ihnen zu sagen, dass mir besonders Artikel 3 wirklich nicht gefällt. Sie haben in Artikel 7 Vorschläge gebracht, die auch von den Kranken und von den Versicherten gewisse Opfer verlangen. Im Sinne eines Entgegenkommens für die an sich berechtigten Anliegen der Kommission könnte sich der Bundesrat mit den Vorschlägen in Artikel 7 zufriedengeben. Artikel 3 gibt uns mehr zu schaffen, und zwar wegen der Ausgestaltung der Selbstbehalte.

Letzten Endes bin ich der Kommission dankbar, dass sie Eintreten beantragt. Ich bin auch dankbar für Ihren grossen Beitrag zu einer Diskussion, die heute noch nicht beendet ist, und bitte um Eintreten.

Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen

Le conseil décide sans opposition d'entrer en matière

Detailberatung – Discussion par articles

Titel und Ingress

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Art. 1

Antrag der Kommission

Mehrheit

Abs. 1

.... geltenden Höhe begrenzt. Für die Spezialitätenliste der zur Rezeptur für die Krankenkassen empfohlenen pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel gilt der 15. September 1992 als Sticht datum.

Abs. 2

Wurde der Taxpunktwert in den Jahren 1990–1992 nicht angepasst und ist nachgewiesen, dass die Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bei den betreffenden Leistungserbringern gleichzeitig um nicht mehr als den Landesindex der Konsumentenpreise plus einen Drittel angestiegen sind, so gestattet der Bundesrat für 1993 in Abweichung von Absatz 1 bei diesen Leistungserbringern eine Erhöhung des Taxpunktwertes. Der Taxpunktwert darf jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahr 1993 liegt.

Si la dernière adaptation au renchérissement a eu lieu au cours de la période

la compensation du renchérissement au 1.1.1993 sera (pour cent de l'augmentation de l'IPC 1.1.1992–31.12.1992)

1.1.1992–31.12.1992	0
1.1.1990–31.12.1991	25
1.1.1988–31.12.1989	50
1.1.1986–31.12.1987	75
avant le 31.12.1985	100

Si, en 1992, l'augmentation des frais moyens

Al. 2

.... d'après l'indice suisse des prix à la consommation, la compensation du renchérissement octroyée au personnel est limitée de la manière suivante:

<i>Revenu annuel brut</i>	<i>Compensation (pour cent de l'indice des salaires)</i>
moins de 80 000 francs	100
80 000–99 999 francs	75
100 000–119 999 francs	50
120 000–139 999 francs	25
plus de 140 000 francs	0

Les fournisseurs de prestations justifient

Al. 3 (nouveau)

La compensation du renchérissement accordée au personnel des caisses-maladie est soumise aux mêmes limites que pour le personnel occupé dans le domaine hospitalier, selon l'alinéa 2.

Abs. 1–3 – Al. 1–3

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: Ich möchte Ihnen vorschlagen, die Absätze 1 bis 3 von Artikel 1 gemeinsam zu behandeln. Sie sehen, dass die Versionen Bundesrat, Kommissionsmehrheit und Kommissionsminderheit auf der Fahne jeweils sehr kunstvoll nebeneinandergestellt sind. Auch wenn die Nummerierung nicht der gewöhnlichen entspricht, entsprechen sich die Inhalte jeweils horizontal. Ich möchte darum bitten, dass wir sie demgemäss behandeln.

Zum Materiellen: Hintergrund der ganzen Bestimmung ist die Tatsache, dass der Kostenanstieg auch 1992 wieder über 12 Prozent beträgt. Der ambulante Sektor, inklusive Medikamente, ist mit 60 Prozent daran beteiligt, d. h. mit anderen Worten, dass eine Massnahme, die hier ansetzt, auch greifen wird. Zudem belastet der ambulante Sektor die Prämienzahler mehr als der stationäre, denn der Versicherte zahlt einen Selbstbehalt von 10 Prozent, und die restlichen 90 Prozent werden von den Krankenkassen über die Prämien bezahlt – im Unterschied zur stationären Behandlung, wo eben an den Spitälern die Kantone in grösserem oder kleinerem Masse beteiligt sind.

In den ambulanten Kosten sind sowohl die ärztliche Behandlung als auch die Medikamente und die Behandlung durch ärztliche Hilfspersonen eingeschlossen, denn auch die beiden letztgenannten Aufwendungen erfolgen ja durch Verordnung des Arztes bzw. durch Selbstabgabe von Medikamenten, wenn es sich um einen selbstdispensierenden Arzt handelt. Diese ambulanten Kosten sind als eine Einheit zu sehen. Ich bin völlig mit Ihnen einverstanden, dass ein Preis- und Tarifstopp eine unsympathische und ungeliebte Massnahme ist. Das einzige, was für sie spricht, ist die Tatsache, dass es kurzfristig keine andere gibt. Das Mengenproblem können wir nämlich nicht kurzfristig lösen. Wir bekommen es erst in den Griff, wenn Vergleichsmöglichkeiten offenstehen. Die entsprechenden Statistiken werden in der Zukunft zur Verfügung stehen; wir haben sie heute nicht, deshalb können wir die Menge nicht beeinflussen. Wenn wir einmal Fallpauschalen und Statistiken haben – was kostet eine Blinddarmoperation im Kanton Solothurn, was im Kanton Aargau und was im Kanton Thurgau –, können wir die Differenzen feststellen; das gibt uns einen Hinweis auf die Menge.

Hier können wir es nicht tun, hier können wir nur auf die Preise einwirken. Das tun wir mit einem Stopp für ein Jahr. Eine Lockerung ist 1994 möglich, wenn der Anstieg nicht grösser ist als der Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel.

Was Absatz 2 betrifft, ist der Hintergrund der folgende: Nicht in allen Kantonen haben die Tarifpartner in den letzten Jahren

die Taxpunktwerte angepasst. Das heisst, es gibt Kantone, in denen die letzte Anpassung recht weit zurückliegt (sie geht auf das Jahr 1985 zurück). Diese Kantone bzw. die dortigen Leistungserbringer sind natürlich besonders benachteiligt, wenn jetzt auf dem heutigen Stand eingefroren wird. Das ist wie bei der Milchkontingentierung: Jene, die Mass gehalten, nicht angepasst haben, kommen dann, wenn auf einem bestimmten Stand eingefroren wird, zu kurz.

Deshalb schien es der Kommissionsmehrheit richtig, dass für die Kantone, die das letzte Mal vor 1990 angepasst haben oder – wie es in der Vorlage heisst – die den Taxpunktwert in den Jahren 1990–1992 nicht angepasst haben, der Taxpunktwert erhöht werden darf, allerdings unter einer Bedingung. Wenn Sie sich vorstellen, dass die Kosten das Produkt aus Menge mal Preis sind, der Preis aber tief bleibt, dann müssen ja die Kosten auch tiefer bleiben. Wenn sie gleich stark ansteigen wie an anderen Orten, heisst das, dass die Menge angestiegen ist. Wir möchten natürlich verhindern, dass der Taxpunktwert nun dort, wo der tiefe Taxpunktwert gilt, wo aber einfach durch die Kompensation der Menge wieder das gleiche Kostenniveau erreicht wird, ebenfalls noch angehoben wird.

Es tut mir leid, dass es eine relativ technische Materie ist, aber es ist wie überall: Wenn man etwas gerechter sein will, wird man auch komplizierter; ein einfacher Schnitt – da bin ich mit Herrn Bundesrat Cotti einverstanden – ist das einfachere.

Trotzdem scheint uns die Flexibilisierung angezeigt und vertretbar, auch vor dem Hintergrund der starken Opposition, die dem Artikel 1 erwachsen ist.

Ich bitte Sie also, grundsätzlich dem Bundesrat zuzustimmen und Absatz 2, wie ihn die Kommissionsmehrheit eingefügt hat, ebenfalls anzunehmen.

Schüle, Sprecher der Minderheit: Aus Zeitgründen habe ich auf ein Votum zum Eintreten verzichtet, in der Hoffnung, Sie würden mir eine kurze Vorbemerkung gestatten.

Ich habe meine Skepsis gegenüber den dringlichen Massnahmen seit dem letzten Winter nicht abgelegt. Im Gegenteil: Sie hat sich gerade aufgrund der Erfahrungen, die wir mit dem dringlichen Bundesbeschluss von 1991 gemacht haben, noch verstärkt. Erfahrungen, die vor allem für die Kantone im Bereiche der Tarife ausserordentlich negativ sind.

Ich spreche nicht den ungelösten Konflikt zwischen den Krankenkassen und dem Kanton Schaffhausen im Bereich der Spitaltarife an, mit dem der Bundesrat und neuerdings über eine Aufsichtsbeschwerde auch die Bundesversammlung befasst ist. Ich spreche von der direkten Folge dieser Beschlüsse im Bereich der Spitaltarife.

So hat etwa der Regierungsrat des Kantons Zürich auf den 1. Juli dieses Jahres beschlossen, den Schaden für die eigenen Kantonsfinanzen durch sehr drastische Aufschläge für ausserkantonale Patienten zu begrenzen, und zwar in einem Ausmass von teilweise über 100 Prozent. Beispiel: Für das Universitätsspital werden neu Taxen von 775 Franken statt 364 Franken verrechnet. Was sagt der Bundesrat dazu?

Sie haben gesagt, man müsste die Resultate nun auch gegenüber dem Volk transparent machen. Herr Bundesrat, auch das ist ein Resultat! Wie ist das mit dem geltenden Recht zu vereinbaren, vor allem mit dem Geist, der von diesen Sofortmassnahmen ausgehen sollte?

Meine Skepsis verstärkt sich auch mit Blick auf die Stossrichtung der neuen Vorlage des Bundesrates. Damit komme ich konkret auf den Minderheitsantrag zu sprechen.

Die Vorlage ist problematisch, weil sie in die falsche Richtung geht, weil wir gerade die ambulante medizinische Versorgung fördern müssen. Die frei praktizierenden Aerzte aber werden hier am rigorosesten getroffen.

Unsere Minderheit – das sei vorweg erklärt – ist einverstanden, dass wir Tarif- und Preisgestaltung für den ambulanten und für den stationären Bereich nun unterschiedlich regeln. Hier in Artikel 1 müsste der Titel auf der Fahne angepasst und es müsste von «Tarifen und Preisen im ambulanten Bereich» gesprochen werden.

Bundesrat und Kommissionsmehrheit wollen im ambulanten Bereich die Tarife und Preise für das nächste Jahr auf der Basis von Mitte 1992 begrenzen. Die Kommissionsmehrheit hat

dann diesen Preisstopp in Artikel 1 Absatz 2 für fünf Kantone gelockert, u. a. für Zürich und Bern, mit dem Effekt, dass doch ein Drittel der Schweizer Bevölkerung dann bereits für das nächste Jahr mit Prämien erhöhungen rechnen muss, im Rahmen eben dieser Formel: Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise plus einen Drittel.

Ich muss an dieser Stelle auf eine Unausgewogenheit im Antrag der Mehrheit verweisen. Gemäss Absatz 2 ist nachzuweisen, dass die Behandlungskosten um nicht mehr als die Konsumentenpreise gemäss Landesindex plus einen Drittel angestiegen sind. Dann gestattet der Bundesrat eine Erhöhung des Taxpunktwerthes. Umgekehrt gesagt: Wo diese Kosten noch stärker angewachsen sind, könnte diese Erhöhung der Taxpunktwerthe gar nicht gestattet werden. Wo da die Logik bleibt, ist für mich nicht nachvollziehbar. Dieser Mehrheitsantrag ist auch nur mit Stichentscheid des Kommissionspräsidenten zustande gekommen.

Die Kommissionsminderheit wendet sich energisch gegen einen solchen kategorischen Preisstopp, der nun wirklich reine Symptombekämpfung auf dem Buckel der entsprechenden Leistungserbringer ist. Die Minderheit nimmt hier für den ambulanten Bereich jene Lösung auf, wie wir sie im Bundesbeschluss von 1991 getroffen haben. Herr Schoch hat darauf hingewiesen, dass man nicht nach einem Jahr bereits wieder die gesamten Berechnungsgrundlagen über den Haufen werfen sollte.

Der Minderheitsantrag trägt der Situation Rechnung, dass die Leistungserbringer – hier vor allem eben die Aerzteschaft – gerade auch im Gesundheitswesen mit Preis- und Kostenerhöhungen konfrontiert sind. Ich frage Sie: Kann man in guten Treuen jemandem zumuten, beispielsweise den indexbedingten Anstieg der Mieten, der Löhne, die Erhöhung der Zinsen auf die eigene Kappe zu nehmen? Strapazieren wir da die vielzitierte Opferbereitschaft nicht allzu sehr? Der Antrag der Minderheit ist bestimmt besser als dieser Mehrheitsantrag mit seinem apodiktischen Preisstopp.

Nun muss ich auf unsere Diskussionen verweisen, vor allem auf die Aussagen von Herrn Vizedirektor Moser vom Bundesamt für Sozialversicherung, der zur Problematik wörtlich ausgeführt hat: «Die Mengenausweitung haben wir nicht im Griff mit der Grundvariante.» Er hat bestätigt, dass beim Vorschlag der Kommissionsmehrheit – der sich eben mit dieser diskutierten Grundvariante deckt – der Kostenanstieg voll zu Lasten des Arztes ginge, eben z. B. die Mietpreiserhöhung und der teuerungbedingte Lohnanstieg bei seinem Personal. Herr Moser hat dann symptomatischerweise die Zusatzbemerkung gemacht: «Ja, das geht zu Lasten des Arztes; das ist so, wenn nicht die Menge ausgedehnt wird.» Er musste selbstverständlich betonen, dass das keine Empfehlung des Bundesamtes sei.

Aber es ist eben doch gerade die Aufforderung zum Tanz, die Einladung zu einer kompensatorischen Mengenausweitung. Wollen wir wirklich die Aerzteschaft zwingen, dass sie ihren legitimen Anspruch zur Mehrkostendeckung mittels zusätzlicher Konsultationen, mittels zusätzlicher Leistungen durchsetzt? Diese kontraproduktiven Folgewirkungen können wir mit dem Antrag der Kommissionsminderheit vermeiden.

Stimmen Sie daher dieser Minderheit zu, deren Vorschlag nicht mit einem solchen Pferdefuss behaftet ist.

Morniroli: Am Tage nach der Veröffentlichung des vorliegenden Entwurfes habe ich Herrn Bundesrat Cotti getroffen und ihm gesagt, dieser Entwurf sei ein richtiger Tiefschlag. Er hat mir geantwortet: Unterbreiten Sie konkrete Gegenvorschläge. Das tue ich nun.

Vielleicht ist es von allgemeinem Interesse – und sehr nützlich –, wenn man weiss, wie diese Teuerungsanpassungen im Bereiche der privaten Medizin erfolgen.

Wenn sich nach Entwicklung des LKP (des Landesindex der Konsumentenpreise) die Voraussetzungen ergeben, werden die Verhandlungen zwischen einer kantonalen Aerzteschaft und der entsprechenden Krankenkassenorganisation aufgenommen. Die Verhandlungen dauern oft Monate. In der Regel wird dann ein Kompromiss angestrebt, der einen nur partiellen und erst noch um Monate hinaus verschobenen

Ausgleich beinhaltet. Dann beugen sich die Kantonsregierung und schliesslich der Preisüberwacher darüber.

Wie sich das im zeitlichen Ablauf hinauszieht, schildere ich Ihnen am Beispiel des Kantons Tessin: Aufnahme der Verhandlungen Oktober 1990, Erreichung des Vergleichs vor dem Schiedsgericht – nach unserem Vertrag zusammengesetzt aus drei Obergerichten – am 17. Januar 1991. Inhalt: nur teilweiser und erst ab dem 1. Mai 1991 gültiger Teuerungsausgleich. Zusendung des Dossiers an die Kantonsregierung am 24. Januar. Im Juni 1991, gut einen Monat, nachdem der Ausgleich hätte wirksam werden sollen, erkundige ich mich beim Gesundheitsamt. Es heisst, das Dossier sei im Mai an den Preisüberwacher geschickt worden. Im März 1992 trifft dessen Stellungnahme ein, natürlich mit negativer Empfehlung. Das Dossier geht dann nach Bern zurück, weil die mathematischen Formeln, auf denen dieser negative Entscheid beruht, nicht verstanden werden. Seit Juli 1992 wissen wir nun definitiv, dass wir den Teuerungsausgleich trotz harten Verhandlungen nicht erhalten.

Zur Freiwilligkeit, die Sie, Herr Bundesrat, erwähnt haben – vielleicht wissen Sie es als Tessiner ja: Ich habe vor einem Jahr an der Hauptversammlung unserer Aerztesgesellschaft vorgeschlagen, auf den Teuerungsausgleich zu verzichten unter der Bedingung, dass die Krankenkassenprämien auf den 1. Januar 1992 nicht ansteigen würden. Unsererseits besteht diese Initiative. Der Wille, auch freiwillig etwas zu unternehmen, ist vorhanden.

Wenn ich Ihnen das alles erzähle, dann nur, um Ihnen verständlich zu machen, weshalb ich in die Formulierung von Artikel 1 Absatz 1 Ingress (vgl. Entwurf des Bundesrates) «den kantonalen Gegebenheiten Rechnung tragend» einzuschleiben beantrage und die abgestufte Begrenzung des Teuerungsausgleichs vorschlage, die es besonders den Aerzten im Kanton Solothurn gestatten würde, die volle Kompensation zu erhalten. Wie Sie wissen, geht die letzte Anpassung in diesem Kanton auf das Jahr 1985 zurück und basiert erst noch auf einem Indexstand von 1984.

Ich glaube, dass meine Formel gerecht und konstruktiv ist; sie erfordert von den Aerzten nochmals ein Opfer und ist in der Anwendung sehr einfach.

Zu Artikel 1 Absatz 1 beantrage ich noch – vielleicht ist Ihnen das entgangen – eine weitere Aenderung. Im zweiten Satz von Artikel 1 Absatz 1 gemäss Entwurf des Bundesrates heisst es: «Liegt der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten» Ich beantrage «Arztkosten», und zwar deshalb, weil der Begriff «Behandlungskosten» auch Leistungen umfasst, die der Arzt nicht selber erbringt, Leistungen durch Dritte, z. B. solche von Röntgeninstituten, Computertomogramme, Magnetresonanz usw. Auf diese Preisentwicklung hat der Arzt keinen Einfluss. Für diesen Teil der Behandlungskosten kann er nicht verantwortlich gemacht werden.

Präsidentin: Bis auf Absatz 4 der Minderheit Onken stehen einander verschiedene Konzepte gegenüber. Diese Konzepte lassen sich mit Absatz 1 der bundesrätlichen Fassung vergleichen. Ich möchte über diese Konzepte diskutieren und dann abstimmen lassen.

Bundesrat Cotti: Ich werde mich zu den Anträgen der Kommissionsmehrheit, der Kommissionsminderheit und von Herrn Morniroli äussern. Ich komme auf das Thema der Querbeziehungen Preise/Menge zu sprechen. Ich verschob diese eher spezifische Thematik absichtlich auf die jetzt beginnende Diskussion.

Damit keine Missverständnisse entstehen: Der Bundesrat behauptet wahrhaftig nicht, sein Vorschlag sei der Weisheit letzter Schluss. Wir schlagen eine Massnahme vor, die für ein paar Jahre Gültigkeit haben sollte. Sie soll administrativ möglichst einfach anzuwenden sein, doch man kann von dieser Massnahme nicht erwarten, dass dadurch die Probleme definitiv gelöst werden.

Es muss anerkannt werden, dass die Mengenfrage in den Vorschlägen des Bundesrates nicht oder mindestens nicht gleich stark wie die Preisfrage berücksichtigt wurde. Jetzt behaupten

einige Kritiker, die Tarife und die Preise hätten keine Bedeutung, wenn die Menge ein Ausweichen ermögliche. Wozu dann Tarife und Preise?

Ich könnte die gleiche Antwort geben, wie sie die Frau Berichterstatterin vorhin gegeben hat: Die Reaktionen, die wir auf den Vorschlag zur Aenderung der Tarife erhielten, beweisen doch, dass diese Aenderungen ein bisschen greifen; sonst hätte man nicht auf diese Art und Weise reagiert. Wir wissen, dass das Produkt von Preis mal Menge allein die Kostenentwicklung bestimmt. Wir berühren objektiverweise mehr den einen Punkt als den anderen. Die Lösung der Problematik ist nicht vollständig. Kurzfristig ist aber nur das möglich, wenn man eine Wirkung erzielen will. Das ist die Lösung, die wir Ihnen vorschlagen.

Bezüglich dieser Problematik muss ich noch sagen: Herr Schüle sagte, mit einem kurzfristigen provisorischen Preisstopp würde praktisch die Einladung an die Leistungserbringer – ich denke nicht nur an die Aerzte, es sind eine ganze Reihe von Leistungserbringern – ergehen, diesem Druck über die Menge auszuweichen. Das könnte ich nicht dulden.

Ich gehe von der Voraussetzung aus, dass alle Partner ehrlich und im Bewusstsein ihrer beruflichen Pflicht handeln. Die Menge hängt oft von der Sensibilität des einzelnen Arztes ab. Der vorsichtige Arzt z. B. wird eine etwas grössere, der andere eine etwas kleinere Menge vorschlagen. Wir haben keine mathematischen Kriterien für die Festlegung der Menge. Aber wenn die Menge bei Aerzten und andern Leistungserbringern von den Gewinnaussichten abhängt, stimmt etwas nicht mehr am Beruf.

Ich weigere mich, Herr Schüle, diese Hypothese auch nur theoretisch anzunehmen. Ich würde es bedauern, wenn über diesen Ausweg gehandelt würde. Die ganze Berufsethik würde verletzt.

Wir verstehen, dass die Menge von Arzt zu Arzt anders ausfallen kann. Deshalb ist sie schwierig zu erfassen. Wenn aber der Beweggrund ein rein finanzieller ist, sprechen wir, Herr Schüle, nicht mehr die gleiche Sprache.

Noch ein Wort zu «Aufforderung zum Tanz» – diesen Begriff, den Herr Schüle verwendet hat, werde ich nicht so schnell vergessen –: Was bedeutet er? Ich lasse es offen Deshalb kann ich mich mit der Lösung der Minderheit nicht befreunden. Es ist allerdings wahr: Diese Lösung ist letztes Jahr vom Bundesrat vorgeschlagen worden.

Herr Schoch hat vorhin zu Recht gefragt, wieso eine Lösung, die letztes Jahr vorgeschlagen worden ist, nicht mehr als total passend betrachtet werden kann. Ich könnte Herrn Schoch die gleiche Frage stellen: Wieso hat man diese Lösung, die für drei Jahre vorgeschlagen war, nicht beibehalten?

Wir haben festgestellt, dass der geltende Bundesbeschluss mit der Prämienfestlegung einseitig die Krankenkassen berührt hat. Deshalb müssen die Eingriffe jetzt anders gelagert sein als letztes Jahr. Das ist der Vorschlag des Bundesrates.

Die Kommissionsmehrheit schlägt eine Lösung vor, die in die Richtung geht, gewisse Ausnahmen dort zu gestatten, wo seit Jahren keine Tarifanpassungen mehr stattgefunden haben. Das ist die grundsätzliche Haltung der Kommissionsmehrheit. Wenn man sich auf die Jahre 1990 bis 1992 bezieht, könnten höchstens fünf Kantone für eine solche Ausnahme in Frage kommen – «können», denn Absatz 2, wie er von der Kommissionsmehrheit vorgeschlagen wird, setzt neben dem Fehlen einer Tarifierhöhung noch andere Bedingungen voraus, die auch erfüllt werden müssen. Aber potentiell kämen höchstens fünf Kantone in Frage. Diese fünf Kantone machen aber einen Prozentsatz der Ärzteschaft von 37 Prozent aus. Die Ausnahme könnte also potentiell immerhin einen beträchtlichen Teil der Ärzteschaft betreffen.

Wie ich sagte, verspürt der Bundesrat auch für die Lösung der Kommissionsminderheit keine grosse Begeisterung; es besteht kein Zweifel, dass er eher zur Haltung der Mehrheit als zur Haltung der Minderheit neigt.

Herr Morniroli, Sie haben eine Reihe von Vorschlägen gebracht. Schon auf den ersten Blick sind diese Vorschläge objektiv zu starr. Die Anpassungen würden definitiv festgelegt. Die Kostenentwicklung und damit die Mengenentwicklung würden in Absatz 1 nicht berücksichtigt; zu den weiteren Ab-

sätzen muss ich bemerken, dass wir auf eine Art und Weise in die Tarifhoheit der Kantone eingreifen würden, die unzumutbar wäre.

Die bundesrätlichen Vorschläge gestatten dagegen, noch an Ort und Stelle die letzten Bedingungen festzulegen, die zu den Tariffolgen führen müssen.

Schüle, Sprecher der Minderheit: Es ist mir unterstellt worden, ich hätte die Ethik der Leistungserbringer in Frage gestellt. Ich muss mich wiederholen und sagen: Das war die Auskunft der Verwaltung. Ich zitiere das Protokoll, wo seitens der Verwaltung gesagt worden ist: «Der Tarifstopp geht tatsächlich zu Lasten der Leistungserbringer, wenn die Vergütungsmenge im gleichen Umfang bleibt. Er hat also die Ausweichmöglichkeit, einen Teil über die Menge zu kompensieren.» Auf die Zwischenfrage, ob das empfohlen wird: «Nein, aber wir müssen feststellen, dass es so ist.» Das habe nicht ich, sondern das haben die Vertreter des BSV gesagt.

Erste Eventualabstimmung – Premier vote préliminaire

Für den Antrag der Minderheit	20 Stimmen
Für den Antrag Morniroli	2 Stimmen

Zweite Eventualabstimmung – Deuxième vote préliminaire

Für den Antrag der Mehrheit	17 Stimmen
Für den Antrag der Minderheit	13 Stimmen

Definitiv – Définitivement

Für den Antrag der Mehrheit	26 Stimmen
Für den Antrag des Bundesrates	1 Stimme

Abs. 4 – Al. 4

Präsidentin: Absatz 4 steht rechts aussen auf der Fahne. Für einmal sitzt also Herr Onken rechts aussen. (*Heiterkeit*)

Onken, Sprecher der Minderheit: Es ist ja schön, dass wir zu dieser späten Stunde noch Humor haben.

Mein Antrag (Artikel 1 Absatz 4 neu) betrifft die Medikamente, die in der Schweiz erwiesenermassen vielfach zu teuer sind – nicht generell, nicht alle, das behaupte ich nicht, aber doch die überwiegende Mehrheit. Wer je im Ausland ein Arzneimittel, ein Heilmittel, kaufen musste, weiss das; vielleicht war er sogar verblüfft, um nicht zu sagen bestürzt, über die Preisdifferenz, die er antraf. Wer nun Kosten eindämmen möchte – das ist ja das erklärte Ziel dieses Bundesbeschlusses –, müsste auch versuchen, die Preisentwicklung im Bereich der Medikamente zu begrenzen. Das sieht dieser Bundesbeschluss teilweise vor, indem auch für die Medikamentenpreise der soeben verabschiedete Tarifstopp gültig ist.

Aber dieser Tarifstopp, der jetzt beschlossen worden ist, hat natürlich etwelche Nachteile. Erstens einmal trifft er alle Preise gleich, die übersetzten genauso wie diejenigen, die unter der Limite liegen. Zweitens erlaubt er es, auch in Zukunft, wenn auch vielleicht etwas massvoller, die Preise zu erhöhen, selbst bei Medikamenten, deren Preis möglicherweise ermässigt, verbilligt werden könnte.

Warum sind die Medikamentenpreise zu hoch? Es gibt verschiedene Gründe, aber der wesentliche ist wohl der: weil der Markt auf diesem Gebiet überhaupt nicht spielt, weil es keine Konkurrenz gibt, sondern diese Konkurrenz durch die «Reglementation», durch eine Art Kartell, eliminiert wird. Dieses Kartell umfasst alle Beteiligten am Markt, die Fabrikanten und Importeure, den Apothekerverband, den Drogistenverband, den Verband Schweizerischer Spezialitäten-Grossisten und das Syndikat für die Interessen der schweizerischen Pharmaindustrie. Diese sitzen zusammen, legen die Eckdaten fest und stecken den Rahmen ab. Da kann natürlich kein wirksamer Wettbewerb mehr stattfinden. Die Preise sind abgesprochen. Sie sind letztlich kartelliert. Das ist der wahre Grund dafür, dass sie im Vergleich zum Ausland so hoch sind.

Wenn man diesem Zustand nun entgegentreten möchte, dann hat man es mit einer sehr ausgeprägten Interessenlage zu tun. Die Direktbeteiligten wehren sich geschlossen gegen jeden Eingriff, weil der eine vom anderen profitiert und weil sie sich – wie gesagt – untereinander abgesprochen haben.

Nun, ich sollte eigentlich mit dem Versuch, hier mehr Markt zu schaffen, mehr Konkurrenz zuzulassen, die Zustimmung und den Sukkurs derjenigen erhalten, die sonst überall – auch in der gestrigen EWR-Debatte beispielsweise – für Liberalisierung, für mehr Konkurrenz, für Deregulierung eintreten. Die Apologeten der Marktwirtschaft sollten mich eigentlich unterstützen.

Es gibt denn auch ein Modell, einen Versuch, der mehr Markt zulassen würde. Es ist vom Preisüberwacher – der auf diese Situation der überhöhten Medikamentenpreise gestossen ist – im Verein mit dem Bundesamt für Sozialversicherung und unterstützt von diesem erarbeitet worden. Es ist ein Modell, das den Markt zumindest simuliert. Es bringt ihn nicht zum Spielen, aber es simuliert ihn, indem es auf internationale Preisvergleiche ausweicht, andere Länder zum Vergleich bezieht, überprüft, wie hoch dort die sogenannten Referenzpreise sind, und nach diesen dann die schweizerischen Medikamentenpreise bemisst.

Bei diesem Modell ist man nicht etwa von Ländern ausgegangen, die dirigistisch in die Preisgestaltung eingegreifen, wo gar der Staat die Preise festlegt, sondern man hat drei besonders liberale, marktwirtschaftlich gesinnte Länder genommen – Deutschland, die Niederlande und Dänemark – und diese zum Vergleich mit den schweizerischen Medikamentenpreisen beigezogen. Von diesen Referenzpreisen ausgehend legt man dann fest, ob ein Preis vielleicht sogar auf dieses Durchschnittsniveau gesenkt werden muss oder ob er erhöht werden darf, weil er in der Schweiz darunter liegt – auch das ist möglich. Also ein vergleichsweise differenziertes, marktwirtschaftliches und durchaus liberales System, das aber kostendämpfend wirken kann, das flexibler ist als andere Lösungen, die uns auch schon unterbreitet worden sind.

Wir können diesem System, das zurzeit in Ueberprüfung ist, zum Durchbruch verhelfen. Wir können es jetzt hier tun, oder der Bundesrat kann es tun. Aber es braucht, das ist ganz klar, eine politische Entscheidung in diesem Bereich. Diese muss früher oder später einmal kommen, denn sonst wird dieser Vorschlag des Preisüberwachers und des Bundesamtes für Sozialversicherung zwischen den Fronten der direkt Interessierten aufgerieben.

Jetzt wird er in einem Ausschuss der Eidgenössischen Arzneimittelkommission überprüft. Darin sind natürlich diejenigen, die ein unmittelbares Interesse an einer Preissenkung oder an einer Kostenbremse hätten, nicht oder jedenfalls nicht sehr nachhaltig vertreten. In diesem Ausschuss findet jetzt eine grosse, breite Auseinandersetzung statt. Vom Bundesamt für Sozialversicherung wurde uns bedeutet, dass das eine sehr schwierige, langdauernde Auseinandersetzung werden könnte. Es wurde beispielsweise das Wort «Nullsummenspiel» gebraucht. Auf der anderen Seite beklagte sich die Pharmaindustrie uns gegenüber in Hearings, dass es, wenn dieses Preismodell zur Anwendung gelangen würde, bei ihr einen Kostenausfall von 300 Millionen Franken gäbe.

Hier ist also ein Hickhack im Gange. Das Ganze scheint mir ungut blockiert zu sein. Der Bundesrat wird nicht darum herumkommen – wenn nicht wir es in diesem Beschluss tun –, einen Entscheid zu fällen.

Da möchte ich Sie nun sehr direkt fragen, Herr Bundesrat Cotti: Sind Sie gewillt, zu einer Lösung Hand zu bieten? Sind Sie gewillt, diesem Modell wirklich zum Durchbruch zu verhelfen? Sind Sie gewillt, dies innerhalb einer bestimmten Frist zu tun? Sind Sie allenfalls auch gewillt, wenn eine Pattsituation zwischen den Beteiligten entsteht, hier einen politischen Entscheid zu treffen, der auf der Linie dessen liegt, was wir beraten, nämlich auf der Linie einer kostendämpfenden Massnahme, die in diesem Bereich der Medikamentenpreise unbedingt angesagt und auch möglich ist?

Ich möchte Sie bitten, sich dazu zu äussern, sonst wird nämlich in diesem Bereich nur endlos weiterdiskutiert. Ich meine, dass endlich ein Durchbruch erzielt werden sollte zugunsten von uns allen, die wir auch Prämienzahlerinnen und Prämienzahler sind, und zugunsten der Versicherten im allgemeinen, aber auch zugunsten – das kann man auch sagen – eines marktwirtschaftlicheren Prinzips, das in den Bereich der Medikamentenpreise Einzug halten sollte.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Dieser Antrag hat der Kommission nicht vorgelegen. Ich kann also nicht im Namen der Kommission dazu Stellung nehmen.

Ich bitte Sie, daran zu denken, dass wir es hier mit befristeten Massnahmen – und zwar auf zwei Jahre befristete Massnahmen – zu tun haben. Ich bitte Sie ebenfalls, hier der Versuchung zu widerstehen, die Vorlage nun mit allen möglichen Dingen – so wünschbar sie vielleicht auch sein mögen – anzureichern.

Wie Herr Onken gesagt hat, handelt es sich um ein Problem, das jetzt in voller Diskussion ist. Wir sind gut beraten, wenn wir darauf verzichten, dieses hier nun in diese befristete Vorlage hineinzunehmen.

Ich bitte Sie, diesen Minderheitsantrag abzulehnen.

Bundesrat Cotti: Das Thema, welches Herr Onken mit seinem Minderheitsantrag (Absatz 4 neu) anschneidet, steht bekanntlich heute im Zentrum einer sehr eingehenden Diskussion. Es geht um die Problematik der Medikamentenpreise.

Ich füge als Bemerkung nur hinzu – damit wir uns im klaren sind, Herr Onken –: Die Medikamentenpreise fallen von allen an der Kostenentwicklung beteiligten Elementen am wenigsten ins Gewicht. Die Entwicklung zeigt nämlich, dass ihr Anteil am kleinsten war. Eine der Diskussionen bezieht sich auf die vergleichsweise Entwicklung der Medikamentenpreise mit Europa. Wir sind bekanntlich daran, dieses Thema zu vertiefen, und wir vertiefen es im Sinne und Geiste dessen, was Sie heute den Aussagen des Bundesrates entnommen haben.

Die Diskussion darüber hat bei uns erst vor wenigen Monaten begonnen. Es ist ein Thema, welches wissenschaftlich vertieft werden muss. Ich kann Ihnen garantieren: Wir gehen diesem Problem nach.

Neben dieser Garantie möchte ich den Ständerat bitten, die Formulierung nicht in diesem Sinne aufzunehmen, wie es die Minderheit Onken beantragt. Die Kriterien für die Festlegung dieser Preise sind derart kompliziert, dass ich nicht schon irgendwelche Präjudizien für eine Lösung haben möchte, die auf alle Fälle kommen wird.

Frau Simmen, Berichterstatterin: Ich muss mich bei Kollege Onken entschuldigen. Sein Minderheitsantrag hat der Kommission natürlich vorgelegen. An meiner Argumentation ändert sich aber nichts. Ich muss sagen: Ich habe mich getäuscht.

Onken, Sprecher der Minderheit: Ich verlasse mich auf die Zusage, dass dieses Problem innert angemessener Frist vertieft geprüft, behandelt und entscheidungsreif gemacht wird, und ziehe im Vertrauen darauf meinen Minderheitsantrag zurück.

Präsidentin: Herr Onken hat seinen Minderheitsantrag zurückgezogen. Ich danke Kollege Onken.

Zurückgezogen – Retiré

Präsidentin: Ich beantrage Ihnen, nun noch Artikel 2 gemäss Antrag der Kommission zu behandeln. Der Text entspricht Artikel 1 Absatz 2 des bundesrätlichen Entwurfes. Das ist eine kleine Sache.

Artikel 3 auf der nächsten Seite der Fahne würde somit in der nächsten Sitzung behandelt, weil es dort um ein umstrittenes Thema geht, das viel zu reden geben wird.

Schoch: Darf ich Ihnen den Vorschlag machen, gleich jetzt die Sitzung abzubrechen, weil Herr Morniroli überhaupt nicht mehr im Saal ist und nicht mehr in der Lage sein würde, seinen Antrag zu begründen? Wir sind übrigens seit fünfzehn Stunden am Tag, und wir werden sowieso vor 14.00 Uhr nicht fertig. Es spielt nach meiner Auffassung keine Rolle mehr, ob wir die Sitzung jetzt oder nach der Beratung von Artikel 2 unterbrechen.

Präsidentin: Die Ratsmitglieder scheinen etwas erschöpft zu sein. Ich lasse über die beiden Ordnungsanträge abstimmen; ich nehme an, Sie wollen nicht darüber diskutieren.

Abstimmung – Vote

Für den Ordnungsantrag der Präsidentin	16 Stimmen
Für den Ordnungsantrag Schoch	9 Stimmen

Art. 2*Antrag der Kommission**Titel*

Tarife und Preise im stationären Bereich

Wortlaut

(Gemäss Entwurf des Bundesrates zu Art. 1 Abs. 2)

Art. 2*Proposition de la commission**Titre*

Tarifs et prix dans le domaine hospitalier

Texte

(Selon art. 1 al. 2 du projet du Conseil fédéral)

Frau **Simmen**, Berichterstatterin: In Absatz 2 von Artikel 1 des Entwurfes des Bundesrates geht es um dasselbe wie in Artikel 2 des Antrages der Kommission, nämlich um die «Tarife und Preise im stationären Bereich». Die Kommissionsfassung stimmt mit jener des Bundesrates überein. Im Beschluss von 1991 wurde die Auflage fixiert, dass in einem nächsten Anschlussbeschluss den Interessen der Kantone besser Rechnung zu tragen sei.

Der Bundesrat erfüllt diese Bedingungen mit dieser Vorlage, indem im Unterschied zum ambulanten Sektor im stationären Sektor kein absoluter Tarif- und Preisstopp vorgesehen wird, sondern eine limitierte Erhöhung gestattet ist – und zwar ist diese Erhöhung für den Sachaufwand an den Landesindex der Konsumentenpreise und für den Personalaufwand an den Lohnkostenindex des Biga gebunden. Das ist deshalb sinnvoll, weil in den Spitälern ein sehr grosser Anteil der Kosten auf Löhne entfällt und die Kantone nicht durchweg frei sind, indem die Kosten nämlich durch Besoldungsordnungen, Teuerungsausgleich usw. fixiert sind.

Im übrigen können Sie der Botschaft entnehmen, dass die weiter gehenden Einsichtsmöglichkeiten des Preisüberwachers nicht beschnitten werden. Der Preisüberwacher hat eine Empfehlungskompetenz in all jenen Fällen, wo bereits eine Behörde die Preise geprüft hat – in diesem Falle das Bundesamt für Sozialversicherung. Es ist eine Interventionsmöglichkeit, wenn auch nicht eine stringente.

Ich bitte Sie, der Fassung des Bundesrates, die mit jener der Kommission identisch ist, zuzustimmen.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Kommission	23 Stimmen
	(Einstimmigkeit)

Hier wird die Beratung dieses Geschäftes unterbrochen

Le débat sur cet objet est interrompu

Schluss der Sitzung um 13.30 Uhr

La séance est levée à 13 h 30

Krankenversicherung. Massnahmen gegen die Kostensteigerung 1993-1994.

Bundesbeschluss

Assurance-maladie. Mesures contre l'augmentation des coûts 1993-1994. Arrêté fédéral

In	Amtliches Bulletin der Bundesversammlung
Dans	Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale
In	Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale
Jahr	1992
Année	
Anno	
Band	V
Volume	
Volume	
Session	Herbstsession
Session	Session d'automne
Sessione	Sessione autunnale
Rat	Ständerat
Conseil	Conseil des Etats
Consiglio	Consiglio degli Stati
Sitzung	04
Séance	
Seduta	
Geschäftsnummer	92.067
Numéro d'objet	
Numero dell'oggetto	
Datum	24.09.1992 - 08:00
Date	
Data	
Seite	840-855
Page	
Pagina	
Ref. No	20 021 863

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.